



Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

Rekommendation och kunskapsstöd till
hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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.

ISBN: 978-91-7555-645-1

Artikelnummer: 2025-3-9328

Foto: scandinav.se/Ewa Ahlin

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Förord

Socialstyrelsen har sedan 2022 ett 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. Bland annat ska Socialstyrelsen föreslå åtgärder för att förbättra vård och stöd till dessa grupper samt sprida relevant och aktuell kunskap om metoder (S2022/02422). Det finns ett stort behov av att öka delaktigheten för personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning, särskilt när tillståndet är svårt och behoven av insatser är stora. Metoden delat beslutsfattande kan öka delaktigheten för målgruppen och verksamheterna behöver lära sig mer om och börja använda metoden.

Mot den bakgrunden har Socialstyrelsen tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för metoden delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

Målgrupperna för vårt kunskapsstöd är beslutsfattare och personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Syftet är att stödja verksamheter att införa metoden delat beslutsfattande, för att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg samt stärka delaktigheten för personer med psykiatriska tillstånd och funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen vill tacka alla verksamheter, personer med egen erfarenhet, sakkunniga, forskare samt samverkansparter som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med det här kunskapsstödet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Om kunskapsstödet.....	6
Målgrupp och syfte	6
Rekommendation	7
Fördjupad motivering till rekommendationen	7
Vad är delat beslutsfattande och hur gör man?	9
Delaktighet och inflytande.....	9
Delat beslutsfattande – en process i sex steg.....	10
Använd beslutsstöd	16
Stärk viljan och förmågan till delat beslutsfattande	16
När personen tackar nej till delat beslutsfattande	17
När personens förmåga att fatta beslut är nedsatt.....	18
Gränser för personens delaktighet	18
Tvångsvård	19
Införa delat beslutsfattande	21
Mäta delat beslutsfattande.....	21
Delat beslutsfattande i socialtjänsten	22
Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården.....	23
Färdigheter och kompetens hos den som ska arbeta med delat beslutsfattande.....	24
Så kan organisationen stödja införandet av delat beslutsfattande	25
Delat beslutsfattande och andra metoder kan stärka varandra	27
Delat beslutsfattande är en del av en mer personcentrerad vård och omsorg.....	28
Vanliga frågor om delat beslutsfattande i praktiken	29
Vad säger forskningen om delat beslutsfattande?	32
Det behövs mer forskning	32
Rätten till delaktighet	34
Rättigheter för personer med funktionsnedsättning	34
Lagar i hälso- och sjukvården.....	34
Lagar i socialtjänsten	36
Barnets rätt	37
Referenser	38

Sammanfattning

Delat beslutsfattande är en metod inom vård och omsorg, där personer som behöver vård och stöd samarbetar med personalen för att fatta beslut om insatser. Metoden innebär ett kunskapsutbyte mellan de inblandade parterna, där personernas kunskaper och önskemål tas tillvara och värdesätts. Med hjälp av metoden kan personerna bli delaktiga i beslut och stärka sin egenmakt.

Metoden ger en tydlig struktur för beslutsfattande och består av flera steg. Genom att gå igenom de olika stegen skapar individen och personalen en gemensam förståelse för problemet, kartlägger alternativ, diskuterar för- och nackdelar samt fattar beslut. För att samarbetet ska fungera behöver personalen sträva efter en förtroendefull relation, informera på ett begripligt sätt, lyssna och ge tid för reflektion. Olika typer av beslutsstöd används för att underlätta personens förståelse. Efteråt är det viktigt att följa upp och utvärdera beslutet, för att säkerställa att det leder till önskade resultat.

Det här kunskapsstödet beskriver hur man praktiskt tillämpar metoden, hur den förhåller sig till lagar och bestämmelser samt hur den kan vara ett stöd för verksamheter som vill införa en mer personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd och psykiska funktionsnedsättningar. Kunskapsstödet ger en rekommendation och beskriver hur olika verksamheter kan använda delat beslutsfattande i olika situationer.

Om kunskapsstödet

Kunskapsstödet består av fyra delar:

- en rekommendation till hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- en beskrivning av metoden och hur den kan tillämpas praktiskt i psykiatrisk vård och omsorg
- en beskrivning av hur verksamheter inom vård och omsorg kan införa metoden
- en beskrivning av forskningsläget och hur kunskapsstödet förhåller sig till lagar och bestämmelser.

Kunskapsstödet bygger på en kombination av utvald forskningslitteratur, central lagstiftning, riktlinje från National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dialoger med verksamheter, samt ett nära samarbete och kontinuerlig dialog med en referensgrupp.¹

Målgrupp och syfte

Kunskapsstödet vänder sig till dig som är beslutsfattare eller personal i verksamheter som möter personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Syftet med kunskapsstödet är att stödja verksamheter att införa delat beslutsfattande. Målet är att öka kunskapen om metoden, dess betydelse och hur den kan användas i vård och omsorg vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning. Men vi vill också visa hur metoden kan vara särskilt angelägen att använda när personens tillstånd är svårt, funktionsnedsättningen betydande och personen har stora behov av stöd från många olika aktörer.

¹ Se bilaga 1: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för rekommendation och kunskapsstöd.

Rekommendation

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

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

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 till rekommendationen

Rätten till delaktighet och självbestämmande fastställs i konventioner om mänskliga rättigheter och i central lagstiftning inom vård och omsorg. Det finns ett stort behov av att öka delaktighet 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 psykiatri och socialtjänsten.² Delat beslutsfattande är en metod som har utvärderats i randomiserade kontrollerade studier, och har ett visst vetenskapligt stöd för att öka personens upplevelse av delaktighet. Metoden lyfts fram i både internationella riktlinjer³ och nationella riktlinjer.⁴

Utifrån en samlad bedömning av flera underlag kan delat beslutsfattande öka personers möjlighet till delaktighet och självbestämmande samt stärka deras egenmakt.⁵ Metoden är central i en personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg.

Genom metodens fokus på kunskapsutbyte och samarbete, kan relationen mellan person med behov och vård och omsorg förbättras. Ökad egenmakt,

² Exempel på metoder och verktyg på individnivå är samordnad individuell plan (SIP), Återhämtningssguiden och barns rätt som anhöriga (BRA-samtal). Exempel på metoder och verktyg på verksamhetsnivå är brukarråd, peer support, brukarstyrda brukarrevisioner och brukarinflytandesamordnare (BISAM).

³ 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].

⁴ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-9-6.

⁵ Socialstyrelsens bedömningsgrunder för rekommendationer beskriver olika aspekter att ta hänsyn till vid ställningstagande om rekommendationer där ”påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet”, är en grund som talar för att göra en positiv rekommendation.

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 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.

Vad är delat beslutsfattande och hur gör man?

Delat beslutsfattande (shared decision making⁶) är en metod 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 samt fatta ett beslut som följs upp och utvärderas.

Personalen⁷ stödjer och uppmuntrar personen⁸ att vara delaktig genom att fråga efter och uppmärksamma personens önskemål, kunskap, åsikter och erfarenheter. Personen får samtidigt tillräckligt med stöd, kunskap och information för att kunna ta ställning till olika alternativ.

Personen och personalen har båda inflytande över beslutsprocessen, och personen har alltid möjlighet att välja i vilken utsträckning och på vilket sätt hen vill vara delaktig i beslut. Även närstående eller andra som kan vara ett stöd för personen i att fatta beslut kan involveras och bidra.

Metoden är också ett verktyg för personalen att bättre anpassa insatser efter personens behov och önskemål. Att använda metoden är särskilt angelägen när personen har svåra tillstånd och stora behov.

Delaktighet och inflytande

Det finns olika modeller för att beskriva graden av delaktighet och inflytande för personer i vård och omsorg. Ofta är modellerna utformade som steg eller trappor: Ju högre upp man kommer, desto mer ökar möjligheterna till inflytande. Delat beslutsfattande innebär att personen involveras i beslutsfattande processer och strävan är ökat inflytande och ansvar. Shiers (2001)⁹ beskriver en modell med fem nivåer där personer i vård och omsorg

- blir lyssnade till
- får stöd för att uttrycka sina åsikter och synpunkter

⁶ *Shared decision making* är det engelska begreppet som används i forskningslitteraturen. Begreppet har översatts till *delat beslutsfattande*, och används av både forskare och verksamheter i Sverige.

⁷ Personal är alla de som i sin yrkesutövning möter personer med behov. Det kan vara läkare, sjuksköterskor, socialpedagoger, psykologer, kuratorer, sacionomer, handläggare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, boendestödjare och behandlingspedagoger.

⁸ Personen är den som behöver vård och stöd som klient, brukare eller patient. I kunskapsstödet har vi valt att genomgående benämna personen med behov av vård och stöd för person och inte klient, brukare eller patient. Det gör vi för att betona att hen är mer än sin diagnos enligt ett personcentrerat förhållningssätt.

⁹ Shiers H: Väger till delaktighet: Öppningar, möjligheter och skyldigheter. En ny modell för att öka barns delaktighet i att fatta beslut enligt artikel 12.1 i FN:s konvention om barnets rättigheter, 2001.

- får sina åsikter och synpunkter beaktade
- involveras i beslutsfattande processer
- delar inflytande och ansvar över beslutsfattandet.

Delat beslutsfattande – en process i sex steg

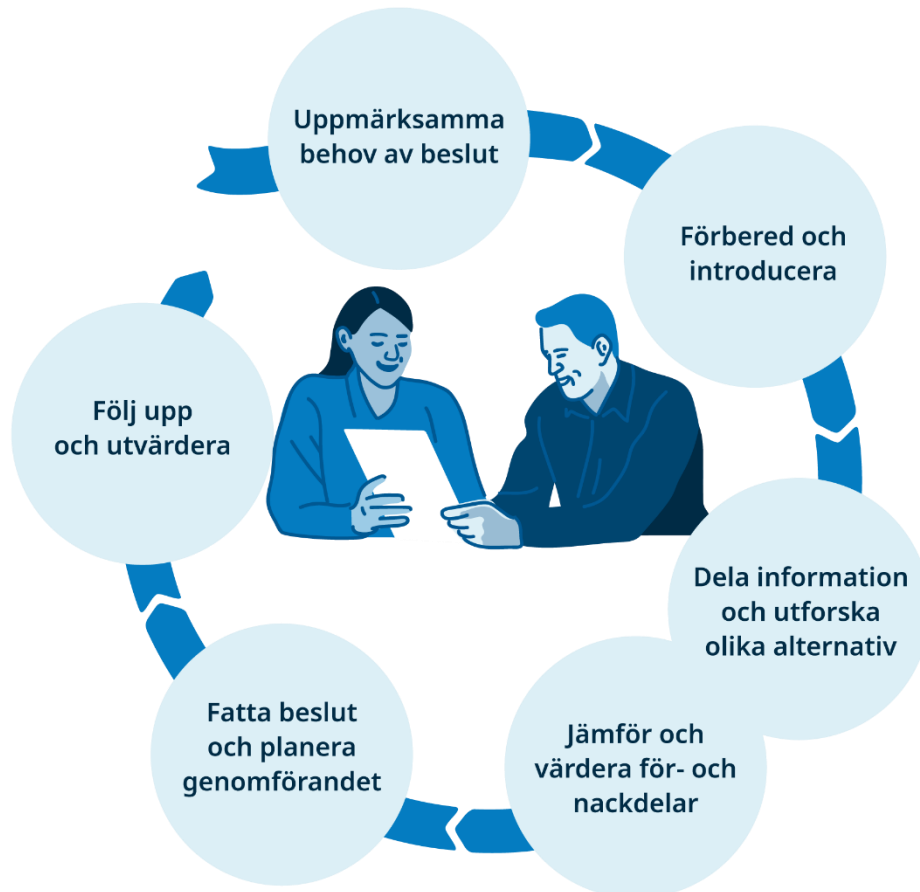


Fig. 1: Visualisering av beslutsprocessen vid delat beslutsfattande.¹⁰

Delat beslutsfattande kan beskrivas som en beslutsprocess i sex steg som ska utgå ifrån en gemensam bild av de problem som är mest angelägna att hantera. I vilken ordning de olika stegen genomförs och hur många möten respektive steg kräver behöver alltid anpassas till

¹⁰ Socialstyrelsens beskrivning har tagits fram under arbetets gång i nära dialog med referensgruppen och med utgångspunkt i de centrala komponenter som framgår av det vetenskapliga kunskapsunderlaget. Se bilaga 1: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för rekommendation och kunskapsstöd

- situationen, till exempel om den är akut
- personens individuella behov och förutsättningar
- personalens behov av att till exempel ta reda på mer information, konsultera kollegor eller orientera sig inom ett område.

Hur lång tid det tar att gå igenom alla steg i metoden beror på vilken typ av beslut som ska fattas. För vissa beslut kan man till exempel gå igenom flera steg under ett och samma möte.

Några tips för bra möten

- Ge tid till förberedelser, till exempel att hinna söka information.
- Inled mötet med att tala om vad ni ska göra och när mötestiden är slut.
- Avsluta mötet med att sammanfatta vad ni har pratat om, vad ni har kommit överens om och vad som är nästa steg. Det är viktigt för att kontrollera att ni har uppfattat vad som sagts och vad ni kommit fram till under mötet på samma sätt.

Innan beslutsprocessen – relation, samarbete och gemensam kartläggning

Innan beslutsprocessens första steg behöver man ofta göra en gemensam kartläggning av resurser, behov och problemområden¹¹, för att kunna identifiera vilket beslut som behöver fattas. Personens egen formulering och upplevelse av vad som är mest angeläget ska påverka vilken fråga som ska vara föremål för delat beslutsfattande. I kartlägningsarbetet behöver personen känna sig trygg och få stöd med att beskriva sina erfarenheter, svårigheter, önskemål och behov.

En tillitsfull relation underlättar samarbetet. Ibland tar det tid att bygga upp en relation, särskilt om personen har negativa erfarenheter av vård och omsorg, kognitiva nedsättningar eller en annan verklighetsuppfattning. Relationen kan utvecklas under samarbetets gång, och därför kan man inleda beslutsprocessen även om relationen håller på att byggas upp.

I början av kontakten kan personalen eller de närstående se behov av att beslut behöver fattas mer eller mindre brådskande utan att personen själv upplever detsamma. I de situationerna är det viktigt att alla får ge sin bild av situationen och att sträva efter ömsesidig förståelse. Personalen behöver

¹¹ En gemensam kartläggning är en del av omvårdnadsprocessen. Men den kan även göras inom ramen för olika strukturerade insatser och arbetssätt, som ESL (Ett självständigt liv), IMR (Illness management and recovery) samt vård- och stödsamordning (case management). Kartläggningen är utgångspunkten för planer för personens vård och stöd, till exempel vårdplan, genomförandeplan, individuell plan, återhämtningsplan eller samordnad individuell plan.

lyssna på personens egen beskrivning och tillsammans försöka hitta något som hen vill förändra. Personens vilja till förändring blir sedan utgångspunkten i beslutsprocessen.

Tänk på det här under beslutsprocessen

- Var medveten om och förhåll dig till den maktobalans och det beroendeförhållande som finns i relationen mellan personen med behov och personalen i sin yrkesroll.
- Anpassa kommunikationen efter personens förutsättningar och behov.¹²
- Var tydlig med vad det går att besluta om och verksamhetens förutsättningar för att erbjuda insatser (vilka alternativ ni kan erbjuda).
- Dela med dig av din yrkeskunskap och fråga gärna kollegor eller andra kunniga om råd.
- Var lyhörd för personens önskemål, erfarenheter och synpunkter.
- Uppmärksamma om personen behöver ytterligare stöd. Det kan leda till att processen behöver stanna upp eller att ni behöver göra om någon del.
- Ge personen tillräckligt med tid och möjlighet att rådgöra med närstående eller andra.
- Ge lättillgänglig information och tillräckligt med stöd. Använd olika former av beslutsstöd¹³ till exempel bildstöd, enkel information om olika behandlingsalternativ, listor över för- och nackdelar.

1. Uppmärksamma behov av beslut

Arbetet med delat beslutsfattande, utifrån metodens sex steg, startar när ett behov har identifierats och ett beslut behöver fattas. Beslutet kan till exempel handla om behandlingsalternativ, stödinsatser i vardagen, sysselsättning eller utskrivning från heldygnsvård. Beslutet kan initieras av personen själv, närstående, personal eller andra i personens nätverk. Det första steget tydliggör vad beslutet gäller, vem som har initierat det och varför.

¹² Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig. Läs mer om AKK på <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/alternativ-och-kompletterande-kommunikation/>.

¹³ Läs mer om beslutsstöd i avsnittet *Använd beslutsstöd*. Ett exempel på ett beslutsstöd är [Så här kan du vara med och fatta beslut – Ett stöd för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#).

När det är klart vilket beslut som ska fattas, frågar personalen personen om hur hen vill vara delaktig i beslutsprocessen. Om personen känner att hen inte vill eller kan vara delaktig, tar personalen och personen ställning till om beslutet bör skjutas upp till ett annat tillfälle. Personen kan också välja att överlämna beslutsfattandet till personalen eller någon annan, till exempel en god man, förvaltare eller närstående. Processen för delat beslutsfattande avslutas då. Om personen vill vara delaktig, kommer personalen överens med personen om att beslutsfattandet fortsätter med nästa steg.

2. Förbered och introducera

I det andra steget tar personalen reda på bästa tillgängliga kunskap och undersöker vilka alternativ som kan erbjudas på det område beslutet gäller. Personen själv funderar över sina önskemål och värderingar inom området. Andra personer som kan stödja personen i beslutsprocessen involveras om det är lämpligt och om personen vill, till exempel närstående, brukarspecialist¹⁴ eller boendestödjare.¹⁵ Det är viktigt att det framgår tydligt att personen har rätt att involvera någon utomstående som stöd.

När personen och personalen är överens om vilka som ska involveras i beslutsprocessen, tydliggör de sina olika roller och ansvar. Personalen behöver vara lyhörd inför hur mycket stöd som personen vill ha från personalen och från andra i beslutsprocessen. Närstående kan vara ett stöd genom beslutsprocessen på olika sätt, som ett stöd i vardagen eller vid möten. Personens roll är att tänka igenom olika alternativ, uttrycka sina åsikter och dela med sig av sina erfarenheter. Personalens övergripande ansvar är att ge stöd, lyssna samt ta reda på och ge information anpassat efter personens förutsättningar utifrån det område beslutet gäller.

Personal från olika verksamheter kan ha olika ansvar för olika delar som berör ett beslut. Exempelvis har en biståndshandläggare ett annat ansvar än en boendestödjare, och en läkare har ett annat ansvar än en undersköterska. Personalen behöver då tydliggöra sina olika roller och mandat och samarbeta med varandra genom beslutsprocessen. Det behöver också vara tydligt för alla involverade vem som har huvudansvaret för processen.

Alla involverade får kunskap om beslutsprocessen, vad beslutet handlar om samt vilka förutsättningar och ramar som finns.¹⁶ Informationen ges på det sätt som personen önskar och bäst kan förstå. Det är ofta hjälpsamt med

¹⁴ Brukarspecialist är en utbildad stödperson med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning. Stödpersonen kan kallas *peer support* eller medarbetare med brukarerfarenhet. Även en brukarinflytande samordnare (bisam) kan ha en stödjande funktion utifrån sin egen erfarenhet.

¹⁵ Se [Guide till stöd och hjälp – för dig med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar som behöver stöd i vardagen](#).

¹⁶ Ramarna kan handla om vad som är möjligt för vård och omsorg att erbjuda. Se avsnitten *Begränsningar av personens delaktighet*, *Delat beslutsfattande i socialtjänsten* och *Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården*.

beslutsstöd¹⁷, till exempel skriftligt material, bildstöd och filmer. Beroende på vilken roll som personen har i beslutsfattandet kan man behöva olika mycket och olika detaljerad information.

3. Dela information och utforska olika alternativ

Med hänsyn till personens önskemål och situation presenterar personalen olika alternativ utifrån bästa tillgängliga kunskap och sin professionella erfarenhet och kunskap. Även alternativ som verksamheten eventuellt inte kan erbjuda utforskas samtidigt som förutsättningarna att erbjuda dem klargörs. Personalen redogör för vad de olika alternativen innebär samt deras kända för- och nackdelar. Informationen anpassas utifrån personens förutsättningar, behov, önskemål och situation, till exempel med hjälp av beslutsstöd.

Personen uttrycker sina önskemål och berättar hur hen ser på de olika alternativen samt deras för- och nackdelar. Personen berättar också om sina förslag till alternativ. Det kan vara alternativ som ligger utanför vad vård och omsorg erbjuder. Personalen tydliggör vilka alternativ som kan erbjudas, men lyssnar på och väger in personens önskemål. Om närstående är involverade kan de också ge förslag på alternativ.

Personen får möjlighet att ställa frågor och fundera över de olika alternativ som personalen presenterat, och berättar om vilka alternativ som hen kan tänka sig att utforska vidare. Tillsammans kommer de överens om vilka alternativ som ska utforskas vidare i nästa steg.

4. Jämför och värdera för- och nackdelar

I det här steget får personen stöd att värdera de olika alternativen och väga för- och nackdelar mot varandra utifrån sina preferenser. Stödet kan ges av personalen eller av någon annan¹⁸, beroende på vad personen önskar och vad man har kommit överens om i tidigare steg. Även här kan olika beslutstöd vara hjälpsamt.

Personen och personalen samtalar om de olika alternativen. Både personalen och personen lyfter fram eventuella risker med de olika alternativen samt beskriver sina förväntningar på de olika alternativen. Personen får tid och stöd att uttrycka sig och sina värderingar på det sätt som hen önskar.

¹⁷ Läs mer om beslutsstöd i avsnitt *Använd beslutsstöd*. Ett exempel på ett beslutsstöd är [Så här kan du vara med och fatta beslut – Ett stöd för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#).

¹⁸ Det kan vara en närstående men också ett personligt ombud eller personal inom vård och omsorg, till exempel en boendestödjare eller en vård- och stödsamordnare.

När samtal har förts, alternativen jämförts samt för- och nackdelar värderats, berättar personen vilket alternativ som hen föredrar och beskriver varför. Personalen lyssnar och väger in vad personen berättar i sitt ställningstagande. Personalen berättar sedan om vilket alternativ de bedömer är mest hjälpsamt utifrån sin professionella erfarenhet och kunskap. Om närstående är involverade, beroende på vilken roll de har, får även de utrymme att berätta vilket alternativ de föredrar och varför.

Inför nästa steg stämmer personalen och personen av om de uppfattat varandra rätt och reder ut eventuella missuppfattningar. Personalen undersöker också om personen är redo att fatta ett beslut eller behöver mer tid att fundera. Kanske behöver hen mer stöd, kunskap eller information.

5. Fatta beslut och planera genomförandet

Målet är att fatta ett beslut som båda parter är överens om eller kan acceptera.¹⁹ Det kan vara att prova något av alternativen som diskuterats men också att avvakta och fatta beslutet senare. Oavsett vilket beslut som fattas behöver personens önskemål dokumenteras. Om parterna inte kan nå samförstånd, kan man behöva gå igenom alla eller något av metodens olika steg igen.

Tillsammans gör personen och personalen det tydligt vilka insatser personen behöver och utformar en plan för vad som ska göras, av vem och när. Personalen tydliggör och hanterar de formella beslut som behöver fattas för att följa planen. Tillsammans kommer personen och personalen överens om när och hur beslutet ska följas upp och utvärderas.

Personalen dokumenterar beslutet, planen för genomförandet och tiden för uppföljningen samt säkerställer att personen får ta del av dokumentationen på det sätt som hen önskar och behöver. Det kan till exempel dokumenteras i en

- samordnad individuell plan (SIP)
- genomförandeplan
- vårdplan
- journalanteckning.

¹⁹ För vissa beslut inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården gäller särskilda regler. Läs mer i avsnitten *Delat beslutsfattande i socialtjänsten* och *Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården*.

6. Följa upp och utvärdera

Personen och personalen följer upp beslutet och utvärderar resultatet genom att väga in sina egna och de närståendes erfarenheter.²⁰ Vid uppföljningen får personen möjlighet att ställa frågor och utvärdera beslutet som fattats. Personen och personalen tar ställning till om ett nytt beslut behöver fattas eller om det befintliga beslutet ska fortsätta gälla. Personalen, personen och andra involverade resonerar om de behöver inleda en ny beslutsprocess eller om de behöver gå igenom något av metodens olika steg igen.

Använd beslutsstöd

För att personen ska få tillräckligt med information och förståelse, är beslutsstöd²¹ oftast en del av metoden. Forskning visar att beslutsstöd är en framgångsfaktor i delat beslutsfattande, eftersom det ökar kunskapen hos personen och personalen.

Beslutsstöd finns i olika format, som matriser över alternativ och deras eventuella för- och nackdelar och som formulär (digitala eller i pappersform). Beslutsstöd som både personen och personalen skriver i kan stödja reflektion och gemensamt övervägande. Personen stimuleras att sätta ord på mål och önskemål om vad som är viktigt i livet. Man kan låta alternativ som personen önskar men för tillfället inte kan förverkliga ändå ingå i dokumentationen. Att personens önskemål dokumenteras gör det möjligt att diskutera alternativet vid ett senare tillfälle.

Pedagogiska hjälpmedel och beslutsstöd kan många gånger underlätta samtliga steg i delat beslutsfattande för både personalen och personen. Vilka hjälpmedel och beslutsstöd som används bör utgå från personens behov och förutsättningar samt den fråga som beslutet handlar om.

Stärk viljan och förmågan till delat beslutsfattande

Det kan krävas ett långsiktigt arbete och hög kompetens hos personalen för att stärka personens vilja och förmåga till delaktighet, särskilt när det psykiatriska tillståndet är svårt och långvarigt. Ofta behöver personalen arbeta för att öka personens förtroende för vård och omsorg. Att stärka personens tilltro till sin egen förmåga är också viktigt. Eftersom tilltron kan

²⁰ Det finns olika verktyg för strukturerad uppföljning av resultat, som skattningsskalor och frågeformulär. Att använda verktygen kan vara ett sätt för personalen att tillsammans med personen och de närstående utvärdera resultatet av delat beslutsfattande.

²¹ Ett exempel på ett beslutsstöd är [Så här kan du vara med och fatta beslut – Ett stöd för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#).

påverkas negativt av självstigma²², kan programmet NECT²³ vara en viktig insats. Programmets syfte är att minska självstigma och hjälpa personen att hantera det.

Ju bättre kunskap en person har om sitt psykiatriska tillstånd, strategier för att hantera symtom och om olika typer av stöd och behandling, desto bättre är oftast förutsättningarna att kunna vara delaktig och fatta beslut som bidrar till återhämtning. Därför är det en viktig uppgift för personalen i vård och omsorg att stärka personens kunskap och förståelse för sitt psykiatriska tillstånd genom olika psykopedagogiska insatser²⁴. Det finns också olika verktyg som brukarrörelsen tagit fram som kan hjälpa personen att öka sin förståelse och stärka sin egenmakt, till exempel *Återhämtningssguiden* från Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)²⁵.

När personen tackar nej till delat beslutsfattande

Personen som behöver vård och omsorg kan av olika skäl vara tveksam till eller tacka nej till att vara delaktig i beslut. Personen har alltid rätt att tacka nej, men det är viktigt att personalen försöker förstå orsaken bakom och överväger om personen behöver mer information och stöd. Det finns många anledningar till att en person kan vara tveksam till att vara delaktig. Några kan vara

- bristande förtroende för personalen och eller för verksamheten
- låg tilltro till sin egen förmåga
- ovana att ta en aktiv roll i beslutsfattandet
- negativa erfarenheter av tidigare beslutsprocesser.

Om ett beslut fattas där personen inte varit delaktig, behöver man följa upp och utvärdera beslutet snart efter för att kunna erbjuda delaktighet igen. En person som vid ett tillfälle tackar nej till att vara delaktig i beslut kan vid ett annat tillfälle vilja vara det.

²² Självstigma innebär att personen tror på stereotypa föreställningar och fördomar som finns i samhället om en viss grupp, i det här fallet personer med psykisk sjukdom. Deras bild av sig själva färgas av fördomarna, och leder till känslor av skam, dålig självkänsla och låg tilltro till sin egen förmåga. Självstigma är vanligt hos personer med svåra psykiatriska tillstånd.

²³ NECT (narrative enhancement and cognitive therapy) är en utbildning för personer med egen erfarenhet av att lära sig att lägga märke till och handskas med självstigma.

²⁴ Psykopedagogiska insatser kan ges enligt manualbaserade program som till exempel IMR (illness management and recovery) och ESL (Ett självständigt liv), men också som föreläsningsserie i kombination med erfarenhetsutbyte i grupp.

²⁵ *Återhämtningssguiden*. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). www.aterhamtningsguiden.se [hämtat 2024-05-03].

När personens förmåga att fatta beslut är nedsatt

Vid svåra psykiatriska tillstånd kan förmågan att fatta beslut vara mer eller mindre nedsatt i olika situationer. Svåra tillstånd och symtom behöver inte påverka viljan eller förmågan.²⁶ Utgå därför från att personen vill och kan vara delaktig i beslut med stöd trots till exempel nedsatt kognitiv förmåga.

När personens tillstånd är sådant att förmågan är nedsatt, kan man ändå arbeta med delat beslutsfattande. Om personen har svårt att förstå information och ta ställning till olika alternativ, ställer det särskilda krav på att kunna informera och ge stöd som är anpassat efter personens förmåga. Det finns också situationer när personalen eller någon annan tillfälligt kan behöva ta över beslutsfattandet i vissa frågor.²⁷ Ett sätt att öka möjligheten för att besluten som fattas ändå är i linje med personens önskan är att personen har utsett någon att tillfälligt fatta besluten, till exempel en närstående, en personal eller en stödperson. Ett krisförebyggande arbete och en krisplan kan också vara ett sätt för personen att påverka besluten när hen tillfälligt befinner sig i ett svårt tillstånd.

När personen inte varit delaktig behöver man så snart personen mår bättre följa upp och utvärdera beslutet. Om behov finns kan en ny beslutsprocess behöva inledas, där personen är delaktig på det sätt hen vill och förmår.

Gränser för personens delaktighet

Principer i hälso- och sjukvården

Det finns gränser för patientens delaktighet och inflytande i hälso- och sjukvården, vilket också kommer att återspeglas vid tillämpningen av delat beslutsfattande. Patienten har till exempel bara rätt att själv bestämma vilken vård hen ska få inom vissa givna ramar. Vårdgivaren ska ta hänsyn till den så kallade prioriteringsplattformen med tre vägledande principer (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen), som styr hur resurserna fördelas inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Innan en vårdinsats kan erbjudas en patient finns också ett antal krav som måste vara uppfyllda. Hälso- och sjukvården ska uppfylla kraven på en god

²⁶ Personer med funktionsnedsättning ska erbjudas det stöd de behöver för att utöva sin rättskapacitet, bland annat stöd att fatta beslut, se avsnittet *Rätten till delaktighet* och <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning/sjalvbestammande-och-rattskapacitet/> [hämtat 2024-11-28].

²⁷ Till exempel om lagen om psykiatrisk tvångsvård är tillämplig eller om personen överläter beslutsfattandet. Se avsnittet *Tvångsvård*.

och säker vård som ska stämma överens med vetenskap och beprövad erfarenhet.²⁸

Tvångsvård

En utmaning i psykiatrisk vård och omsorg är balansen mellan att respektera personens självbestämmande och integritet, samtidigt som man tar ansvar för att personen inte skadar sig själv eller någon annan. I vissa situationer kan tvångsvård behövas. Delat beslutsfattande kan användas inom tvångsvården för att leva upp till kraven på information och delaktighet.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård enligt LPT och LRV

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, är komplement till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) som gäller all psykiatrisk vård.²⁹ Trots att patienten inte har rätt att bestämma om tvångsvård ska ges, har hen rätt till bland annat information och att vara delaktig enligt bestämmelser i patientlagen. Det ställer höga krav på både personalen och verksamhetens strukturer. Till exempel behöver man ha processer och rutiner för att se till att verksamheterna uppfyller dessa krav och att det säkerställs att en patients rättigheter och delaktighet i vården tillgodoses samt att användning av tvångsåtgärder förebyggs och begränsas.³⁰ En patient som ges psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård ska också när hens tillstånd tillåter det informeras om sina rättigheter att överklaga vissa beslut, anlita ombud eller biträde och att få offentligt biträde i vissa situationer.³¹ Personalen behöver få utrymme för och ha förmågan till reflektion om de många etiska dilemman som uppkommer inom tvångsvården. De behöver också arbeta med att öka personens förtroende för vård och omsorg.

En patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska i normalfallet ge samtycke till behandling och andra vårdåtgärder. Undantaget är att behandling får ges utan samtycke efter chefsöverläkarens beslut om det bedöms nödvändigt.³²

²⁸ Se 5 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL och 6 kap. 1 § PSL.

²⁹ 1 § LPT. I förarbetena sägs att en tvångsföreskrift kan ge stöd för att tillämpningen av HSL:s vårdprinciper på ett visst sätt och i viss utsträckning begränsas. Den ska dock inte innebära att man då frångår vad HSL ger uttryck för. Vården av tvångsintagna bör inte kunna bedrivas genom att bortse från kraven på samråd så långt det är möjligt samt respekt för patientens självbestämmande och integritet. Se prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård, m.m., s. 75.

³⁰ Se 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 § och 4 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen har även informationsbroschyrer som riktar sig till personer som vårdas enligt LRV eller LPT. Du hittar dem på [Tvångsvård - Kunskapsguiden](#).

³¹ 48 § LPT och 30 § LRV.

³² 17 § tredje stycket LPT och 6 § andra stycket LRV.

Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får bara användas om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård genom en individuell anpassad information. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.³³ Ett uppföljningssamtal ska alltid erbjudas efter en tvångsåtgärd.³⁴

Patienten har alltså rätt att vara delaktig i beslutsfattandet om sin egen vård även inom den psykiatriska tvångsvården, förutom i vissa fall när behandling ges utan samtycke. Även i de situationerna går det att ge utrymme för delaktighet och inflytande, till exempel genom att patienten får möjlighet att välja om ett läkemedel ska ges som injektion eller tablett. Patienten kan också vara med och bestämma var en injektion ska ges.

Att använda delat beslutsfattande vid beslutsprocesser inom den psykiatriska tvångsvården är därmed möjligt och kan vara särskilt angeläget för att leva upp till kraven på information och delaktighet. Det är då extra viktigt att klargöra ramarna för det beslut som är aktuellt, med tanke på att det finns beslut som personen inte har rätt att vara delaktig i.

Social tvångsvård enligt LVM och LVU

Den sociala tvångsvården enligt LVM och LVU ska följa de mål som framgår av socialtjänstlagen och innebär att den ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.³⁵ Man kan aldrig låta bli att ta hänsyn till den enskildes vilja och synpunkter.³⁶ Den enskildes inflytande över vården framhålls ofta som viktig för hans eller hennes motivation och för behandlingsresultatet.³⁷

I LVU framgår att om den unge inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Den unges åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.³⁸

På samma sätt som inom den psykiatriska tvångsvården ställer social tvångsvård krav på personalen och verksamheten att stärka personens delaktighet och förtroende. Delat beslutsfattande är en metod som kan vara hjälpsam även av det skälet.

³³ 2 b § LPT och 2 b § LRV.

³⁴ Se 18 a § LPT och 8 § första stycket LRV. Läs mer i *Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd – Stöd för att förbereda, erbjuda och genomföra uppföljningssamtal* på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-2-8947.pdf> [hämtat 2024-11-28].

³⁵ 1 § LVM.

³⁶ 1 § LVM och prop. 1981/82:8 s. 73.

³⁷ Prop. 1996/97:124 s. 138.

³⁸ 36 § LVU.

Införa delat beslutsfattande

För att införa delat beslutsfattande i en verksamhet, behöver cheferna och ledningen vara engagerade, avsätta tid och stödja personalen i arbetet. Kompetensutveckling, tid och utrymme för reflektion för personalen behöver också finnas till hands. Att arbeta med delat beslutsfattande innebär ofta ett förändrat förhållningsätt. Verksamheten behöver sträva efter att genomsyras av värderingar som skapar en kultur där personens delaktighet och självbestämmande är självklar.

Arbetsordningen i en verksamhet kan behöva ses över och anpassas, så att inga beslut fattas innan personalen har samtalat med personen som ska vara delaktig. Personalen som arbetar närmast personen kan behöva få mer inflytande och mandat att påverka beslut. De som har befogenhet att fatta beslut kan å sin sida behöva delta i dialog och informationsutbyte med personen.

Ett stöd för införandet av delat beslutsfattande är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten systematiskt och på olika nivåer arbetar för att öka delaktigheten³⁹ för dem som verksamheten är till för.

Mäta delat beslutsfattande

Ett sätt att utveckla arbetet med delat beslutsfattande är att följa upp hur delat beslutsfattande har genomförts. CollaboRATE⁴⁰, Dyadic option⁴¹ och SURE⁴² är internationellt validerade instrument för att mäta delaktighet och utvärdera delat beslutsfattande. Instrumenten har testats i svensk socialtjänstpraktik och finns översatta till svenska. Resultatet av genomgången och valideringen av instrumenten i ett svenskt sammanhang visade att de kan vara relevanta och användbara för att stödja utvecklingen av delat beslutsfattande och brukardelaktighet i Sverige.⁴³

³⁹ Läs mer om delaktighet på <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/delaktighet/>.

⁴⁰ Läs mer på Socialstyrelsens metodguide: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/collaborate/>

⁴¹ Läs mer på Socialstyrelsens metodguide: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/dyadic-option/>

⁴² Läs mer på Socialstyrelsens metodguide: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/sure/>

⁴³ Instrumenten översatta till svenska samt mer information om resultatet av testningen hittar du i rapporten *Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd – översättning och validering av tre instrument som mäter delat beslutsfattande*. Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. CEPI. 2015. https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf [hämtad 2024-11-12].

Delat beslutsfattande i socialtjänsten

Socialtjänstens arbete ska utgå ifrån att frigöra och utveckla enskildas egna resurser med en praktik som bygger på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL). Socialtjänsten erbjuder stöd och omsorg till kommunens invånare utifrån behov inom olika livsområden. Det kan handla om både förebyggande insatser och tillfälliga eller långvariga behov av insatser. Socialtjänsten ansvarar både för att besluta om, utföra och följa upp insatser. Delat beslutsfattande kan användas i olika situationer inför beslut och vid utförande av insatser, för att stärka personers delaktighet och inflytande i socialtjänsten. Metoden kan användas inom ramen för arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC)⁴⁴ vid handläggning, genomförande och uppföljning av insatser.

Personal med olika roller inom socialtjänsten kan använda delat beslutsfattande i sitt arbete, till exempel boendestödjare, boendepersonal⁴⁵, hemtjänst, personal inom daglig verksamhet och sysselsättning, uppsökare, socialsekreterare, biståndshandläggare och personligt ombud. När delat beslutsfattande används inom socialtjänstens verksamheter, är det viktigt att vara medveten om och tydliggöra vem som har mandat att fatta formella beslut.

Vem fattar beslut i socialtjänsten?

Vem som fattar beslut i olika delar av socialtjänstens processer styrs av lagstiftningen. Delat beslutsfattande kan vara en del av underlaget inför beslut om insatser samt i genomförande och uppföljning av beslutet. Några exempel:

- Personen själv fattar beslut att ansöka om och ta emot en insats.
- Myndighetsbeslut om insatser till personen fattas av socialnämnden (chef eller socialsekreterare/biståndshandläggare med delegation).
- Utförarverksamheten fattar beslut om genomförandeplan.
- Socialnämnden ansvarar för uppföljningen och genomförs av exempelvis socialsekreteraren, biståndshandläggaren och utförarverksamheterna.

Olika sammanhang och situationer

Exempel på situationer när delat beslutsfattande kan användas inom socialtjänsten:

- när man utför insatser och upprättar en genomförandeplan

⁴⁴ Individens behov i centrum (IBIC) är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med behov av stöd i det dagliga livet.

⁴⁵ Personal på till exempel hem för vård eller boende (HVB) eller bostad med särskild service.

- under en utredning för att gemensamt undersöka olika alternativ
- i förberedelser inför och under ett möte om samordnad individuell plan (SIP), för att säkerställa att personens önskemål kommer fram
- vid uppsökande arbete för att skapa en gemensam bild av vad personen behöver och önskar.

Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att i samråd med patienten ge god vård och behandling. Inom hälso- och sjukvården fattas många typer av beslut.⁴⁶ Flera olika yrkeskategorier är inblandade i den process som föregår och leder till ett beslut, till exempel läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer, psykologer samt vård- och stödsamordnare. Olika yrkeskategorier kan ha olika mandat beroende på vilket beslut som ska fattas. Ofta kan mandatet att fatta ett beslut ligga på en annan yrkeskategori, till exempel läkaren, än den eller de som i samtal med patienten uppmärksammar ett behov eller bereder en fråga där ett beslut behöver fattas.

Vem som har beslutsmandatet beror på vilken typ av beslut som ska fattas, till exempel beslut om medicinska behandlingar eller evidensbaserade omvårdnadsåtgärder i heldygnsvården. När delat beslutsfattande ska tillämpas behöver man tydliggöra vem som har beslutsmandaten, liksom vilka andra yrkeskategorier som är inblandade i beslutsprocessen och på vilket sätt.

Vem fattar beslut i hälso- och sjukvården?

För de flesta beslut inom hälso- och sjukvården finns oftast inte någon reglering av vem som får fatta beslutet. Det är ofta verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som bestämmer vem som ska utföra arbetsuppgifter, baserat på den enskildes kompetens.⁴⁷ Oftast fattar olika professioner beslut inom ramen för sitt kompetensområde. Några exempel:

- Sjuksköterskan bedömer och fattar beslut om planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden.
- Läkaren bedömer, diagnosticerar och fattar beslut om planering, genomförande och utvärdering av medicinsk behandling.

⁴⁶ Läs mer på kunskapsguiden. Socialstyrelsen. [Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? – Socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad). <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad> [hämtad 2024-11-11].

⁴⁷ Lagstiftningen detaljstyr inte vem som får göra vad. Bestämmelserna ställer främst krav på hur arbetsuppgifter ska utföras, inte på vem som utför dem. Patientsäkerhetslagen (2010:659) slår fast att personalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Där framgår även att arbetsuppgifter bara får delegeras i vården när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.

- Psykologen bedömer och fattar beslut om psykologisk behandling och utredning.
- Arbetsterapeuter bedömer och fattar beslut om insatser för personens förmåga att utföra dagliga aktiviteter, behov av miljöanpassningar och hjälpmedel som ska stärka självständigheten.
- Fysioterapeuter bedömer och fattar beslut om insatser för den fysiska funktionsförmågan, till exempel olika träningsprogram och anpassningar för att förbättra rörlighet, styrka och åstadkomma smärtlindring.

För beslut om tvångsvård som regleras i LPT och LRV finns noggrant specificerade krav på vem som får fatta besluten. Till exempel är det chefsöverläkaren som fattar beslut om en patient ska tas in för psykiatrisk tvångsvård (LPT och LRV) och om tvångsåtgärder.

Vilka insatser som finns tillgängliga inom psykiatrisk vård påverkas av beslut som fattas av regionens politiska ledning, hälso- och sjukvårdsledning och verksamhetsledning.

Olika sammanhang och situationer

Exempel på situationer när delat beslutsfattande kan användas i hälso- och sjukvården:

- i samband med en bedömning av ett psykiatriskt tillstånd, för att gemensamt undersöka olika behandlingsalternativ
- för att förbereda personen och säkerställa att personens önskemål och preferenser kommer fram när man planerar vård och stödinsatser, ofta i samband med att man upprättar en vårdplan, samordnad individuell plan (SIP) och omvårdnadsplan
- när man upprättar en krisplan
- när man vill skapa en gemensam bild av vad personen behöver och önskar.

Färdigheter och kompetens hos den som ska arbeta med delat beslutsfattande

Personalen kan behöva öka sin kompetens och utveckla färdigheter och sitt förhållningssätt, för att arbeta med delat beslutsfattande. Personalen kan behöva träna på att

- lyssna på personen och försöka förstå personens hela situation, önskemål, värderingar och erfarenheter
- veta hur man uppmuntrar personer att prata om vad som är viktigt för dem

- anpassa sin kommunikation utifrån personens behov, till exempel kommunicera på ett sätt som underlättar förståelse genom att använda klarspråk, undvika jargong och förklara tekniska termer
- dela och diskutera den information som personen behöver för att fatta välgrundade beslut, och vara tydlig med vilka alternativ som är tillgängliga
- informera om risker, fördelar och konsekvenser med olika alternativ på ett tydligt sätt och anpassat efter personens behov och kognitiva funktion, till exempel med olika beslutsstöd, verktyg eller psykopedagogiska insatser
- skapa förtroende och en god relation, även när personen har ett svårt tillstånd eller är tveksam till att ta emot vård och stöd
- uppmärksamma och stärka personens egna resurser och stödja personen att ta ansvar utifrån sin förmåga
- kommunicera, involvera och samarbeta med närstående och andra i personens nätverk som personen väljer att ta med
- våga tro på sin egen och personens förmåga samt på att personens och den egna kunskapen och erfarenheten är viktiga för att fatta välgrundade beslut
- arbeta strukturerat, följa upp och utvärdera insatser och arbetssätt
- reflektera över och vilja utveckla sitt sätt att stärka personens delaktighet och inflytande
- beskriva delat beslutsfattande på ett pedagogiskt sätt och anpassat efter personens behov och förutsättningar.

Så kan organisationen stödja införandet av delat beslutsfattande

Personal kan arbeta med delat beslutsfattande utan att alla organisatoriska förutsättningar finns på plats. Men organisationen, med chefer och ledning på olika nivåer, kan på olika sätt stödja införandet av metoden. Nedan följer några exempel.

- **Prioritera resurser**

Det behöver finnas tillräckliga resurser, både ekonomiska, kunskapsmässiga och strukturella. Det behöver också finnas resurser för att kunna erbjuda flera olika evidensbaserade insatser, för att tillgodose personens behov och önskemål. Genom att gå igenom relevanta nationella riktlinjer och vårdprogram kan man identifiera de insatser som verksamheten behöver införa.

- **Stötta personalens förmåga och kompetens**

Se till att verksamheten och personalen har tillräcklig kunskap om psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning. Personalen behöver också få utbildning, handledning och fortbildning i att arbeta med

delat beslutsfattande. Utbildningen behöver vara mer praktisk än teoretisk, så att personalen lär sig de färdigheter som behövs för att arbeta med delat beslutsfattande i praktiken.

- **Tillgängliggöra beslutsstöd**

Det är hjälpsamt om verksamheten kan erbjuda olika beslutsstöd. Personalen behöver lätt kunna hitta, använda och anpassa beslutsstöden efter personens behov och förutsättningar.

- **Tillhandahålla system för dokumentation**

Det blir lättare för personalen att arbeta med delat beslutsfattande om de lätt kan dokumentera personens önskemål och vilja. Lika viktigt är att föra vidare information om personens vilja och önskemål samt planen för beslut och genomförande till alla aktörer som kan vara involverade i personens vård. Angelägna frågor är därför system för dokumentation och säker delning av en sammanhållen vårdinformation.

- **Underlätta strukturer för samverkan**

Att arbeta systematiskt med att utveckla samverkan mellan de olika aktörer som erbjuder insatser underlättar. Organisationen kan till exempel behöva ingå överenskommelser eller avtal för samverkan mellan kommuners och regioners olika verksamheter.

Noggranna överlämningar mellan verksamheter där personens delaktighet är i fokus kräver att verksamheterna har kunskap om varandra. Det gäller särskilt när det finns skillnader i uppdrag, beslutsprocesser och förutsättningar att erbjuda insatser. Personalen behöver känna att de lätt kan prata med varandra och dela med sig av sin kompetens.

- **Möjliggöra flexibilitet**

Gör det möjligt för både personerna och den personal som arbetar närmast dem att delta i utvecklingsarbete.

Personalen behöver få tillräckligt med tid för att gå igenom metodens olika steg i sitt dagliga arbete. Flexibilitet underlättar, till exempel att låta personalen kommunicera digitalt, vara tillgängliga på olika tider och ge insatser där personen befinner sig.

- **Uppmärksamma och förebygga hinder och risksituationer**

Organisationen behöver uppmärksamma och förebygga hinder och risksituationer. Några vanliga risker:

- Det finns en maktobalans mellan personalen i sin yrkesroll och personen med behov.
- Det finns hierarkier och en ojäm maktbalans mellan olika yrkeskategorier.
- Samordning och samverkan brister. Det kan leda till att personens önskemål eller beslutet som fattats inte följer med vid övergångar mellan myndighetsutövning och utförare, till exempel vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård till öppenvård eller vid samverkan

- Vård och omsorg kan inte alltid erbjuda evidensbaserade insatser som möter personens behov eller utforma insatserna efter personens önskemål.

Delat beslutsfattande och andra metoder kan stärka varandra

Delat beslutsfattande används ofta tillsammans med andra insatser där delaktighet och självbestämmande är centralt. Metoderna kan stärka varandra både när man inför och genomför delat beslutsfattande.

Exempel på insatser:

- självvald inläggning⁴⁸ (SI)
- samordnad individuell plan⁴⁹ (SIP)
- vård- och stödsamordning⁵⁰ som ges inom ramen för olika modeller för integrerad vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd som ACT (assertive community treatment)⁵¹, FACT (flexible ACT)⁵² och RACT (resursgrupps-ACT)⁵³

Delat beslutsfattande kan också kombineras med till exempel psykopedagogiska insatser. De kan ges individuellt, gemensamt med närstående eller tillsammans med andra med liknande tillstånd och behov. Om insatsen gäller en hel grupp, brukar man erbjuda ett antal föreläsningar där deltagarna får möjlighet att ställa frågor. Efter föreläsningarna låter man deltagarna ingå i mindre grupper för att byta erfarenheter, reflektera och diskutera. Psykopedagogiska insatser kan också vara manualbaserade program som har inslag av social färdighetsträning, där man utvecklar

⁴⁸ Metoden självvald inläggning (SI) innebär att vissa patienter erbjuds att själva besluta om sin inläggning i psykiatrisk heldygnsvård. Läs mer på <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/sjalvvald-inlaggning--si/om-sjalvvald-inlaggning/>.

⁴⁹ Om en person har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska kommunen och regionen upprätta en individuell plan tillsammans med personen om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om personen samtycker till det (se 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Den kallas ofta samordnad individuell plan (SIP). Läs mer på: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/samordnad-individuell-planering-sip/samordnad-individuell-plan/>.

⁵⁰ Vård- och stödsamordning används i Sverige ofta i stället för *case management*. I rapporten har begreppen samma betydelse.

⁵¹ ACT (assertive community treatment) är den mest intensiva modellen för integrerad vård och stöd. Varje vård- och stödsamordnare ansvarar för ett mindre antal individer och ett multiprofessionellt team ska ge alla insatser när och var personen behöver.

⁵² FACT (flexible ACT) baseras på ACT-modellen men har ett system för att växla i insatsernas intensitet utifrån personens behov.

⁵³ RACT (resursgrupps-ACT) baseras på ACT-modellen men har vidareutvecklats i ett svenskt sammanhang. Den resursgrupp som personen bygger upp tillsammans med sin vård- och stödsamordnare har en central roll.

strategier för att förhindra att personen insjuknar igen. Programmen IMR⁵⁴ och ESL⁵⁵ är två evidensbaserade program.

Delat beslutsfattande är en del av en mer personcentrerad vård och omsorg

Vad är en personcentrerad vård och omsorg?

”För mig betyder personcentrerad vård och omsorg att vården ska formas runt personen. Personen ska inte formas efter vården.”
Hjärnkollambassadör

En personcentrerad vård och omsorg utgår från personens resurser, förutsättningar och behov, som identifieras och beskrivs genom ett nära samarbete.⁵⁶

Liksom en personcentrerad vård och omsorg grundar sig delat beslutsfattande på vissa grundläggande värderingar som utgår ifrån att personen

- har kunskap och erfarenhet som är lika viktig som personalens kompetens
- har förmåga och resurser som ska uppmärksammas och stärkas
- har rätt till självbestämmande och delaktighet
- kan ta eget ansvar utifrån förmåga
- kan, med adekvat vård och stöd, återhämta sig trots svår och långvarig sjukdom.

⁵⁴ IMR (illness management and recovery) är ett manualbaserat psykopedagogiskt program, där personen får kunskap, färdigheter och stöd i att formulera återhämtningsmål samt hitta strategier att uppnå dem.

⁵⁵ ESL (Ett självständigt liv) är ett program där personen får kunskap, färdigheter och stöd som syftar till ett mer självständigt liv. Social färdighetsträning är en del av programmet.

⁵⁶ Det finns ingen enhetlig definition av personcentrerad vård och omsorg. Den här definitionen har formulerats inom ramen för regeringsuppdraget om personcentrerad vård vid komplex psykiatrisk problematik.

Vanliga frågor om delat beslutsfattande i praktiken

Nedan följer några frågor som kan uppkomma vid användning av metoden, samt deras svar.⁵⁷

Blir inte personen stressad av för många olika alternativ?

Det är viktigt att fråga om personen vill veta om olika alternativ, men också påminna om att du gärna ger stöd och hjälper till att fatta beslut. För att ge möjlighet till återhämtning bör valmöjligheterna utgå från personens egna önskemål. Även om olika alternativ kan skapa stress för personen, kan det också bidra till hoppfullhet.

Vad ska jag säga om personen har orealistiska önskemål?

Även om du uppfattar att personens önskemål inte är särskilt ”realistiskt” i den nuvarande situationen, är det viktigt att visa respekt för önskemålet och ta det på allvar. Tillsammans kan ni undersöka det, lyfta in olika alternativ och fundera över hur ni skulle kunna ta vissa steg mot det önskade målet. På så sätt kan ni ofta hitta vägar framåt.

Ska jag hålla tyst när jag tycker personen har valt fel?

Personalens roll i delat beslutsfattande innebär inte att de ska vara tysta, utan att delta aktivt genom att dela med sig av sin kunskap och erfarenhet. Det viktiga är att hela tiden respektera personens erfarenhet och önskemål samt ta personen på allvar. Personalen kan berätta om vilka för- och nackdelar de ser med olika alternativ, samtidigt som de behöver vara beredda att stödja personen i hans beslut. Misslyckas personen och personalen att komma fram till ett delat beslut, behöver de fortsätta att planera och utforska tillsammans. Personen har ofta mer realistiska förväntningar på vad som är möjligt än vad personalen tror, och klarar ofta av att hantera besvikelse. Att visa respekt är att vara tydlig med vad vård och omsorg kan och inte kan erbjuda, och berätta varför.

⁵⁷ Frågorna har valts ut och svaren formulerats tillsammans med referensgruppen baserat på deras samlade kunskap om metoden och dess införande i svensk hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Även det samlade kunskapsunderlaget har bidragit.

Vad gör personalen om personen vill att personalen bestämmer?

Delaktighet är en rättighet och inte en skyldighet. Att inte vilja vara med och fatta ett beslut är också ett beslut och ska respekteras. Personen och personalen kan komma överens om att ta upp frågan igen vid ett senare tillfälle.

Biståndshandläggarna har redan gett avslag, vad kan vi egentligen besluta om?

Även när det redan finns ett beslut kan personalen lyssna in vilka önskemål personen har. Personen och personalen kan diskutera hur den redan bestämda insatsen kan bidra till det önskade resultatet. Tillsammans kan de planera inför nästa behovsbedömning, så att personens önskemål och behov tydligt kommer fram.

Kan personalen arbeta med delat beslutsfattande när det inte finns utrymme att ta ett beslut, till exempel vid tvångsvård?

Även i en tvångsvårdssituation kan personen delta i vissa beslut. Det kan till och med vara särskilt viktigt att vid tvångsvård tydliggöra vilka beslut som personen kan fatta.

Är det mer tidskrävande att arbeta med delat beslutsfattande?

Inledningsvis kan det ta mer tid. Men om besluten är genomtänkta, fattade i samråd utifrån personens egna preferenser och värderingar, finns det större möjlighet att planeringen kommer fungera. Det spar tid i ett längre perspektiv.

Ska man belasta redan sårbara individer med information och beslutsansvar?

Om personen är svårt sjuk eller nyligen har insjuknat i en psykisk sjukdom, kan både viljan och förmågan att vara delaktig vara begränsad, och då är det viktigt att kunna anpassa kommunikationen. Samtidigt visar forskningen att det finns en tendens att underskatta önskan och förmågan att vara delaktig i beslut bland personer med psykiatriska tillstånd. Det är bättre att utgå från att personen vill och kan, och vara beredd att justera därifrån, än tvärtom.

Om man arbetar med delat beslutsfattande som det är tänkt, känner sig inte personen ”övergiven” och lämnad att ta till sig information och fatta beslut på egen hand. Besluten är ”delade” och fattade i samråd. Personen har inflytande över vilken roll hen vill ha. Det är viktigt att vara redo att definiera om rollerna vid nästa tillfälle.

Väcker man inte falska förhoppningar hos individen om större beslutsmöjligheter än vad som är möjligt?

Det finns ofta en överdriven oro för att väcka falska förhoppningar. Oftast varken vill eller förväntar sig personen att hen ska ha fullt beslutsmandat, utan är medveten om vilka ramar som gäller i olika beslutssituationer. Personer med psykiatriska tillstånd brukar uttrycka att de önskar att bli betraktade och bemötta som fullvärdiga samtalspartner. Personalen har ett ansvar för att klargöra ramarna för beslutsfattandet och varför man till exempel inte kan erbjuda vissa behandlingsalternativ.

Vad säger forskningen om delat beslutsfattande?

Det finns ingen enhetlig beskrivning i forskningslitteraturen av en modell för delat beslutsfattande anpassad till psykiatrisk vård och omsorg. Men litteraturen beskriver metodens centrala komponenter och vad som kan vara särskilt angeläget i psykiatrisk vård och omsorg.

Forskningen visar att delat beslutsfattande kan förbättra upplevelsen av delaktighet hos patienter med psykiatriska tillstånd i nära anslutning till mötet. Flera studier visar andra positiva effekter även om tillförlitligheten är låg, till exempel bättre relation till behandlare samt ökad nöjdhet med vården och stödet när det gäller tillgång till information. Genomgående beror den låga tillförlitligheten till resultaten på att sammanhanget skiftar så starkt när det gäller att genomföra interventionerna, de psykiatriska tillstånden, komponenterna i interventionerna och perioderna för uppföljning.⁵⁸

NICE:s riktlinje för delat beslutsfattande⁵⁹ som Socialstyrelsen bedömer håller god kvalitet⁶⁰ består av 58 rekommendationer och handlar bland annat om att omsätta delat beslutsfattande i praktiken, använda verktyg som stöder delat beslutsfattande samt informera om risker, fördelar och konsekvenser med delat beslutsfattande. Det finns även rekommendationer om framtida forskning. Riktlinjen vänder sig till hela hälso- och sjukvården och har till syfte att främja och införa delaktighet i vårdbeslut som rör individen och säkerställa att vården är personcentrerad. Ett annat syfte är att säkerställa att individens preferenser och värderingar beaktas i vårdplaneringen. Riktlinjen lyfter fram hur införandet av delat beslutsfattande ska få särskilt stöd i vård och omsorg för marginaliserade grupper.⁶¹

Det behövs mer forskning

Forskning om delat beslutsfattande i svensk socialtjänst och hälso- och sjukvård pågår och utvecklas. Flera publicerade studier visar positiva resultat av att använda delat beslutsfattande i ett svenskt sammanhang.⁶² Men mer forskning behövs både i Sverige och internationellt.

⁵⁸ Se bilaga 1: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för rekommendation och kunskapsstöd.

⁵⁹ Shared decision making. London: National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain); 2021.

⁶⁰ Kvalitetsbedömning gjord med Agree-2, se bilaga 2: NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården bilaga Kvalitetsbedömning av NICE och sammanfattning av riktlinjen.

⁶¹ Se bilaga 2: NICE-riktlinje för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården.

⁶² Se bilaga 1: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för rekommendation och kunskapsstöd och Bilaga 3: Relevanta svenska studier och vetenskapliga publikationer

Det behövs mer kunskap om hur delat beslutsfattande kan användas inom hälso- och sjukvården, särskilt inom psykiatrisk vård och omsorg. Mer forskning behövs om effekterna av metoden på kliniska symtom samt hur vi kan mäta metodens effekt, särskilt för personer med svår psykisk sjukdom och nedsatt beslutsförmåga. Likaså behöver vi undersöka kulturella aspekter på metodens tillämpning.

Det finns också behov av att utvärdera metoden i förhållande till olika former av beslut, eftersom en stor del av tillgänglig litteratur främst är inriktad på beslut om läkemedelsbehandling. Det kan också finnas ett behov av att utveckla verktyg som är särskilt anpassade för psykiatrisk vård och omsorg ytterligare, eftersom många verktyg är utformade för somatisk vård.

Riktlinjen från NICE för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården ger fem rekommendationer för framtida forskare. De frågor som väntar på svar är:

- Hur skiljer sig delat beslutsfattande i effektivitet mellan olika grupper och i olika vårdmiljöer?
- Vilka åtgärder är mest effektiva för att stärka erfarenhetsutbytet om delat beslutsfattande och hur kan man fortsätta att använda metoden i en organisation och arbetsgrupp?
- Vad påverkar synen på vårdpersonalens auktoritet och acceptansen för delat beslutsfattande?
- Vilka sätt mäter bäst effektiviteten av delat beslutsfattande i olika sammanhang?
- Hur kan delat beslutsfattande användas digitalt?

Rätten till delaktighet

Det finns bestämmelser om rätten till delaktighet, inflytande och självbestämmande i både konventioner och i lagstiftning.

Rättigheter för personer med funktionsnedsättning

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning började gälla i Sverige 2009 och förtydligar vad som krävs för att personer med funktionsnedsättning fullt ut ska få sina rättigheter uppfyllda som alla andra. Här slås principen om individuellt självbestämmande fast samt att personer med funktionsnedsättning har rättskapacitet på lika villkor som andra i alla hänseenden och ska få tillgång till det stöd de kan behöva för att utöva sin rättskapacitet.⁶³

WHO har utifrån konventionens principer utvecklat en egen modell för delat beslutsfattande (Supported decision making and advanced planning, WHO 2019). WHO skriver där att den ojämna maktbalansen mellan psykiatrisk vård, andra verksamheter och personen med behov är ett hinder. Möjligheten att i särskilda situationer ge vård mot personens vilja bidrar till maktobalansen.

De principer om rätt till stöd i beslutsfattande som konventionen fastställer och som WHO har utvecklat kan omsättas i praktiken med hjälp av delat beslutsfattande, där det tydligt framgår att personalen behöver ge tillräckligt stöd och beslutsstöd är en viktig del.

Lagar i hälso- och sjukvården

När patientlagen (2014:821) infördes stärktes patientens ställning i hälso- och sjukvården. Lagen specificerar vad patienten har rätt till i vården och ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

I förarbetena till lagen konstateras att i en patientcentrerad vård är patienten en partner i relationen med vårdgivaren och tar en mer aktiv roll i beslut om den egna vården. Det ställer dels ökade krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att bjuda in patienterna i diskussioner om hur vårdinsatser ska utformas och genomföras, dels krav på patienternas kunskaper för att de aktivt ska kunna delta i beslut och utformning av vårdinsatsen. Förarbetena påpekar också att forskning visat att en ökad delaktighet från patienternas sida ökar kvaliteten i vårdinsatsen samt att

⁶³ Se art. 3 p. a) och art. 12 p. 2 och 3.

patientcentrerad vård visat generellt på positiva effekter på hur patienterna uppfattat vården de fått.⁶⁴

Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2) lyfter fram att kunskap är makt:

”Information behövs för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds, men den underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och möjliggöra planering.”

I patientlagen finns omfattande krav på vilken information patienten ska få.⁶⁵ Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället om möjligt lämnas till en närstående, så länge bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldiga att anpassa informationen till mottagarens förutsättningar, till exempel ålder, mognad och erfarenhet. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.⁶⁶

Hälso- och sjukvården ska också så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.⁶⁷ I förarbetena framhöll regeringen att det ytterst är en fråga om att individanpassa vårderbjudandet och inse att det som fungerar för en patient inte alltid är den bästa lösningen för andra patienter. Det påpekades också att graden av aktiv delaktighet kommer att variera från person till person, utifrån vad hen önskar eller förmår, samt att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörd för vilken information och vilket inflytande patienten önskar. Patienten måste alltid ha möjlighet att överlämna beslutsfattandet till den som är medicinskt ansvarig.⁶⁸ Enligt patientlagen ska även patientens närstående få möjlighet att medverka i utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

Patienten har också rätt att under vissa förutsättningar välja behandlingsalternativ. Det gäller när det finns flera behandlingsalternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet samt när det framstår som medicinskt och kostnadsmissigt befogat att patienten får den valda behandlingen.⁶⁹ En grundläggande förutsättning för all hälso- och

⁶⁴ Prop. 2013/14:106 s. 36 f.

⁶⁵ Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2) s. 12.

⁶⁶ Det finns även en bestämmelse om att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen samt att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om personen ber om det.

⁶⁷ Se bestämmelserna i 5 kap. patientlagen.

⁶⁸ Prop. 2013/14:106 s. 72.

⁶⁹ Se bestämmelserna i 7 kap. patientlagen.

sjukvård är att det krävs samtycke från patienten om inte annat följer av lag.⁷⁰ Patienten har alltså en långtgående rätt att avstå från erbjuden vård.

Lagar i socialtjänsten

Socialtjänsten styrs av ett antal lagar. De mest centrala i det här sammanhanget är socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).⁷¹ Socialtjänst bedrivs som kommunal eller enskild verksamhet. Även staten bedriver socialtjänst när vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) genomförs på vårdinstitutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.

Socialtjänsten ska samtidigt ta hänsyn till människans ansvar för sin och andras sociala situation och vara inriktad på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.⁷² Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.⁷³ Det innebär att personen själv bestämmer om hen ska ansöka om eller ta emot erbjudanden om en viss social tjänst. Insatser enligt SoL är frivilliga och ska utformas och genomföras tillsammans med personen själv. Ett sätt att möjliggöra verkligt inflytande och delaktighet för den enskilde kan vara genom delat beslutsfattande.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är jämfört med SoL konstruerad som en mer utpräglad rättighetslag. Insatser enligt LSS är frivilliga och ska bara ges till den som begär det. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.⁷⁴ Den enskilda personen ska ha ett direkt inflytande, både i planeringen och utformningen samt genomförandet av insatsen.⁷⁵ LSS medger inte att en insats genomförs mot den enskilda personens vilja.

Nya socialtjänstlagen

Regeringen arbetar med ett förslag till en ny socialtjänstlag med fokus på förebyggande arbete, ökad tillgänglighet och kunskap. Barn ska enligt

⁷⁰ Se 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Tvångsvård får ske under vissa förutsättningar med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Även här gäller dock reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen i den mån tvångslagstiftningen inte begränsar dess tillämpning (se 1 § LPT).

⁷¹ Med socialtjänst avses här i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

⁷² 1 kap. 1 § andra stycket SoL.

⁷³ 1 kap. 1 § tredje stycket SoL.

⁷⁴ 7 § andra stycket LSS.

⁷⁵ Prop. 1992/93:159 s. 50.

förslaget få stärkta rättigheter, och socialtjänsten ska arbeta med tidiga insatser.⁷⁶ Det nya lagförslaget innebär bland annat att socialtjänsten ska

- arbeta mer förebyggande och fånga upp behov innan de blivit för stora
- vara lättare att nå och få hjälp av när det behövs
- kunna erbjuda insatser snabbare genom att fler insatser kan ges utan individuell behovsprövning
- ha en verksamhet som bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt kontinuerligt följs upp och utvecklas.

Barnets rätt

När det gäller barn måste hälso- och sjukvården och socialtjänsten ta särskild hänsyn.

Barnets bästa ska särskilt beaktas och barnets inställning till den aktuella hälso- och sjukvården eller omsorgen ska så långt som möjligt klarläggas och tillmätas betydelse i förhållande till hens ålder och mognad.⁷⁷ Barnet ska ha ett medinflytande som med tiden tangerar eller, under vissa omständigheter, övergår till ett självbestämmande. I takt med barnets ökande ålder och mognad ska barnet alltså få möjlighet att vara delaktig i allt högre grad. I takt med barnets ökade ålder och mognad ska barnet alltså få möjlighet att vara delaktig i allt högre grad och även när det är möjligt att kunna fatta egna beslut utan inblandning av vårdnadshavarna.⁷⁸

Barnet har också rätt till information, men den behöver anpassas till barnets ålder och mognad.⁷⁹ Barnets vårdnadshavare ska också få information så länge bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.⁸⁰ Det här stämmer också överens med barnkonventionen, som gäller som svensk lag.

⁷⁶ En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Lagrådsremiss 4 juli 2024.

⁷⁷ I kap. 8 § och 4 kap. 3 § PL, 11 kap. 10 § SoL och 8 § andra stycket LSS. Enligt SoL ska barnets inställning klarläggas på annat sätt om barnet inte framför sina åsikter.

⁷⁸ Se mer om barns ställning i hälso- och sjukvården i meddelandebladet *Barn som söker hälso- och sjukvård* (Nr 8 2020). Se även 11 kap. 10 § andra stycket SoL och 8 § LSS.

⁷⁹ Inom hälso- och sjukvården har barn samma rätt till information som vuxna, men informationen behöver anpassas, se 3 kap. 1, 2 och 6 §§ PL. Inom socialtjänsten har barnet rätt att få relevant information, se 11 kap. 10 § SoL.

⁸⁰ Se 3 kap. 3 och 5 §§ PL och 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Referenser

Referenser till studier och andra vetenskapliga publikationer återges i bilaga 1: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för rekommendation och kunskapsstöd

Att ge ordet och lämna plats. En vägledning för brukarinflytande i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Att ge ordet och lämna plats: vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

CEPI - Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser. Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd : översättning och validering av tre instrument som mäter delat beslutsfattande. 2015. Hämtad 2025-01-23 från: https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf

Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal: aktuell från 1 januari 2015. 4. uppl. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Elwyn et al. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of general internal medicine, 2012, Oct; Vol. 27 (10).

Engman T. Från delaktighet till delat beslutsfattande: inspirationsskrift om delaktighet och delat beslutsfattande inom psykiatri och socialtjänst. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa; 2015.

Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys Stockholm: 2018.

Jansson M. Tvångsvård och självvald inläggning – En rapport om patienters och anhörigas upplevelser av två olika vårdformer i psykiatri. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa; 2023.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

Om implementering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Shared decision making. London: National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain); 2021.

Shared decision making: en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-6-52.

Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning

Självvald inläggning inom svensk psykiatri: nationellt kunskapsstöd med rekommendationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Så vill vi ha det. Brukarrörelsens bidrag till god psykiatrisk vård. Nationell samverkan för psykisk hälsa. 2021.

Vår medverkan – en förutsättning för god kvalitet. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). 2011.



Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning
(artikelnr 2025-3-9328) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.