



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Psykiatriska patienters erfarenheter av delat beslutsfattande - Litteraturstudie

Författare: Elina Nordlund & Linnéa Bolander

Handledare: Bertil Lundberg

Kandidatuppsats

Våren 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Psykiatriska patienters erfarenheter av delat beslutsfattande - Litteraturstudie

Författare: Elina Nordlund & Linnéa Bolander

Handledare: Bertil Lundberg

Kandidatuppsats

Våren 2017

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet med litteraturstudien är att ta del av forskning som undersökt psykiatriska patienters upplevelser av delat beslutsfattande för att få en ökad förståelse för patienters preferenser. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes utifrån åtta kvalitativa intervjustudier om delat beslutsfattande. En integrerad analys genomfördes för att sammanställa resultatet. **Resultat:** Tre kategorier identifierades: beslutsfattande som en process; vårdrelationens betydelse för delaktighet; samt att lära av varandra. Beslutsfattande beskrevs som en process som utspelade sig över tid. Relationen till vårdpersonalen var avgörande för att möjliggöra delaktighet. Ett kunskapsutbyte mellan patient och vårdpersonal var en förutsättning för att dela beslutsfattandet. **Slutsats:** Patienter är positivt inställda till delat beslutsfattande, men identifierar aspekter som försvårar delaktighet. Genom att ta tillvara på patientens erfarenhet och kunskap kan sjuksköterskan stärka patienten i beslutsprocessen.

## Nyckelord

Shared decision making, mental health, psychiatric patients, experience, view.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Psykisk ohälsa och psykiatri idag .....	2
Tidigare forskning om delat beslutsfattande .....	3
Perspektiv och utgångspunkter .....	4
Sjuksköterskans kompetensområde .....	5
Studiens betydelse .....	6
Syfte .....	6
Metod .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Tabell 1: Sökning i databas PubMed .....	7
Tabell 2: Sökning i databas CINAHL .....	8
Dataanalys .....	8
Forskningsetiska avvägningar .....	9
Resultat .....	9
Beslutsfattande som process .....	10
Vårdrelationens betydelse för delaktighet .....	11
Att lära av varandra .....	12
Diskussion .....	14
Diskussion av vald metod .....	14
Diskussion av framtaget resultat .....	15
Beslutsfattande som process .....	16
Vårdrelationens betydelse för delaktighet .....	17
Att lära av varandra .....	19
Slutsats och kliniska implikationer .....	20
Författarnas arbetsfördelning .....	20
Referenser .....	22

# Introduktion

## **Problemområde**

Inom psykiatrisk hälso-och sjukvård är samarbetet mellan patient och vårdpersonal av stor betydelse för vårdförlopp och resultat (Socialstyrelsen, 2010; Socialstyrelsen, 2012). Tidigare studier har dock visat att patienter inte deltar i beslut rörande sin vård i den utsträckning de önskar (Adams & Drake, 2006; Hamann, Cohen, Leucht, Busch & Kissling, 2005; Socialstyrelsen, 2012). Det behövs mer kunskap om vilka faktorer psykiatriska patienter upplever som viktiga för att de ska känna sig delaktiga i sin vård (Deegan & Drake, 2006).

Delat beslutsfattande (eller shared decision making) är ett arbetssätt som syftar till att öka patienternas delaktighet i beslut kring sin vård och behandling (Socialstyrelsen, 2012). Delat beslutsfattande innebär en beslutsprocess där patient och vårdpersonal gemensamt fattar ett beslut utifrån patientens målsättningar, erfarenheter och önskemål, samt vårdpersonalens kunskap om evidensbaserade behandlingsmetoder (Hamann, Leucht & Kissling, 2003; Socialstyrelsen, 2012). Vårdpersonal och patient ses som två aktiva parter som båda har en expertkunskap (Adams & Drake, 2006). Vårdpersonal har kunskap om evidensbaserade strategier som är lämpliga behandlingsmetoder vid patientens tillstånd medan patienten bidrar med kunskap om sina upplevelser, preferenser och målsättningar (Adams & Drake, 2006; Socialstyrelsen, 2012).

Delat beslutsfattande kan bidra till ett utökat samarbete mellan professionella och patienter (Hamann et al., 2003). Genom att ta del av studier som undersöker delat beslutsfattande ur ett patientperspektiv kan vårdpersonal få ökad förståelse för vilka faktorer som anses betydelsefulla. Kunskap om hur patienter ser på delat beslutsfattande kan ge vägledning i hur metoden skulle kunna tillämpas inom den psykiatriska vården.

## **Bakgrund**

### **Psykisk ohälsa och psykiatri idag**

Psykisk ohälsa är ett internationellt folkhälsoproblem. Det representerar ungefär en tiondel av all sjukdomsburda världen över (Nationell psykiatrisamordning, 2006). Under 2016 beräknade folkhälsomyndigheten att omkring 16% av Sveriges befolkning hade nedsatt

psykiskt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2017). Under åren 2006-2016 tycks den psykiska ohälsan ha ökat i de flesta åldrar, både bland män och kvinnor (ibid).

Patientenkäter från psykiatrisk öppen- och slutenvård i Västra Götaland visar att patienter inte känner sig tillräckligt inkluderade i planering av vård och behandling, framförallt inom slutenvården (Socialstyrelsen, 2010). I öppenvårdspsykiatri angav 53% av de tillfrågade att de känner sig delaktiga i beslut gällande vården, för slutenvårdspsykiatri är motsvarande siffra 35% (ibid). Studier har visat att patienter inom psykiatri önskar mer information om sin vård och behandling och är positiva till att få större inflytande i beslutsfattandet (Hamann et al., 2005; Socialstyrelsen, 2012).

Socialstyrelsen (2012) identifierar ett antal faktorer av betydelse för att införa förändringar som syftar till att patientdelaktigheten ska öka inom psykiatri. För det första bör personalen ha en positiv inställning och tilltro till att det kommer leda till förbättrade resultat för patienterna (ibid). Vidare krävs tillräcklig kunskap hos personal och förutsättningar inom organisationen (ibid).

### **Tidigare forskning om delat beslutsfattande**

Traditionellt sett har beslutsfattande inom hälso-och sjukvård skett enligt paternalistiska principer där läkaren ansetts mest kunnig och därmed bäst lämpad för att fatta beslut gällande patientens vård (Hamann et al., 2003). Den paternalistiska synen har alltsedan 1900-talets mitt börjat ersättas av ett synsätt där patienten värdesätts som en aktiv part i planering av vård och behandling (Deegan & Drake, 2006). Motsatsen av paternalism anses vara informerat val (informed choice) där patienten självständigt fattar ett beslut utifrån vårdpersonalens information om evidensbaserade behandlingsalternativ (Hamann et al., 2003). Delat beslutsfattande intar ett mellanläge mellan dessa två metoder, där såväl patient och vårdpersonal är involverade i beslutsprocessen (ibid).

Delat beslutsfattande saknar en enhetlig definition men Socialstyrelsen (2012) beskriver tre kriterier som måste uppfyllas:

- minst två personer måste vara involverade och dela information;
- samtliga deltar i beslutsprocessen och beslutet accepteras av bägge parter;
- ett aktivt beslut fattas.

Studier om delat beslutsfattande har visat samband med ökad självständighet, förbättrad möjlighet till egenvård och ökad tillfredsställelse vid beslutsfattande för patienter (Hamann, et al., 2006; Ludman, et al., 2003). Det framkommer också att patienters följsamhet samt engagemang vid behandlingen kan förbättras vid delat beslutsfattande (Adams & Drake, 2006; Hill & Laugharne, 2006).

Trots att tidigare studier kring delat beslutsfattande tyder på positiva aspekter används metoden sällan i praktiken (Patel et al., 2008). Tidsbrist samt vårdpersonalens tveksamhet till patientens förmåga har identifierats som skäl till att metoden inte tillämpas (Adams & Drake, 2006; Patel et al., 2008). Ytterligare forskning behövs för att utvärdera om metoden är applicerbar inom den psykiatriska vården (Adams, Drake & Wolford 2007; Hamann et al., 2003).

## **Perspektiv och utgångspunkter**

Phil Barkers tidvattenmodell är en omvårdnadsteori för psykiatrisk vård (Barker, 2001a) . Tidvattenmodellen står i kontrast till den medicinska synen på psykisk ohälsa som utgår från biomedicinska förklaringar till psykisk sjukdom (Barker, 2001b). Istället ses psykisk ohälsa som en kris i personens livsresa där denne behöver hjälp för att komma på rätt spår igen (Barker, 2001b). Tidvattenmodellen avstår ifrån värderingar gällande hur en person bör leva och fokuserar istället på vilken sorts hjälp de behöver för att uppnå det liv de vill ha (Barker, 2001a).

Utgångspunkten för tidvattenmodellen är att patientens livsberättelse är källan till kunskap och läkande (Barker 2001a; Barker, 2001b; Buchanan-Barker & Barker, 2008). Det är nödvändigt att förstå hur personen själv ser på sin situation för att veta vad för sorts hjälp som behövs (Barker, 2001a). För att förmedla insikten att det rör sig om en unik person och inte en diagnos är det betydelsefullt att personens historia berättas och dokumenteras i personens egna ord (Barker, 2001a; Barker, 2001b; Buchanan-Barker & Barker, 2008). Genom berättandet får personen en chans att reflektera över sig själv, över det som hänt samt återfå bilden av sig själv som en person snarare än ett problem (Buchanan-Barker & Barker, 2008; Wiklund Gustin & Lassenius, 2015).

Det poängteras att en persons livshistoria kan förändras under tidens gång. Det är en naturlig konsekvens av att förståelsen för ens förflutna blir annorlunda allteftersom patientens nuvarande situation och behov förändras (Barker, 2001b). En person i kris går igenom flera faser, från en akut kris till återhämtning, och vårdbehovet kommer se annorlunda ut beroende på i vilket skede personen befinner sig (Barker, 2001a). Det viktiga i den vårdande relationen är inte att skapa en konsekvent livshistoria, utan att genom berättandet hjälpa patienten hitta mening med sin sjukdom (Barker, 2001b; Buchanan-Barker & Barker, 2008). Det är patientens behov som ska utforma vårdens karaktär, inte var i vårdförloppet den befinner sig (Barker, 2001a).

Tidvattenmodellen förespråkar en maktförskjutning från sjuksköterska till patient, där patienten bjuds in till att själv påverka vårdens utformning (Wiklund Gustin & Lassenius, 2015). Modellen utgår ifrån att varje person innerst inne vet vad som är bäst för sig själv och kan formulera lösningar på sina problem (Barker, 2001a). Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att hitta dessa inre lösningar (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Som omvårdnadsexpert kan sjuksköterskan råda patienten och bidra med information om evidensbaserade åtgärder. Det är dock patientens livshistoria och erfarenheter som ska stå i centrum för den vårdande relationen (Buchanan-Barker & Barker, 2008; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

### **Sjuksköterskans kompetensområde**

Svensk sjuksköterskeförening (2017) definierar sex kärnkompetenser för sjuksköterskans profession:

- Personcentrerad vård;
- Evidensbaserad vård;
- Samverkan i team;
- Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling;
- Säker vård;
- informatik.

Några av kärnkompetenserna lyfts i kontext till litteraturstudiens resultat. Kärnkompetenserna personcentrerad och evidensbaserad vård ligger nära till hands för delat beslutsfattande, då delat beslutsfattande växt fram som en modell för att integrera personcentrerad och

evidensbaserad vård i praktiken (Adams & Drake, 2006). Personcentrerad vård innebär att vården bygger på insikten att varje patient är en unik person med individuella behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Evidensbaserad vård syftar på att sjuksköterskan ska basera omvårdnaden på beprövad erfarenhet och vetenskap (ibid). Patientens preferenser värdesätts inom evidensbaserad vård då det anses utgöra ett komplement till vetenskapliga bevis (Adams & Drake, 2006). Samverkan i team behandlar samarbete inom vårdteamet där alla kompetenser tas tillvara och en helhetsbild erhålls (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Förbättringskunskap avser sjuksköterskans ansvar att arbeta för att utveckla omvårdnad. Säker vård innebär att genom preventivt arbete säkerställa att patienten inte utsätts för onödiga risker eller skador. Informatik innebär förmågan att hantera E-tjänster i vård av patienter och inkluderar bland annat dokumentation (ibid).

### **Studiens betydelse**

Psykisk ohälsa är ett vanligt förekommande folkhälsoproblem (Folkhälsomyndigheten, 2017). Studier visar att patienter önskar ökad delaktighet i sin vård och behandling (Adams & Drake, 2006; Hamann et al., 2005). Det finns ett mindre antal studier att utgå ifrån i den evidensbaserade vården och det saknas betydande forskning som fokuserar på patientupplevelser inom psykiatrin (Nationell psykiatrisamordning, 2006; Ottosson, 2004).

I ICN's etiska kod (2014) under område tre: sjuksköterskan och professionen står det att "sjuksköterskor har huvudansvaret att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning" (s. 5). Det beskrivs också att "sjuksköterskan aktivt utvecklar en kärna av forskningsbaserad professionell kunskap som stöd för en evidensbaserad verksamhet" (ICN's etiska kod 2014, s. 5). Författarna hoppas genom denna litteraturstudie kunna bidra till en ökad kunskap och förståelse för vilka faktorer som är viktiga för ökad patientdelaktighet inom psykiatrin.

### **Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie är att ta del av forskning som undersökt psykiatriska patienters upplevelser av delat beslutsfattande för att få en ökad förståelse för patienters preferenser.



## Metod

### Urval

Uppsatsen genomfördes som en litteraturstudie. Vetenskapliga studier som undersöker psykiatriska patienters syn på delat beslutsfattande i sin vård och behandling granskades. Eftersom studiens syfte är att ta del av patienters upplevelser valdes kvalitativa intervjustudier. Sökningen av artiklar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL.

Inklusionskriterier: artiklarna skall vara producerade mellan 2007-2017 och måste beröra shared decision making. Exklusionskriterier: studier som undersökte barn och ungdomar under 18 år. Följande sökord valdes utifrån de nyckeltermmer som identifierades i litteraturstudiens syfte: shared decision making, mental health or psychiatric patients samt experiences or perceptions or view or perspective. Sökningen genomfördes med Booleska sökoperatörer.

### Datainsamling

**Tabell 1: Sökning i databas PubMed**

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	"Shared decision making"	3697	-			
#2	"Mental health" OR "Psychiatric patients"	113010	-			
#3	Perceptions OR Perspective OR View OR Experience	606958	-			
#4	#1 AND #2 AND #3	59	16	6	4	3

Filter: Publicerat 2007-2017.

**Tabell 2: Sökning i databas CINAHL**

Databas: CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	“Shared decision making”	1819	-			
#2	“Mental health” OR “Psychiatric patients”	69619	-			
#3	Perceptions OR Perspective OR View OR Experience	260916	-			
#4	#1 AND #2 AND #3	54	17	6	6	5

Filter: Publicerat 2007-2017.

Artiklarnas relevans bedömdes utifrån studiernas titel, abstrakt och slutligen i fulltext. De artiklar som ansågs vara relevanta kvalitetsbedömdes utifrån SBU:s mall. De studier som uppnådde medelhög eller hög kvalitet inkluderades i resultatet. Granskningsmallen innehåller 22 frågor och varje fråga som besvarades med ett jakande svar värderades med ett poäng. Författarna beslutade att studier som uppnådde 60 % (13 poäng) enligt granskningsmallen hade medelhög kvalitet. Hög kvalitet innebar minst 80 % (18 poäng) enligt granskningsmallen. Sex studier generades genom sökningen i databaserna. Två studier återfanns i både PubMed och CINAHL och har dokumenterats i respektive sökschema.

För att inte gå miste om relevant material som inte återfanns i den primära sökningen genomfördes en sekundärsökning utifrån funnen litteraturs referenslistor. De inklusions- och exklusionskriterier som fastställts för den primära sökningen ingick även i sekundärsökningen. Ytterligare två studier identifierades efter sekundärsökningen.

### Dataanalys

En integrerad analys av den insamlade datan genomfördes. Analysformen syftar till att sammanställa resultatet på ett systematiskt sätt (Kristensson, 2014). Den integrerade analysen sker stegvis där det inledande steget går ut på att läsa igenom de artiklar som skall användas

för att identifiera skillnader och likheter (ibid). I steg två identifieras olika kategorier där resultatet sammanfattas och artiklarnas innehåll relateras till varandra. I det tredje steget sammanställs resultatet under de olika kategorierna (ibid). När den integrerade analysen hade genomförts sammanställdes i löpande text.

### **Forskningsetiska avvägningar**

Författarna eftersträvade att återge resultatet från granskade studier så objektivt som möjligt. För att undvika systematisk bias valdes artiklar utifrån syfte och inte resultat. Regler och föreskrifter gällande plagiering och fusk vid Lunds universitet följdes. Studier som undersöker patienters upplevelser kräver ett godkännande från en etisk kommitté. Ett godkännande från en forskningsetisk kommitté innebär att autonomiprincipen, nyttoprincipen, inte skada principen samt rättvisepincipen har beaktats (Polit & Beck, 2014).

### **Resultat**

Utifrån genomförd litteratursökning valdes åtta artiklar ut, samtliga med kvalitativ design som utgångspunkt. Gemensamt för studierna var att de undersökte olika aspekter av delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård utifrån ett patientperspektiv. Två studier var genomförda i Sverige (Dahlqvist-Jönsson, Schön, Rosenberg, Sandlund & Svedberg, 2015; Grim, Rosenberg, Svedberg & Schön, 2016). Dahlqvist-Jönsson et al. (2015) intervjuade 20 deltagare om deras erfarenhet gällande delaktighet i beslutfattande. Grim et al. (2016) genomförde en studie med 22 deltagare i syftet att utvärdera huruvida en modell för delat beslutsfattande från somatiken var tillämpbar i psykiatrin. Fem studier utfördes i USA (Eliacin, Salyers, Kukla & Matthias, 2015; Goscha & Rapp, 2015; Mikesell, Bromley, Young, Vona & Zima, 2016; Velligan, Roberts, Sierra, Fredrick & Roach, 2016; Woltmann & Whitley, 2010). Eliacin et al. (2015) intervjuade 54 deltagare om deras preferenser gällande beslutsfattande. Goscha och Rapp (2015) genomförde en interventionsstudie där 12 patienter intervjuades efter implementeringen av en modell för delat beslutsfattande. Mikesell et al. (2016) genomförde en studie där 14 patienter intervjuades om sina erfarenheter av deltagande i beslut om läkemedel. Velligan et al. (2016) utförde en studie om 10 patienters preferenser i beslutsfattande vid övergång från psykiatrisk slutenvård till öppenvård. Woltmann och Whitley (2010) intervjuade 16 patienter gällande deras upplevelser av delat beslutsfattande. Hamann et al. (2016) genomförde en intervjustudier I Tyskland där 16 patienter inom psykiatrisk slutenvård tillfrågades om hur patienter kunde bidra till delat beslutsfattande.

Samtliga studier inkluderade patienter med psykiatrisk diagnos och erfarenhet från psykiatrisk vård. Vilken typ av diagnos de hade varierade, men framförallt deltog personer med schizofreni, förstämningssyndrom samt ångeststörningar.

Vid analys av granskade studier identifierades tre kategorier: *Beslutsfattande som en process*; *Vårdrelationens betydelse för delaktighet*; *Att lära av varandra*. *Beslutsfattande som en process* syftar till det faktum att delaktighet ofta beskrevs utifrån ett längre tidsperspektiv. *Vårdrelationens betydelse för delaktighet* beskriver hur kommunikation och samarbete mellan patient och vårdpersonal möjliggör delat beslutsfattande. *Att lära av varandra* behandlar betydelsen av att ha tillgång till information för att kunna fatta ett beslut samt möjlighet till kunskapsutbyte mellan patient och vårdare.

## **Beslutsfattande som process**

Känslan av delaktighet främjades då patienter kände att deras önskemål och tidigare erfarenheter tilläts utforma diskussionen och målsättningen med behandlingen (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Eliacin et al., 2015; Goscha & Rapp, 2015; Grim et al., 2016; Mikesell et al., 2016). Genom att gemensamt jobba mot ett mål upplevde patienterna större kontroll över beslutsprocessen samt ökad jämlikhet mellan patient och vårdpersonal (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Goscha & Rapp, 2015). För vissa patienter kunde fokus ligga på att uppnå rätt mål med behandlingen, snarare än att aktivt delta i beslutsfattandet (Eliacin et al., 2015). De patienter som inte hade ett tydligt formulerat mål tenderade dock att vara mindre delaktiga i beslutsfattande (Goscha & Rapp, 2015). Sjukdomens karaktär kunde ibland upplevas som ett hinder för delaktighet, särskilt bland patienter med ett depressivt skov som ofta intog en passiv roll i detta skeende (Hamann et al., 2016). Ett annorlunda perspektiv på delat beslutsfattande framkom i Woltmann och Whitley (2010) studie. Delat beslutsfattande förstods av dessa patienter som kontroll över beslutsfattandet. Genom att efterfråga vårdpersonalens perspektiv och kunskap upplevde patienterna att de delade kontrollen över beslutsfattandet (ibid).

Flera patienter beskrev egna förberedelser i form av informationssökning och checklistor som en förutsättning för att delta i delat beslutsfattande (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016; Hamann et al., 2016; Mikesell et al., 2016). För att underlätta de egna förberedelserna efterfrågades tydlig information från vårdens sida gällande syftet och

omfattningen av ett möte (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016). För att överkomma meningsskiljaktigheter samt få en chans att reflektera och komma på frågor var det viktigt att få tillräckligt med tid såväl under som mellan möten eller vårdtillfällen (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016; Velligan et al., 2016). Om patienterna kände sig pressade i det här stadiet kunde det försvåra deltagandet (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016).

Processen ansågs inte vara över enbart för att ett beslut hade fattats, utan inkluderade även implementering och uppföljning av det fattade beslutet. Patienterna insåg sitt ansvar i att följa det som bestämts och ge behandlingen en chans att få effekt (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Hamann et al., 2016), men nämnde även personalens ansvar i att följa upp och hålla överenskommelser (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016). Om det var svårt att få kontakt med vårdpersonal kände patienterna att de var mindre involverade i beslutsprocessen (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Miksell et al., 2015; Velligan et al., 2016).

## **Vårdrelationens betydelse för delaktighet**

Relationen till vårdpersonalen var en central aspekt i hur väl delat beslutsfattande kunde implementeras (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Woltmann & Whitley, 2010). I en god relation möjliggjordes kommunikation och samarbete (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Woltmann & Whitley, 2010). En god relation innebar att patienten kände sig lyssnad på och sedd, men även att de kunde lita på vårdpersonalen samt upplevde att vårdpersonalen litade på dem (Velligan et al., 2016).

En viktig aspekt när det kom till den vårdande relationen var personalens attityd gentemot patienterna. Negativa attityder beskrevs i flera studier som en barriär för en fungerande vårdrelation och ett delat beslutsfattande (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Velligan et al., 2016). Patienter i olika studier beskrev att känslan av att inte känna sig respekterad, sedd eller hörd orsakade hinder för ett fungerande samarbete (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Hamann et al., 2016; Velligan et al., 2016). I flera studier framkom att vårdpersonalens fördomar och dömande attityder orsakade dispyter vid samtal (Eliacin, et al., 2015; Velligan et al., 2016). Patienter upplevde att vårdpersonal tog beslut utifrån patientens tidigare beteenden samt hade en attityd att de var bättre än sina patienter (Velligan et al., 2016). Rädslan för att bli dömd beskrevs som ett hinder, främst hos de patienter som upplevt det tidigare (Eliacin et al., 2015;

Velligan et al., 2016). Tidigare tvångsvård där patienter känt sig illa behandlade beskrevs också som ett hinder (Hamann et al., 2016; Velligan et al., 2016).

Positiva attityder från vårdpersonalen bidrog till ett bättre samarbete med en ökad tillit. När patienterna kände att de blev sedda som individer istället för en diagnos uppstod ett förbättrat samarbete och ett ökat engagemang (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Goscha & Rapp, 2015; Velligan et al., 2016).

Deltagarna ansåg att det var hjälpsamt med en tredje part på möten. Personen kunde föra patientens talan samt hjälpa till att komma ihåg det som sagts (Dahlqvist-Jönsson, et al., 2015; Eliacin et al., 2015; Hamann et al., 2016). Patienterna upplevde att detta utjämnade maktförhållandet något (Grim et al., 2016). Genom att samtala med någon före ett möte kunde patienterna få hjälp att formulera viktiga mål och frågor (Goscha & Rapp, 2015; Grim et al., 2016). Olika patienter hade olika preferenser angående vilken roll den tredje parten borde ha. Vissa ville ha stöd från en familjemedlem eller en representant från vården, medan andra föredrog en person med egen erfarenhet av psykisk sjukdom (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Eliacin et al., 2014; Grim et al., 2016).

### **Att lära av varandra**

Ett utbyte av kunskap mellan patient och vårdpersonal nämndes ofta som en betydande aspekt av delat beslutsfattande. Patienterna betonade att de besatt kunskap om sig själva och sina erfarenheter, vilket de ansåg var viktigt att ta i beaktning när ett beslut skulle fattas (Grim et al., 2016; Hamann et al., 2016; Mikesell et al., 2016). Vårdpersonal som inte visade intresse av att ta del av patienternas kunskap beskrevs som ett hinder för delaktighet (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Mikesell et al., 2016).

En del patienter ansåg även att de utöver livserfarenhet hade en viss kunskap om sin sjukdom och behandling, vilket de önskade att vårdpersonal skulle ta hänsyn till (Grim et al., 2016). Deras känsla av delaktighet ökade vid tillfällen då vårdpersonal visade ett intresse av att ta del och lära sig om deras kunskap (ibid). Samtidigt insåg många patienter att deras kunskap kunde vara bristfällig och att de behövde vara öppna för möjligheten att lära om (Grim et al., 2016; Mikesell et al., 2016). Det kunde dock uppstå svårigheter när patienterna eftersökte ny

kunskap. Kognitiva problem relaterade till den psykiska sjukdomen kunde göra det svårt att ta till sig och minnas stora mängder information (Grim et al., 2016; Mikesell et al., 2015).

Otillräcklig kunskap om medicin angavs av vissa patienter som en orsak till varför de intog en mer passiv roll i beslutsfattandet. De uttryckte en oro över att fatta ett beslut som hade negativa konsekvenser och överlämnade beslutsfattandet åt vårdpersonalen som ansågs ha mer kunskap (Eliacin et al., 2015; Wolmann & Whitley, 2010). Bristande kunskap kunde också leda till att patienter motsatte sig ett beslut då de inte förstod dess innebörd (Dahlqvist-Jönsson, et al., 2015).

Vårdpersonalens professionella kunskap utgjorde en viktig resurs och kunde hjälpa patienterna i beslutsfattandet. Patienterna önskade information om olika stöd- och behandlingsalternativ, biverkningar och förväntade effekter (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016; Velligan et al., 2016). För mycket information kunde dock bli överväldigande och leda till att patienten intog en mer passiv roll (Grim et al., 2016). Det uppskattades om vårdpersonalen utgick ifrån patienternas önskemål så att de ämnen som diskuterades var relevanta för patientens situation (ibid). Om patienterna inte fick tillräcklig information om olika behandlingsalternativ upplevde de att de hamnade i ett underläge gentemot vårdpersonalen och inte visste om de kunde lita på den information de fick (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Mikesell et al., 2016).

Goscha och Rapp (2015) genomförde en studie där patienter intervjuades efter implementering av delat beslutsfattande i deras vård. Införandet av delat beslutsfattande ledde till bättre kunskap om behandlingens syfte, läkemedel och självhjälpsstrategier bland de patienter som var engagerade i processen (ibid).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Litteraturstudiens syfte var att undersöka erfarenheter och upplevelser av delat beslutsfattande hos psykiatriska patienter. Därför ansågs kvalitativa studier som mer lämpliga, då de syftar till att ta del av personers erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2014). Till en början granskades även kvantitativa studier. Vid genomläsning konstaterades dock att kvantitativa studier inte kunde bidra till att svara på studiens syfte. Fördelarna med kvalitativa studier är att det ger forskaren en möjlighet att upptäcka variationer, forskningen bidrar med en djup och detaljerad förståelse för individers egna perspektiv på sin sjukdom, hälsa samt ohälsa (Kristensson, 2014). Nackdelen med kvalitativ forskning är att den inte går att jämföra, kartlägga eller utvärdera (ibid).

Sökmetoden som användes gick ut på att utforma en sökstrategi som på ett specifikt sätt kunde generera artiklar utan att väsentlig information föll bort. Artiklar som fokuserade på barn och ungdomar valdes bort då lagar och regelverk kring denna grupp ser annorlunda ut (Socialstyrelsen, 2015). Beslutsfattande gällande barns vård och behandling anses mer komplext då vårdnadshavarens roll i beslutsprocessen behöver beaktas (ibid). Det hade därför varit svårt att undersöka hur delat beslutsfattande hade fungerat i den populationen i relation till litteraturstudiens syfte. Studierna kvalitetsgranskades utifrån SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. De studier som valdes ut till vidare granskning lästes först igenom separat av båda författarna och sammanfattades innan ett beslut togs ifall de skulle användas eller inte. Författarna valde att läsa studierna separat för att inte påverka varandras tolkning av artiklarna och för att undvika ett subjektivt urval av studier.

Det finns vissa begränsningar vid valet av studier som författarna var medvetna om men inte kunde undvika. Det hade varit positivt om det hade gått att avgränsa litteraturstudien till patienter med samma diagnos i botten för att få en mer enhetlig population. Beroende på patientens sjukdomsbild kan vissa utmaningar uppstå som kan vara mindre framträdande vid en annan diagnos (Hamann, Leucht & Kissling, 2003). Det hade även varit önskvärt att begränsa sig till studier inom antingen öppen- eller slutenvård. Under rådande omständigheter var det dock inte möjligt då det i dagsläget inte finns tillräckligt med studier kring delat beslutsfattande i relation till en specifik psykisk sjukdom eller vårdform. De inkluderade



studierna hade genomförts av personer med olika professionell bakgrund och hade inte enbart omvårdnadsfokus. Då delat beslutsfattande som modell kan användas av samtliga professioner inom vården ansåg författarna trots allt att studier med ett mer tvärvetenskapligt fokus kunde bidra med relevant information. Genom att koppla resultatet till sjuksköterskans kärnkompetenser eftersträvar författarna att ytterligare förtydliga hur delat beslutsfattande kan användas utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

Urvalet av studier om patientupplevelser av delat beslutsfattande var begränsat vilket resulterade i att studier som även inkluderat perspektiv från annan vårdpersonal använts. I dessa studier har enbart resultatet som berör patienternas upplevelser och syn på delat beslutsfattande behandlats. Författarna anser att det är möjligt att analysen i dessa studier skulle kunna påverkas av dess olika perspektiv då resultatet från de olika intervjuerna tolkats i relation till varandra. Större delen av de studier som använts har inte genomförts i Sverige och detta skulle kunna påverka huruvida resultatet är överförbart för psykiatri i Sverige. En del studier har ägt rum i länder där sjukvården kan fungera annorlunda ut i jämförelse med Sverige, vilket är en begränsning. Det är möjligt att det uppstår andra sorters utmaningar när det gäller patientdelaktighet när sjukvårdssystemet fungerar annorlunda.

Författarna var medvetna om ovanstående begränsningar vid insamling av studierna. Resultaten från denna litteraturstudie kan inte anses vara generellt överförbart, men ger en inblick i vilka faktorer som kan vara betydande för att öka psykiatriska patienters upplevelse av delaktighet. Ytterligare empirisk forskning behövs för att undersöka hur delat beslutsfattande kan användas inom psykiatri.

### **Diskussion av framtaget resultat**

Utifrån valda studier framkom att delat beslutsfattande ofta förstås som en process mellan patient och vårdpersonal, där hela förloppet från egna förberedelser till uppföljning och utvärdering efter ett beslut påverkade patienternas upplevelse av delaktighet. Få studier diskuterade betydelsen av vem som tog ett beslut. Istället benämndes aspekter som en tydlig målsättning (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Goscha & Rapp, 2015), information och förberedelser (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016; Hamann et al., 2016; Mikesell et al., 2016), tidsbegränsning (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016; Velligan et al., 2016) och uppföljning (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Grim et al., 2016).

Relationen till vårdpersonalen framkom som en aspekt som antingen möjliggjorde eller hindrade aktivt deltagande. Framförallt var det viktigt att bli sedd som en person (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Goscha & Rapp, 2015; Velligan et al., 2016), samt att det fanns en ömsesidig tillit mellan personal och patient (Hamann et al., 2016; Velligan et al., 2016). Slutligen var det nödvändigt med ett kunskapsutbyte mellan patient och vårdpersonal, där samtliga parter kunskap respekterades och togs tillvara. Patienter beskrev hur otillräcklig kunskap skapade en känsla av underläge och bristande tillit till personalen (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Mikesell et al., 2016). De patienter som upplevde att deras kunskap togs tillvara upplevde en känsla av ökad kontroll (Grim et al., 2016).

### **Beslutsfattande som process**

Synen på delat beslutsfattande som framkom i den här studien liknar de slutsatser som Chawla och Arora (2013) presenterade i sin studie om delat beslutsfattande bland cancerpatienter. De konstaterade att de patienter som föredrog en mer passiv roll i beslutsfattandet ofta var lika aktiva under själva beslutsprocessen som de patienter som föredrog ett aktivt beslutsfattande. De menar att det är vanskligt att tala om beslutsfattande enbart utifrån vem som fattar beslutet och att det är minst lika viktigt huruvida patienten tillåtits forma diskussionen som lett fram till beslutet (ibid). Adams och Drake (2006) menar att en preferens för en passiv roll under beslutsfattande inte motsäger målsättningen med delat beslutsfattande, så länge passiviteten är ett aktivt val från patientens sida. Enligt tidvattenmodellen är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten identifiera sitt vårdbehov och sina resurser genom att ta del av patientens livshistoria (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Berättandet utgör även en central del av den personcentrerade vården och är därmed en del av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I relation till delat beslutsfattande skulle det kunna innebära att mindre fokus läggs på vem som fattar ett beslut och istället säkerställa att det är patientens önskemål, erfarenheter och preferenser som ligger till grund för beslutet. Endast en studie presenterade en syn på delat beslutsfattande där fokus låg på vem som fattade beslutet snarare än hur det fattades (Woltmann & Whitley, 2010). Det tyder på att det kan finnas olika förståelse för vad delat beslutsfattande innebär.

Tidvattenmodellen lyfter fram psykisk ohälsa som en långvarig process där patientens vårdbehov kan förändras under förloppet (Barker, 2001a; Barker, 2001b). De uppdelningar som finns mellan olika enheter inom hälso-och sjukvård är artificiella och svarar inte alltid

mot patientens vårdbehov (Barker, 2001a). Resultatet i den här litteraturstudien tyder på att patienter upplever en bristande kontinuitet i vården som ett hinder för delaktighet. Framförallt framkom att utebliven uppföljning efter ett beslut påverkade upplevelsen av delaktighet. Kärnkompetensen informatik innefattar bland annat förmågan att genom tydlig kommunikation och dokumentation bidra till sammanhängande vård för patienten, framförallt i övergång mellan olika vårdformer (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Kunskap om informationsöverföring bidrar även till att skapa förutsättning för att ge säker vård (ibid).

### **Vårdrelationens betydelse för delaktighet**

Relationen till vårdpersonalen framhölls i samtliga studier som en aspekt som antingen möjliggjorde eller förhindrade delat beslutsfattande. En tidigare studie som undersökte delat beslutsfattande i psykosvård identifierade engagemang hos vårdpersonalen som en avgörande aspekt för hur väl delat beslutsfattande fungerar (Farely et al., 2016). Tidvattenmodellen beskriver psykisk ohälsa som en kris som en person inte klarar av att ta sig igenom på egen hand och därför är i behov av hjälp från vården (Barker, 2001b). Relationens betydelse kan utifrån det här perspektivet tolkas som ett uttryck för patientens utsatthet då den inte längre klarar sig själv utan tvingas lita på någon annans förmåga att leda den till trygghet.

Adams och Drake (2006) tar upp relationens betydelse i förhållande till beslutsfattande. De menar att det framförallt är patientens uppfattning av relationen med vårdpersonalen som är av betydelse för hur nöjd patienten är med vården, snarare än huruvida patienten upplever sig påverka beslutet (ibid). Det här skulle kunna ses i ljuset av processperspektivet beskrivet ovan i det avseende att relation mellan patient och vårdpersonal uppstår och förändras över tid. De patienter som sade sig lita på vårdgivarens kunskap eller förmåga att fatta rätt beslut fann det lättare att inta en passiv roll vid beslutsfattandet. En tidigare studie som behandlade patienters tillit till vårdpersonal visade på att tillit framförallt kopplas ihop med upplevelsen att vårdpersonalen har patientens bästa i intresse och har god kunskap inom sitt område (Hupcey & Miller, 2006). Erfarenheter där personal visat på bristande omdöme eller där patienten känt sig illa behandlad kunde leda till förlorad tilltro. När tilliten väl förlorats tog det lång tid för patienten att åter lita på samma personal och i vissa fall kunde tilliten aldrig byggas upp igen (ibid). Liknande resultat återfinns i föreliggande litteraturstudie. Patienter som upplevde ett dåligt bemötande eller negativa attityder från vårdpersonal hade dels svårare att känna sig inkluderade i samtal med den personalen. Den negativa erfarenheten kunde även inverka

hämmande på framtida möten inom vården då patienten kunde vara rädd att uppleva samma sak igen.

Negativa attityder kunde inkludera att inte känna sig sedd som en unik person eller att uppleva att man blev dömd utifrån sin sjukdomsdiagnos eller tidigare beteende. Tidvattenmodellen hypotiserar att en person med psykisk ohälsa har förlorat sin identitet som person till förmån för identiteten som psykisk sjuk. En internalisering av rådande stigma av psykisk sjukdom kan försvåra återhämtningsprocessen hos den som är drabbad (Yanos, Roe, Marcus & Lysaker, 2008). När patienter tar till sig negativa uppfattningar om vad det innebär att vara drabbad av en psykisk sjukdom påverkar det deras självbild och tilltro till framtiden (ibid). Tidvattenmodellen förespråkar berättandet som ett sätt för patienten att återskapa bilden av sig själv som en unik person och inkorporera sjukdomen i sin självbild. Sjuksköterskan har utifrån det här perspektivet en väsentlig roll i att minska rådande stigma hos patienten. Kärnkompetenserna personcentrerad vård och informatik kan ses som särskilt betydelsefulla i det här sammanhanget. Personcentrerad vård utgår ifrån principen att varje patient ska ses som en unik individ (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Resultatet föreliggande litteraturstudie visar på att patienter som upplevde att vårdpersonal hade intresse av att ta del av deras erfarenhet och kunskap kände sig stärkta och fick mer kontroll över beslutsprocessen. Kärnkompetensen informatik kan vara viktig i det avseendet att det är av betydelse hur vårdpersonal dokumenterar och talar om patienter. Tidvattenmodellen förespråkar att all dokumentation ska ske i patientens egna ord och med fokus på det som är viktigt för patienten (Barker, 2001a; Barker, 2001b; Buchanan-Barker & Barker, 2008).

Närvaron av en tredje part som stöd under beslutsprocessen kunde bidra med stöd för att förbereda eller komma ihåg och ledde även till ett jämnare maktförhållande mellan patient och personal (Dahlqvist-Jönsson et al., 2015; Eliacin et al., 2015; Hamann et al., 2016). Betydelsen av en tredje part som stöd under beslutsprocessen kan kopplas till sjuksköterskans kärnkompetens inom teamsamverkan. Genom ett samarbete inom eller mellan professioner kan vårdpersonalen gemensamt bidra till att patienten får det stöd den behöver innan, under eller efter beslutsfattandet. Delat beslutsfattande kan i så fall komma att involvera fler parter än de personer som formellt är involverade i beslutet och ställer krav på ett fungerande samarbete inom och mellan vårdenheter.

## **Att lära av varandra**

Kunskap sågs som en förutsättning för att kunna delta i beslutsfattandet, men det varierade vilken kunskap som ansågs vara viktig. I delat beslutsfattande ska patienten och vårdpersonalen båda ses som två experter, där patientens expertkunskap utgörs av kunskapen om sina erfarenheter och preferenser (Adams & Drake, 2006; Socialstyrelsen, 2012). Kunskap om sig själv lyftes i ett antal studier, men långt ifrån alla berörde dessa aspekter. Istället togs ofta kännedom om sjukdomar och läkemedel upp i samband med att kunskap diskuterades. Fokus på den här sortens medicinskt inriktade kunskap skulle kunna tolkas som att tillgång till kunskap upplevdes som en maktfaktor. Stacey et al. (2016) har berört hur kunskap kan översättas till makt vid beslutsfattande inom psykiatrin. I en studie om hur olika professioner samt patienter betraktade sin roll under delat beslutsfattande framträdde psykiatrikern som den profession som ansåg ha mest kunskap, vilket förknippades med ett större ansvar och makt över beslutsfattandet (ibid).

I Goscha och Rapps (2015) studie ledde delat beslutsfattande till ökad kunskap hos patienterna. Tidigare studier har gett liknande resultat då delat beslutsfattande lett till bättre kunskap om sjukdomstillståndet, ökad självständighet, förbättrad möjlighet till egenvård och ökad tillfredsställelse vid beslutsfattande (Adams & Drake 2006; Hamann et al., 2006; Ludman, et al., 2003; Patel et al., 2008). Det skulle kunna tolkas utifrån tidvattenmodellens antagande om att alla människor själva vet bäst vad de behöver (Barker, 2001a). Buchanan-Barker och Barker (2008) menar att sjuksköterskans främsta uppgift inte är att uppmana patienten att följa evidensbaserade råd, utan först och främst hjälpa patienten formulera egna lösningar. Evidens och personcentrering behöver inte vara ömsesidigt uteslutande, men evidensen får aldrig gå före patientens egna upplevelser (Buchanan-Barker & Barker. 2008; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Delat beslutsfattande intar en mellanställning mellan evidensbaserad vård och personcentrering där vårdpersonalen bidrar med evidensbaserad kunskap, men utgår ifrån patientens unika situation (Adams & Drake, 2006). Såväl evidensbaserad som personcentrerad vård ingår i sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Delat beslutsfattande kan ge en vägledning i hur sjuksköterskan genom att balansera mellan dessa kompetenser kan hjälpa patienter inom psykiatrisk vård uppnå ökad kunskap och förståelse för sin egen kompetens.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Resultatet i denna litteraturstudie överensstämmer med mycket från tidigare studier gällande delat beslutsfattande, men visar även på variation i hur olika personer förstår begreppet. I enlighet med tidigare studier tycks psykiatriska patienter positivt inställda till ökad delaktighet i sin vård och behandling. Preferenser kring delaktighet kan dock variera mellan personer, eller hos samma person i olika faser av sjukdomen. I likhet med tidvattenmodellen anser författarna att det är nödvändigt att förstå patientens syn på vad delaktighet innebär för dem. Resultatet visar hur patienten ser sin sjukdom och tillfrisknande i ett större sammanhang än reducerat till enstaka vårdtillfällen. Vårdpersonal bör visa förståelse för hur ett beslut kan existera i ett större sammanhang i patientens liv. Relationen till vårdpersonalen var av stor betydelse för huruvida delat beslutsfattande fungerade enligt patienterna. Delat beslutsfattande ställer krav på att såväl patient som vårdpersonal kan samarbeta. Relationens betydelse tycks även spegla en obalans i makt mellan patient och vårdpersonal i det avseende att patienten känner sig beroende av personalens kunskap och stöd. Genom att visa intresse för patienten och låta denne forma diskussionen kan vårdpersonal bidra till att öka patientens känsla av kontroll. Resultatet visar på att patienter upplever det som positivt när deras perspektiv tas i beaktning, men att bristande kunskap framförallt diskuteras som patientens okunskap gentemot vårdpersonalen. Utifrån tidvattenmodellens perspektiv och delat beslutsfattande kan det vara något problematiskt att kunskap förstås som medicinska frågor eller behandling, då patientens förmodade expertkunskap på sig själv går förlorad. Ett första steg mot att lära sig av patienten bör vara att hjälpa patienten förstå sin erfarenhet som en källa till kunskap.

Det behövs mer forskning kring delat beslutsfattande inom psykiatrin, speciellt som fokuserar på patienters upplevelser. I framtiden hade det varit intressant att genomföra en empirisk studie som undersöker hur implementeringen av delat beslutsfattande hade kunnat se ut samt hur patienter hade upplevt det i Sverige.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna i studien har under uppsattsprocessen arbetat gemensamt med samtliga delar i litteraturstudien. Båda har tagit ansvar, visat engagemang och lagt ner lika mycket tid. Det ansågs mest lämpligt att båda författarna fick en insikt och förståelse för uppsattsens alla delar. Författarna diskuterade detta redan från början så att båda var överens från start. Författarna

har haft olika huvudansvar under arbetsprocessen. Elina Nordlund har tidigare erfarenheter av uppsatsskrivande och har tagit ett ansvar över uppsatsens helhet och struktur. Linnéa Bolander har tagit ett ansvar för korrekturläsning, rättstavning och formalia då det är något som författaren har kunskap och ett intresse för. Allt arbete har skett i samförstånd mellan de två författarna. Inga komplikationer kring ansvar och arbetsfördelning framkom under uppsatsskrivandet.

## Referenser

- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and evidence-based practice. *Community mental health journal*, 42(1), 87-105. doi:10.1007/s10597-005-9005-8
- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58(9), 1219-1221. doi:10.1176/appi.ps.58.9.1219
- Barker, P. (2001a). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240.
- Barker, P. (2001b). The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213-223.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 15(2), 93-100.
- Chawla, N., & Arora N. K. (2013). Why some patients prefer to leave decisions up to the doctor: Lack of self-efficacy or matter of trust? *Journal of cancer survivorship*, 7(4), 592-601. doi:10.1007/s11764-013-0298-2
- Dahlqvist-Jönsson, P., Schön, U.-K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 22(9), 688-697. doi:10.1111/jpm.12246
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services* 57(11), 1636-1638.
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *Journal Of Mental Health*, 24(1), 24-28. doi:10.3109/09638237.2014.954695



Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., ... Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, *19*(2), 448-458. doi:10.1111/hex.12368

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. Hämtad 16 maj, 2017, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Goscha, R., & Rapp, C. (2015). Exploring the experiences of client involvement in medication decisions using a shared decision making model: results of a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, *51*(3), 267-274. doi:10.1007/s10597-014-9759-y

Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.-K. (2016). Shared decision-making in mental health care: A user perspective on decisional needs in community-based services. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-being*, *11*(0), 1-8. doi:10.3402/qhw.v11.30563

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2382-2384.

Hamann, J., Kohl, S., McCabe, R., Bühner, M., Mendel, R., Albus, M., & Bernd, J. (2016). What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *51*(4), 617-625. doi:10.1007/s00127-015-1089-z

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(4), 265-273. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x

Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(6), 403-409.

Hill, S., & Laugharne, R. (2006). Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal Of Mental Health, 15*(1), 75-84.

doi:10.1080/09638230500512250

Hupcey, J. E., & Miller, J. (2006). Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *Journal of clinical nursing, 15*(9), 1131-1139.

doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01386.x

International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2012) Från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ludman, E., Katon, W., Bush, T., Rutter, C., Lin, E., Simon, G., & ... Walker, E. (2003). Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychological Medicine, 33*(6), 1061-1070.

doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S003329170300816X>

Mikesell, L., Bromley, E., Young, A. S., Vona, P., & Zima, B. (2016). Integrating Client and Clinician Perspectives on Psychotropic Medication Decisions: Developing a Communication-Centered Epistemic Model of Shared Decision Making for Mental Health Contexts. *Health Communication, 31*(6), 707-717. doi:10.1080/10410236.2014.993296

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*. Stockholm: Edita.

Ottoson, J.-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

Patel, S. R., Bakken, S., & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current Opinions of Psychiatry*, 21(6), 606-612.

doi:10.1097/YCO.0b013e32830eb6b4

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen. (2010). *Psykiatrisk vård: ett steg på vägen*. Hämtad 19 april, 2017, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18050/2010-6-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Shared decision making: en introduktion till beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Hämtad 19 april, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18776/2012-6-52.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Utreda barn och unga -Handbok för socialtjänstens arbete enligt Socialtjänstlagen*. Hämtad 21 maj, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19644/2015-1-9.pdf>

Stacey, G., Felton, A., Morgan, A., Stickley, T., Willis, M., Diamond, B., ... Dumanya, J. (2016). A critical narrative analysis of shared decision-making in acute inpatient mental health care. *Journal Of Interprofessional Care*, 30(1), 35-41.

doi:10.3109/13561820.2015.1064878

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtade 19 maj, 2017, från svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Velligan, D. I., Roberts, D. L., Sierra, C., Fredrick, M. M., & Roach, M. J. (2016). What Patients With Severe Mental Illness Transitioning From Hospital to Community Have to Say About Care and Shared Decision-Making. *Issues In Mental Health Nursing*, 37(6), 400-405.

doi:10.3109/01612840.2015.1132289

Wiklund Gustin, L., & Lassenius, O. (2015). Ett sökande efter personen: workshop om Tidvattenmodellen. *Psyche*, (4), 4-7.

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier I klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 29-36. doi:10.2975/34.1.2010.29.36

Yanos, P. T., Roe, D., Marcus K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 59(12), 1437–1442.