Region Gävleborg

Vår gemensamma patient och brukare
vårt gemensamma uppdrag

”Ju mer jag får vara delaktig, desto mer finns det att jobba vidare på i nästa fas”

Delat beslutsfattande för psykosmålgruppen i Gävleborg – kartläggning 2025–2026 och förslag till implementering framtaget i samverkan mellan Region Gävleborg, kommun- och brukarrepresentanter.



Innehåll

1 Inledning och bakgrund **2**

1.1. Uppdraget och arbetsgruppens process 3

1.2. Målgruppen inom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 4

1.3. Kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik 5

1.4. *Delat beslutsfattande* som metod 5

2 Kartläggning *Delat beslutsfattande* i Gävleborg **8**

2.1. Patient- och brukarperspektivet via två olika enkäter 8

2.2. Verksamhetsperspektivet via två olika enkäter 10

3 Identifiering av områden för förbättringar **13**

3.1. Fast samordnande kontakt 13

3.2. Trygghet och delaktighet vid läkemedelsbehandling 13

3.3. Strategisk styrning och ledning 14

3.4. Utbildning och kompetensutveckling 14

3.5. Kulturförändring och antistigma-arbete 15

4 Fokusområden vid implementering av ökat delat beslutsfattande **16**

5 Referenser **18**

6 Bilagor **19**

Bilaga 1. Enkät brukare och patienter 19

Bilaga 2. Enkät personligt ombud 23

Bilaga 3. Enkät personal 27

Bilaga 4. Enkät chefer 31

1. Inledning

Bakgrund

Kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa syftar till att skapa mer jämlika, samordnade och personcentrerade insatser, genom att bästa tillgängliga kunskap används gemensamt av hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra berörda aktörer.

Under 2024 beslutade styrgruppen för Lokalt programområde Psykisk hälsa, inom kunskapsstyrningen i Gävleborg (Region Gävleborg, 2024), att initiera ett arbete på det gemensamma insatsområdet schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. När det gäller detta insatsområde nationellt lyfts särskilt vikten av tidig upptäckt, tidiga och samordnade insatser, delaktighet och inflytande samt samarbete med anhöriga och närstående. Arbetet ska utgå från nationella riktlinjer och kunskapsstöd där ett delat beslutsfattande och personens delaktighet i vård och stöd utgör centrala delar. Området präglas ofta av komplexa och långvariga behov där samverkan, tidiga insatser och individens delaktighet är centrala för en god och hållbar vård och omsorg.

Arbetet med målgruppen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd i Gävleborg ser olika ut. Olika arbetssätt och metoder används men dessa grundar sig inte alltid i befintligt kunskapsstöd. Det finns också behov av att öka antalet kunskapsbaserade insatser i arbetet med målgruppen. Den här rapporten beskriver hur en sammansatt arbetsgrupp i länet bestående av representanter från psykiatri, socialtjänst och brukarorganisationer har kartlagt i vilken utsträckning man i nuläget arbetar utifrån principerna i metoden *Delat beslutsfattande* (Socialstyrelsen, 2025) och hur målgruppen även upplever att befintliga arbetssätt genomsyras av ett delat beslutsfattande. Utifrån detta har områden för förbättringar identifierats av arbetsgruppen för framtida implementering av metoden och dess principer inom verksamheter i Gävleborgs län.

I arbetsgruppen har följande personer ingått:

Amanda Berg, sjuksköterska socialpsykiatri (Hudiksvalls kommun)
Anna-Kristina Lindelöf, socialsekreterare socialpsykiatri (Sandvikens kommun)
Askin Alkan, läkare vuxenpsykiatri psykosvården (Region Gävleborg)
Carola Österlund, samordnare boendestöd (Sandvikens kommun)
Emelie Lundin, samordnare brukarinflytande psykisk hälsa (Region Gävleborg)
Göran Sjöstedt, ordförande Schizofreniföreningen Gävleborg

Helena Åsenlund, skötare (vuxenpsykiatri psykosvården Region Gävleborg)
Imanda Agerteg, brukarrepresentant (Gästrikland)
Joakim Fa, sjuksköterska (vuxenpsykiatri psykosvården Region Gävleborg)
Malin Blomqvist, förste biståndshandläggare/stf enhetschef (Gävle kommun)
Martin Sjöstedt, brukarrepresentant (Hälsingland)
Taina Turunen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (Hofors kommun)

1.1. Uppdraget och arbetsgruppens process

I uppdraget som förmedlades till arbetsgruppen under våren 2025 från styrgruppen för Lokalt programområde Psykisk hälsa inom kunskapsstyrningen i Region Gävleborg, ingick att kartlägga hur befintliga arbetssätt genomsyras av delat beslutsfattande, hur brukargruppen upplever att befintliga arbetssätt genomsyras av delat beslutsfattande – samt att utifrån kartläggning identifiera områden för förbättringar och föreslå en plan för implementering av förbättringar.

Arbetsgruppen har träffats regelbundet under ett års tid och vid sammanlagt 17 tillfällen, varav två av dessa tillfällen varit öppna lärandeträffar där kollegor i länets samlade verksamheter som arbetar för och med målgruppen även bjudits in att delta för att lära sig mer om metoden *Delat beslutsfattande*. Där medverkade även representant från Socialstyrelsen som berättade om metoden och det kunskapsstöd som finns tillgängligt för verksamheter som lokalt vill implementera själva arbetssättet (Socialstyrelsen, 2025).

Den 30 januari 2026 genomförde arbetsgruppen också en heldagskonferens i Gävle med temat *En dag för lärande och reflektion*. Där deltog närmare 60 representanter från både professionens verksamheter och brukarföreningar i Gävleborg samt Socialstyrelsen, för utbyte och ökad kunskap om personcentrerad vård och omsorg kring personer med komplex psykiatrisk problematik arbete utifrån grundläggande principer i *Delat beslutsfattande*. Vid denna konferens presenterades också resultatet av fyra olika enkätundersökningar som arbetsgruppen genomförde under hösten 2025 och som handlade om upplevd delaktighet i vård och stöd för personer med psykossjukdom. Enkäterna som presenterades hade besvarats av både målgruppen, personal, chefer och personligt ombud i länet.

Vid tre tillfällen under den pågående arbetsprocessen har rapportering också skett till styrgruppen för Lokalt programområde Psykisk hälsa. Den här rapporten utgör det sammanfattade resultatet av arbetsgruppens kartläggning och analys och innehåller även förslag till fortsatt implementeringsarbete.

1.2. Målgruppen inom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Under 2024 var det enligt regional statistik genom systemet Cyklop (Region Gävleborg, 2025) 1255 unika individer folkbokförda i länet med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd inom psykosspektrumets diagnoskoder, som fick någon form av insats av hälso- och sjukvården. Åldersspannet för dessa individer var 12 till 94 år.

Arbetsgruppen i det här uppdraget delar en gemensam bild av att psykosmålgruppen ofta hamnar i en form av gråzon när det gäller vilken verksamhet eller insatsbärare som bäst borde kunna se och möta individens behov utifrån dennes vardags- och livssituation. Det kan skilja sig mycket åt och se olika ut för olika personer. Detta hör ihop med att det ofta kan upplevas som att stödet ibland också blir personberoende då det påverkas av vilka relationer eller allianser som är särskilt starka i en given situation. Det är således kopplat till tillit, trygghet och kvalitet i mötet mellan den som i egenskap av patient eller brukare tar emot insatser och egenskaper hos den som på andra sidan förmedlar eller utför dessa.

Arbetsgruppen har under processen tillsammans också resonerat kring och delat olika visioner som kan finnas, både inom olika verksamheter och hos enskilda medarbetare, när det gäller målgruppens delaktighet och professionens ambitioner att möjliggöra detta. *Delat beslutsfattande* utgör en metod bland flera och kan i grunden också ses som en fundamental logik som främjar detta och vars principer även återfinns inom ramen för andra metoder.

När det gäller hur förutsättningar för delaktighet faktiskt ser ut i praktiken och vilka faktorer som påverkar möjligheten till reellt inflytande för målgruppen i verkligheten, så har aspekter av detta också i olika diskussioner problematiserats. För att möjliggöra inflytande och medbestämmande behöver också arbetssätt, kunskap och ibland även andra resurser finnas till på plats.

Vilka ord och begrepp som används för att beskriva målgruppen och hur detta kan skilja sig åt mellan verksamheter, professioner och utförare, berättar också om synsätt på människan och dennes möjligheter till självbestämmande. Även detta har arbetsgruppen reflekterat kring, då det finns många olika epitet som används i olika verksamhetskontexter, såsom *patient, brukare, klient, individ, person, kund, självverfaren* och så vidare. Språkbruk och benämningar kan påverka och forma både synen på den det gäller, mötet med individen och även hur stöd och insatser utformas. Stigma och självstigma är också ofta ett påtagligt problem för den som lever med svår eller komplex psykiatrisk diagnos, vilket också utgör viktiga faktorer som påverkar individens självkänsla och

möjlighet i sig att överhuvudtaget kunna uttrycka behov och önskemål i mötet med vård och stöd.

1.3. Kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik

Den viktiga principen ”inget om oss utan oss” har formulerats av den samlade brukarrörelsens riksförbund Nationell samverkan för psykisk hälsa (u.å.), och det handlar då om brukarinflytande och patientdelaktighet som fundamentala delar vilka bör genomsyra allt arbete med personcentrerad vård. Det bidrar också till effekter av att minska stigma och känslor av underordning, genom att personer med egen erfarenhet ges möjlighet att stärka sin makt och kunna påverka - både sin egen vård likväl som utvecklingen av olika verksamheter.

Inom det som kallas kunskapsstyrning ska bästa tillgängliga kunskap identifieras, utvecklas, samordnas, spridas och implementeras för att sedan omsättas i verksamheter på vård- och omsorgsfältet. När detta sker kallas det för ”evidensbaserad praktik” vilket också betonar vikten av att insatser utformas utifrån en sammanvägning av både forskning och bästa tillgängliga kunskap, professionell expertis samt individens situation, erfarenheter och önskemål (Socialstyrelsen, u.å.).

Socialstyrelsen lyfter *Delat beslutsfattande* som en rekommenderad metod inom personcentrerad vård för både insatsgivare och mottagare att tillsammans kunna planera, genomföra och utvärdera olika insatser och behandlingsalternativ. Det främjar också det som kallas ”egenmakt” vilket kan beskrivas som ”känslan av att bibehålla eller få bättre kontroll över sin vardag, att få makt över beslut och handlingar som rör sitt eget liv” (Socialstyrelsen, 2025).

Arbetsgruppen har under processens gång konstaterat att alla dessa perspektiv är nära sammanlänkade. De utgör en helhet av viktiga utgångspunkter för att kunna stärka både personens delaktighet och reella inflytande likväl som effekten av olika insatser inom vård och omsorg inom verksamheter i Gävleborgs län.

1.4. Delat beslutsfattande som metod

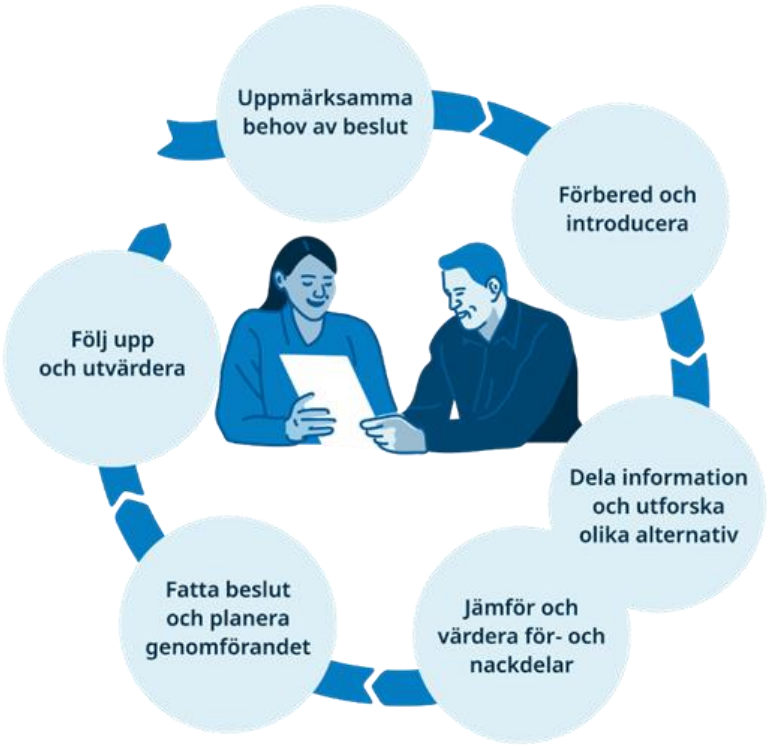
Metoden *Delat beslutsfattande* handlar om att stärka individens delaktighet i beslut som rör dennes vård och stöd. Arbetssättet har använts dokumenterat i många år, och bygger på tanken om gemensamt samarbete mellan profession

och individ, där olika alternativ, behov och önskemål undersöks tillsammans innan beslut fattas och sedan också följs upp.

Delat beslutsfattande kan användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst – och det är särskilt viktigt för personer med omfattande psykiatriska behov som innebär att man har insatser och stöd från flera olika aktörer som också behöver samordnas.

Bilden nedan illustrerar de 6 olika stegen i metoden *Delat beslutsfattande* såsom metoden beskrivs i kunskapsstödet hos Socialstyrelsen (2025):

1. Uppmärksamma behov av beslut
2. Förbered och introducera
3. Dela information och utforska olika alternativ
4. Jämför och värdera för- och nackdelar
5. Fatta beslut och planera genomförandet
6. Följ upp och utvärdera



När man tittar vidare på vad *Delat beslutsfattande* faktiskt handlar om, går det att beskriva det både som en metod och som en grundläggande princip inom personcentrerad och evidensbaserad praktik. Den bygger på att individens erfarenheter, behov och önskemål alltid ges en aktiv roll i beslutsprocessens

samtliga olika delar som planering, genomförande och utvärdering vid vård och stöd.

När arbetsgruppen i det här uppdraget fördjupat sig i *Delat beslutsfattande* har det konstaterats att principer gällande delaktighet, inflytande och gemensamma val återfinns även inom flera andra personcentrerade och återhämtningsinriktade metoder och arbetssätt såsom till exempel CM R-ACT, IBIC och IMR.

2. Kartläggning *Delat beslutsfattande* i Gävleborg

Arbetsgruppen har i det här uppdraget genomfört en kartläggning med fokus på delaktighet och *Delat beslutsfattande* för personer inom psykosmålgruppen i Gävleborgs län.

Genom att kombinera patienters- och brukares erfarenheter med chefers och medarbetares perspektiv från olika verksamheter har därigenom både styrkor, utvecklingsområden och strukturella utmaningar i arbetet med vård, stöd och samverkan kunnat synliggöras. Underlaget har samlats in genom fyra olika enkäter riktade till målgruppen, personal (inom olika verksamheter), chefer (inom olika verksamheter) samt personligt ombud. Analysen av underlaget har också vägts samman med arbetsgruppens egna dialoger och det reflektionsarbete som genomsyrat kartläggningsprocessen samt de tre öppna utbildningstillfällen som genomförts med Socialstyrelsens medverkan där större gemensamma diskussioner också förts. Sammantaget pekar resultatet från både de fyra olika enkäterna och de diskussionerna som förts på att relationellt stöd och bemötande ofta fungerar väl, medan strukturer för samordning, uppföljning och systematiskt delat beslutsfattande ofta framstår som mindre utvecklade.

2.1. Patient- och brukarperspektivet via två olika enkäter

I den enkät som gick ut till målgruppen personer med psykossjukdom eller psykosliknande tillstånd i hela länet deltog totalt 36 personer. Enkäten genomfördes under perioden oktober 2025 – januari 2026. Respondenterna kom från kommunerna Gävle, Sandviken, Hudiksvall och Hofors; med störst representation från de två förstnämnda. Könsfördelningen var relativt jämn och deltagarna representerade flera olika åldersgrupper, där personer mellan 55–64 år utgjorde den största gruppen. De insatsområden som de svarande angav som viktigast för dem var vård och rehabilitering samt boende.

Resultatet visar att många upplever en grundläggande delaktighet, men delaktigheten verkar bli svagare i mer komplexa delar av processen. I diskussioner som förts i arbetsgruppens process med att analysera målgruppens perspektiv har frågan också lyfts gällande samsjuklighet med beroendesjukdom och hur det påverkar förutsättningarna för delaktighet. Brukare och patienter som svarat uppger att de relativt ofta får vara delaktiga i början av beslutsprocessen, men längre fram i processen försämras bilden.

Bland det som framkom i enkäten visar svaren att:

- 64% uppgav att de fått vara delaktiga från början i beslut som rör för dem viktiga insatsområden.

- 61% uppgav att de fått uttrycka egna önskemål och behov från början.
- 66% upplevde att personal tydligt kunnat förklara syftet med viktiga beslut.
- 67% uppgav att de varit delaktiga i själva genomförandet av beslutade insatser.

Samtidigt framkom några viktiga kontraster i resultatet:

- Endast 38% uppgav att de fått information om för- och nackdelar med olika alternativ inom vård och stöd.
- Mindre än hälften, 44%, uppgav att de fått vara med och utvärdera beslut om sina insatser i efterhand.
- Och 26% uppgav att de inte hade fått veta vilka möjligheter de har att vara delaktiga i beslut.

Utifrån detta skulle man kunna beskriva det som att relation och bemötande fungerar relativt väl för de som svarat just här, medan mer strukturerade delar av ett delat beslutsfattande verkar svagare. Detta handlar då om sådant som rör information om olika alternativ, för- och nackdelar samt möjligheten för individen att kunna följa upp och utvärdera beslut tillsammans med verksamheter. Detta skulle kunna tyda på att delaktighet i högre grad sker relationellt och situationsbundet, snarare än genom systematiskt implementerade arbetssätt och principer för ett delat beslutsfattande fullt ut.

I brukarperspektivet framträder ofta delaktighet som nära kopplat till relation, bemötande och upplevelsen av att bli lyssnad på. Känslan av huruvida man blir tagen på allvar eller inte är viktig. Fokus ligger också ofta i hög grad på frågan om stödet upplevs fungera i den egna vardagen och om individen känner sig inkluderad i processen. Detta skiljer sig delvis från verksamhets- och metodperspektiv, där delaktighet oftare beskrivs utifrån strukturer, arbetssätt, resurser och implementerade modeller utifrån olika uppdrag.

I kartläggningens enkätdel genomfördes utifrån brukarperspektivet även under samma period en undersökning riktad till personligt ombud. Där svarade 5 personer verksamma i 6 av länets 10 kommuner. Deras uppdrag handlar om att stödja personer med omfattande psykisk ohälsa som kräver samordning i kontakt med olika vård- och stödinsatser. Ombudens svar belyser bland annat behov av stärkt samverkan, tydligare information och bättre uppföljning för att öka individens delaktighet och möjligheter att påverka den hjälpen man får. Där tyckte 80% av de svarande att de upplever att patienter och brukare inte får vara delaktiga i att i efterhand utvärdera beslut som tagits kring deras vård och stödinsatser. Deras svar beskrev även brister i samverkan mellan olika aktörer. Ingen av de i enkäten deltagande ombuden svarade ”ja” på frågan om de anser

att samarbetet generellt fungerar väl kring delaktighet för målgruppen, medan 40 % svarade ”delvis” och 40% svarade ”nej”. En sak som sticker ut är att 0%, det vill säga ingen, av respondenterna inom personligt ombud svarade ”ja” på frågan om de upplever att målgruppen får vara delaktig från början i beslut. Det var 20% som svarade direkt ”nej” på den frågan, medan 60% svarade delvis. Detta skiljer sig från målgruppens resultat där ändå 64% svarade ”ja” på samma fråga.

Utifrån några enstaka svar i enkäten från personligt ombud går det att utläsa att man i sitt uppdrag upplever sig i lägre grad involverad i ärenden som rör personer med psykossjukdom i jämförelse med andra målgrupper. Detta har väckt följdfrågor och skapat reflektion hos arbetsgruppen i processen gällande hur det kan komma sig och vad det får för konsekvenser för den aktuella målgruppen här.

Arbetsgruppen har under processen även lyft att det för personer med psykossjukdom ofta kan vara svårt att få en överblick över vilka insatser, vårdprogram och stödformer som faktiskt finns tillgängliga på lokal och regional nivå. Bara för att det finns beskrivet i nationella rekommendationer eller riktlinjer innebär samtidigt dock inte att det finns tillgängligt i just vårt län eller i den aktuella kommunen.

I arbetsgruppens diskussioner och reflektioner har det under kartläggningsprocessen framkommit att det finns en föreställning om att yngre personer i målgruppen oftare vill vara mer delaktiga än äldre. Man delar också en bild av att upplevd delaktighet även kan skapa ökad motivation, tillit och vilja till fortsatt återhämtningsarbete på sikt och över tid.

Såsom en brukarrepresentant vid ett av arbetsprocessens mötestillfällen uttryckte det: ”Ju mer jag får vara delaktig, desto mer finns det att jobba vidare på i nästa fas.”.

2.2. Verksamhetsperspektivet via två olika enkäter

Under perioden oktober 2025 – januari 2026 genomfördes också två olika enkäter med ett verksamhetsperspektiv på psykosmålgruppens möjligheter till delaktighet; en enkät till medarbetare respektive chefer i olika verksamheter inom både kommunala instanser samt hälso- och sjukvård. I undersökningen riktad till personal deltog 93 personer fördelat på länets alla 10 kommuner. I den enkät som vände sig till chefer svarade 7 personer från 5 av länets 10 kommuner. Bland alla dessa svarande, både personal och chefer, uppgav de allra flesta att de arbetade inom regional hälso- och sjukvård eller kommunal

socialpsykiatri. Några uppgav också att de arbetade inom kommunal myndighetsutövning eller kommunal hälso- och sjukvård.

Resultatet från enkäterna riktade till verksamheter som arbetar för och med psykosmålgruppen visar att det finns en ambition och vilja att förbättra delaktigheten, men att det arbetet ofta beskrivs som endast delvis systematiskt snarare än fullt ut etablerat.

Bland personal svarade 64% ”ja” på frågan om verksamheten är utformad så att individen kan göras delaktig från början i beslut kring insatser. Även bland chefer framkommer en liknande bild. Majoriteten, 71%, beskriver att verksamheterna endast ”delvis” är utformade för att möjliggöra delaktighet och samverkan på ett systematiskt sätt. Flera chefer lyfter samtidigt behov av gemensamma utbildningar, stärkt samverkan och ett mer sammanhållet arbetssätt kring delaktighet och återhämtningsinriktat arbete.

Resultatet kan också relateras till målgruppens enkätsvar, där många respondenter beskrev att de i viss utsträckning upplever delaktighet i vård och stöd, samtidigt som betydligt färre upplever att de fått tydlig information om olika alternativ, för- och nackdelar eller möjlighet att i efterhand utvärdera beslut som tagits. Bland personalen uppgav 47% att verksamheten arbetar med både muntlig och skriftlig information för att hjälpa målgruppen förstå olika beslut, medan nästan en femtedel uppgav att verksamheten inte arbetar aktivt och medvetet med information till insatsmottagarna.

När det gäller om arbetssätten är utformade så att den berörda individen i efterhand kan vara med och utvärdera beslutet kring en insats så svarade 32% ”ja” på den frågan i undersökningen riktad till personal. Och bland chefer var det ännu färre, då endast 14% gjorde det.

Generellt sett kan man beskriva det som att metoden *Delat beslutsfattande* används i mycket liten omfattning och inte är känd som ett gemensamt arbetssätt inom eller mellan verksamheter. Bland svarande personal uppgav 13% att den specifika metoden används i verksamheten och över hälften svarade att de inte visste om metoden användes eller ej. I chefsenkäten uppgav ingen svarande att verksamheten använder metoden, 71% svarade direkt nej på frågan, även om flera beskrev att man arbetar med andra närliggande personcentrerade och återhämtningsinriktade arbetssätt.

I arbetsgruppens diskussioner med analysen av det här underlaget har det återkommande lyfts att delaktighet inte bör ses som något som endast är möjligt när allt fungerar väl, utan att det handlar om ett grundläggande förhållningssätt i vård och stöd. Som en deltagare och verksamhetsrepresentant

uttryckte det: ”Man måste jobba med patientens delaktighet hela tiden. Delaktighet i visst mått måste genomsyra även tvång.”.

3. Identifiering av områden för förbättringar

I detta kapitel presenteras de utvecklingsområden som identifierats genom arbetsgruppens dialoger, reflektionsarbete och enkätunderlag från psykosmålgruppen, personal, chefer och personliga ombud.

3.1. Fast samordnande kontakt

Kartläggningen visar att målgruppen ofta har kontakt med flera olika verksamheter och aktörer samtidigt, vilket ställer höga krav på samordning, kontinuitet och tydliga kontaktvägar. Arbetsgruppen ser ett behov av en fast och trygg samordnande kontakt som kan bidra till ökad tillit, kontinuitet och delaktighet för individen över tid.

Det behöver tydliggöras vilka funktioner och roller som finns runt individen, samt hur olika uppdrag och benämningar skiljer sig åt mellan verksamheter, exempelvis kontaktperson, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt. Arbetsgruppen lyfter vikten av att det finns någon med mandat att samordna, sammankalla och följa individen genom olika delar av vård och stödsystemet.

Tydliga och lättillgängliga kontaktvägar behöver säkerställas, exempelvis genom direktkontakt till verksamheter och samordnande funktioner. Arbetsgruppen ser även behov av utvecklad samverkan i dokumentationssystem vid till exempel SIP så individen själv enkelt kan ta del av relevant information.

3.2. Trygghet och delaktighet vid läkemedelsbehandling

Kartläggning och diskussioner under arbetsprocessens gång visar att frågor kring läkemedel och läkemedelsbehandling är centrala för målgruppen och ofta starkt kopplade till upplevelser av trygghet, delaktighet och tillit i kontakten med vården.

Arbetsgruppen lyfter vikten av personliga och kontinuerliga läkarkontakter och även möjligheten till fysiska möten utifrån individens behov och förutsättningar. Även mötets utformning och miljö bedöms ha betydelse för möjligheten till delaktighet och informerade beslut.

Information om olika behandlingsalternativ samt för- och nackdelar behöver ges på ett tydligt och begripligt sätt, med möjlighet till dialog och uppföljning över tid. Arbetsgruppen ser även behov av tydligare dokumentation och planering kring läkemedelsuppföljning för att stärka individens möjlighet till

delaktighet. Användning av skattningsinstrument såsom UKU-SERS lyfts som ett möjligt stöd i uppföljning av biverkningar och behandlingseffekter. Reflektioner har också gjorts över hur synsätt, attityder och kultur inom vården kan påverka individens möjlighet till inflytande och delaktighet i frågor som rör läkemedelsbehandling.

3.3 Strategisk styrning och ledning

Arbetsgruppen ser behov av ett mer strategiskt och långsiktigt arbete kring delaktighet och delat beslutsfattande för den enskilde, både inom verksamheter och i samverkan över gränserna. Flera av de utvecklingsområden som här identifierats bedöms inte kunna bäras av enskilda medarbetare eller eldsjälar, utan behöver förankras i styrning, ledning och organisatoriska strukturer.

Chefer och ledning behöver skapa förutsättningar för delaktighetsarbete genom tydliga uppdrag, mandat, kompetensutveckling och metodstöd i det vardagsnära arbetet. Arbetsgruppen ser även behov av att beslut och utvecklingsarbete ligger nära de verksamheter och medarbetare som följer individen i planering, genomförande och uppföljningen av insatser.

Vidare lyfts vikten av ett aktivt kulturarbete både inom verksamheter och i samverkan mellan huvudmän och aktörer.

3.4 Utbildning och kompetensutveckling över gränserna

Kartläggningen visar behov av gemensam och återkommande kompetensutveckling över verksamhetsgränserna. Arbetsgruppen ser att kunskap om delaktighet och personcentrering behöver stärkas inom flera områden och professioner. Särskilt lyfts kompetens inom personcentrerad vård, metoden *Delat beslutsfattande*, återhämtningsinriktat arbete, SIP, välfärdsystemens uppbyggnad samt kunskap om psykossjukdom och olika livsvillkor kopplade till målgruppen.

Arbetsgruppen lyfter även vikten av kunskap om maktaspekter, stigma och självstigma ur ett brukarperspektiv. Det finns också behov av ökad kompetens kring kommunikation och hur information kan anpassas för att möjliggöra informerade val och ökad delaktighet för individen.

3.5 Kulturförändring och antistigma-arbete

Arbetsgruppen identifierar behov av ett långsiktigt arbete med synsätt, attityder och kultur i hela vårdkedjan gentemot målgruppen personer med psykossjukdomar. Delaktighet och inflytande påverkas inte enbart av metoder och rutiner, utan också hur målgruppen bemöts och förstås i olika verksamheter och sammanhang. Det finns ett behov av ett aktivt antistigma-arbete, inklusive arbete för att motverka självstigma och stärka individens upplevelse av egenmakt, tillit och möjlighet till att påverka sin situation.

4. Fokusområden vid implementering av ökat delat beslutsfattande

För att arbeta vidare med att stärka delaktigheten för psykosmålgruppen behöver utvecklingsarbetet omfatta både individ- och verksamhetsperspektivet. Det handlar om att dels ge möjligheter för individer att vara delaktiga, dels ge medarbetare rätt förutsättningar att arbeta mer systematiskt med personcentrering.

Som fokusområden för fortsatt implementeringsarbete föreslås:

- Stärkt samverkan och tydligare operativa kontaktvägar mellan olika aktörer och verksamheter.
- Utveckling av samordnande funktioner eller ”lotsfunktioner” för målgrupper med omfattande behov som kräver samordning. (Vidareutveckling/förstärkning av fast vårdkontakt respektive omsorgskontakt.)
- Ökat stöd i delaktighet för uppföljning av läkemedelsbehandling hos psykosmålgruppen.
- Fortsatt arbete med egenmakt och delaktighet för psykosmålgruppen även i situationer som präglas av tvång eller omfattande vårdbehov.
- Att starta kulturarbete och kompetensutveckling kring bemötande, synsätt och maktperspektiv hos professionens målgrupper gällande personer med psykossjukdom.
- Att erbjuda patienter och brukare inom psykosmålgruppen gruppinterventioner där egenmakt, självkänsla och förmågor som behövs för att kunna delta i ökad delaktighet kan stärkas.
- Initiativ med fortlöpande gemensam utbildning över verksamhetsgränser där kunskap och arbetssätt följs upp och hålls levande över tid.
- Använd och fortsätt arbeta med den utbildningsresurs som finns tillgänglig i respektive verksamhet för ökad metodkompetens inom personcentreringens område.
- Skapa implementerings- och utbildningsplaner på enheter eller i verksamheter och använd det kunskapsstöd som Socialstyrelsen tagit fram och som finns tillgängligt och är fritt att använda.
- Integrera metoden *Delat beslutsfattande* och dess principer inom ramen för SIP.

Slutligen behöver verksamheter säkerställa att det finns tydliga och förankrade arbetssätt för hur delaktighet och *Delat beslutsfattande* ska möjliggöras i praktiken, följas upp och utvärderas över tid.

Ett möjligt stöd i implementeringen kan vara att utse lokala metodstödjare eller ambassadörer inom verksamheter och arbetsgrupper som kan bidra till arbetet.

Arbetsgruppen för det här uppdraget betonar särskilt vikten av att stärka uppföljningen och utvärdering tillsammans med individen, då detta framkommit som ett återkommande utvecklingsområde i kartläggningen.

Implementeringsarbetet behöver samtidigt förankras i det vardagsnära arbetet och utformas på ett sätt som upplevs meningsfullt, tillgängligt och relevant för både individer och verksamheter.

5. Referenser

Nationell samverkan för psykisk hälsa (u.å.). *Ökat brukarinflytande*. Hämtad 29 april 2026, från https://nsph.se/vara-mal/okat-brukarinflytande/

Region Gävleborg. (2024). *Samverkanswebben - Kunskapsstyrning*. Hämtad 27 april 2026, från https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/kunskapsstyrning/

Region Gävleborg. (2025). *Samverkanswebben - Statistik*. Hämtad 28 april 2026, från https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-vard-i-gavleborg/min-vard-gavleborg/statistik/

Socialstyrelsen. (2025). *Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning – Rekommendation och kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Hämtad 27 april 2026 från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/delat-beslutsfattande-vid-psykiatriska-tillstand-och-psykisk-funktionsnedsattning--rekommendation-och-kunskapsstod-till-halso--och-sjukvarden-och-socialtjansten-2025-3-9328/

Socialstyrelsen. (2025). *Kunskapsguiden – Att arbeta personcentrerat*. Hämtad 29 april 2026 från https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-vard/personcentrering/att-arbeta-personcentrerat/

Socialstyrelsen. (2025). *Kunskapsguiden - Delat beslutsfattande*. Hämtad 27 april 2026 från https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/personer-med-psykisk-funktionsnedsattning-och-stora-behov/delat-beslutsfattande/

Socialstyrelsen. (u.å.). *Kunskapsguiden – Evidensbaserad praktik*. Hämtad 29 april 2026 från https://kunskapsguiden.se/omraden-och teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/

6. Bilagor

Bilaga 1. Enkät brukare och patienter

1. Var i Gävleborgs län bor du?
    - Bollnäs kommun
    - Gävle kommun
    - Hofors kommun
    - Hudiksvalls kommun
    - Ljusdals kommun
    - Nordanstigs kommun
    - Ockelbo kommun
    - Ovanåkers kommun
    - Sandvikens kommun
    - Söderhamns kommun

2. Är du
    - Kvinna
    - Man
    - Vill ej svara

3. Vad är din ålder?
    - 18–24
    - 25–34
    - 35–44
    - 45–54
    - 55–64
    - 65–74
    - 75 och över

4. Vilka områden inom vård och stöd har varit viktigast för dig att få vara delaktig i vid beslut (som brukare/patient)? (Välj två av nedanstående alternativ.)
    - Min vård och rehabilitering.

- Mitt boende.
- Min sysselsättning.
- Min ekonomi.
- Mitt sociala sammanhang.
- Annat?

5. Tycker du att du har fått vara delaktig från början, i de beslut som rör de viktigaste vård- och stödområdena för dig?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

6. Har personal tydligt och begripligt kunnat förklara syftet med viktiga beslut som tagits för dig inom vård och stöd?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

7. Har du fått veta vilka möjligheter du har - eller inte har - att själv få vara delaktig i beslut inom viktiga områden för dig?

- Ja
- Nej
- Vet inte

8. Har du från början fått uttrycka dina egna önskemål och behov inom viktiga vård- och stödområden för dig?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

9. Har du i förväg fått ta del av information om vad olika beslut kring viktiga vård- och stödinsatser innebär för dig?

- Ja
- Delvis (Ge gärna exempel på vilken information du hade önskat mer.)
- Nej (Ge gärna exempel på vilken information du hade önskat.)
- Vet inte

10. Tycker du att olika alternativ inom viktiga vård- och stödinsatser har presenterats för dig på ett bra sätt?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

11. Har du fått veta för- och nackdelar med olika alternativ inom dina viktigaste vård- och stödinsatser?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

12. Har du fått vara delaktig i själva genomförandet av de beslut som tagits, inom viktiga vård- och stödinsatser för dig?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

13. Tycker du att samarbetet mellan olika parter har fungerat bra när man tagit gemensamma beslut om viktiga vård- och stödinsatser för dig?

- Ja
- Delvis (Ge gärna exempel på vad i samarbetet som inte fungerat bra för dig.)

- Nej (Ge gärna exempel på vad i samarbetet som inte fungerat bra för dig.)
- Vet inte

14. Tycker du att du fått vara med i att efteråt utvärdera de beslut som tagits om viktiga vård- och stödinsatser för dig?

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

15. Finns det något annat som handlar om din delaktighet i dina viktigaste vård- och stödinsatser som du skulle vilja förmedla?

16. Har dina anhöriga/närstående fått möjlighet att stötta dig på ett bra sätt, för att stärka din delaktighet i de beslut som tagits för dina viktigaste

- vård- och stödinsatser?
- Ja
- Delvis (Beskriv gärna vad du/ni saknade.)
- Nej (Beskriv gärna vad du/ni saknade.)
- Vet inte

Bilaga 2. Enkät personligt ombud

1. Var i Gävleborgs län är du verksam? (Flera val möjliga.)

- Bollnäs
- Gävle
- Hofors
- Hudiksvall
- Ljusdal
- Nordanstig
- Ockelbo
- Ovanåker
- Sandviken
- Söderhamn

2. Vilka områden inom vård och stöd, brukar (enligt din erfarenhet) vara viktigast för patienter/brukare/klienter inom psykosmålgruppen att få vara delaktiga i? (Välj två av nedanstående alternativ.)

- Individens vård och rehabilitering
- Individens boende
- Individens sysselsättning
- Individens ekonomi
- Individens sociala sammanhang
- Annat

3. Tycker du att patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen allmänt brukar få vara delaktiga från början, i de beslut som rör deras olika vård- och stödinsatser?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte.

4. Brukar personal (allmänt i olika verksamheter) tydligt och begripligt

kunna förklara syftet med viktiga beslut som tagits för patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte.

5. Brukar patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen få veta vilka möjligheter de har, eller inte har, att själva få vara med och besluta på områden som är viktiga för dem?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte.

6. Brukar patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen från början få komma med sina egna önskemål och behov, inom de områden som är viktiga för dem?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

7. Brukar patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen i förväg få ta del av information för att förstå vad olika beslut kring vård- och stödinsatser innebär för dem?

- Ja, men oftast bara muntlig information
- Ja, men oftast bara skriftlig information
- Oftast både muntlig och skriftlig information
- Annat
- Min erfarenhet är att verksamheter generellt inte arbetar aktivt medvetet med information

till målgruppen

8. Brukar olika alternativ inom viktiga vård- och stödinsatser, presenteras för patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen på ett tydligt sätt?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

9. Brukar patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen generellt få veta för- och nackdelar med olika alternativ inom viktiga vård- och

- stödinsatser för dem?
- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

10. Brukar patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen få vara delaktiga i själva genomförandet av de beslut som tagits för dem inom viktiga vård- och stödinsatser?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

11. Brukar samarbetet mellan olika parter, för att göra patienten/brukaren/klienten delaktig, fungera bra när man tagit beslut om vård- och stödinsatser för denne?

- Ja
- Delvis (Beskriv gärna önskad förbättring.)
- Nej (Beskriv gärna önskad förbättring.)
- Vet inte
-

12. Brukar (enligt din erfarenhet) patienter/brukare/klienter i

psykosmålgruppen få vara med och i efterhand utvärdera de beslut som tagits inom deras olika vård- eller stödinsatser?

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

13. Brukar anhöriga/närstående (enligt din erfarenhet) ges möjlighet att samverka, för att stötta delaktigheten för patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen - i de beslut som tas inom vård- och stödinsatser?

- Ja
- Delvis (Beskriv gärna önskad förbättring.)
- Nej (Beskriv gärna önskad förbättring.)
- Vet inte

14. Finns det något annat, som handlar om delaktighet i vård och stöd för patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen, som du ser i ditt uppdrag och skulle vilja förmedla med egna ord?

Bilaga 3. Enkät personal

1. Var i Gävleborgs län finns verksamheten du jobbar i? (Flera val möjliga.)

- Bollnäs
- Gävle
- Hofors
- Hudiksvall
- Ljusdal
- Nordanstig
- Ockelbo
- Ovanåker
- Sandviken
- Söderhamn

2. Vilken typ av verksamhet jobbar du i?

- Regional hälso- och sjukvård
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Privat utförare hälso- och sjukvård
- Kommunal socialpsykiatri
- Privat utförare socialpsykiatri
- Kommunal myndighetsutövning
- Annat

3. Namnet på din verksamhet? (Valfritt)

4. Vår verksamhet är utformad så att patienten/brukaren/klienten från början kan göras delaktig, i beslut som rör insatserna runt denne.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

5. Våra arbetssätt möjliggör för mig att förklara och förankra syftet för patienterna/brukarna/klienterna i psykosmålgruppen, gällande viktiga beslut som rör deras insatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

6. Våra arbetssätt möjliggör för mig, att för våra patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen förklara och förmedla vilka möjligheter de har att delta i viktiga beslut som rör olika insatser runt dem.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

7. Våra arbetssätt möjliggör för mig att hjälpa patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen med att uttrycka sina egna önskemål och behov, inom de områden där viktiga beslut ska fattas.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

8. Vår verksamhet arbetar aktivt och medvetet med information - för att hjälpa patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen förstå vad olika beslut kring vård- och stödinsatser innebär för dem.

- Ja, men bara muntlig information
- Ja, men bara skriftlig information
- Både muntlig och skriftlig information
- Annat
- Vi arbetar inte aktivt medvetet med information till målgruppen

9. I vår verksamhet vet vi i personalen hur olika alternativ inom vård- och stödinsatser ska presenteras och anpassas för den patient/brukare/klient som ska ta emot dem.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

10. Våra arbetssätt är utformade så att vi i personalen, tillsammans med patienten/brukaren/klienten, kan diskutera för- och nackdelar med olika alternativ inom aktuella vård- och stödinsatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

11. Våra arbetssätt är aktivt och medvetet utformade så att samverkan med andra parter fungerar bra, när vi ska göra patienten/brukaren/klienten delaktig i vård- och stödinsatserna runt denne.

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

12. Våra arbetssätt är medvetet och systematiskt utformade, så att den berörda patienten/brukaren/klienten i efterhand också kan vara med och utvärdera beslut som tagits inom olika vård- eller stödinsatser.

- Ja (Ge gärna exempel på hur.)
- Delvis (Ge gärna exempel på hur.)
- Nej
- Vet inte

13. Våra arbetssätt är medvetet och aktivt utformade, så att

anhöriga/närstående kan samverka i att stötta patientens/brukarens/klientens delaktighet i de beslut som tas inom olika vård- eller stödinsatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

14. Använder ni metoden "Delat beslutsfattande" i er verksamhet?

- Ja
- Nej
- Vet inte

15. Har ni någon annan metod eller annat arbetssätt inom aktiv delaktighet för era patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen som ni använder i er verksamhet?

- Ja (Ange gärna vad.)
- Nej
- Vet inte

16. Vad skulle du som arbetar i verksamheten behöva mer av för att kunna möjliggöra ökad aktiv delaktighet för era patienter/brukare/klienter inom psykosmålgruppen?

Bilaga 4. Enkät chefer

1. Var i Gävleborgs län finns verksamheten du jobbar i? (Flera val möjliga.)

- Bollnäs
- Gävle
- Hofors
- Hudiksvall
- Ljusdal
- Nordanstig
- Ockelbo
- Ovanåker
- Sandviken
- Söderhamn

2. Vilken typ av verksamhet jobbar du i?

- Regional hälso- och sjukvård
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Privat utförare hälso- och sjukvård
- Kommunal socialpsykiatri
- Privat utförare socialpsykiatri
- Kommunal myndighetsutövning
- Annat

3. Namnet på din verksamhet? (Valfritt)

4. Vår verksamhet är utformad så att patienten/brukaren/klienten från början kan göras delaktig, i beslut som rör insatserna runt denne.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

5. Våra arbetssätt möjliggör för personalen att förklara och förankra syftet för patienterna/brukarna/klienterna i psykosmålgruppen, gällande viktiga beslut som rör deras insatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte.

6. Våra arbetssätt möjliggör för personalen att, för våra patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen förklara och förmedla vilka möjligheter de har att delta i viktiga beslut som rör olika insatser runt dem.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

7. Våra arbetssätt möjliggör för personalen att hjälpa patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen med att uttrycka sina egna önskemål och behov, inom de områden där viktiga beslut ska fattas.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

8. Vår verksamhet arbetar aktivt och medvetet med information - för att hjälpa patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen förstå vad olika beslut kring vård- och stödinsatser innebär för dem.

- Ja, men bara muntlig information
- Ja, men bara skriftlig information
- Både muntlig och skriftlig information
- Annat
- Vi arbetar inte aktivt medvetet med information till målgruppen

9. I vår verksamhet vet vi hur olika alternativ inom vård- och stödinsatser kan presenteras och anpassas för den patient/brukare/klient som ska ta emot dem.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

10. Våra arbetssätt är utformade så att personalen, tillsammans med patienten/brukaren/klienten, kan diskutera för- och nackdelar med olika alternativ inom aktuella vård- och stödinsatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

11. Våra arbetssätt är aktivt och medvetet utformade så att samverkan med andra parter fungerar bra, när vi ska göra patienten/brukaren/klienten delaktig i vård- och stödinsatserna runt denne.

- Ja
- Delvis (Egen fritext möjlig.)
- Nej
- Vet inte

12. Våra arbetssätt är medvetet och systematiskt utformade, så att den berörda patienten/brukaren/klienten i efterhand också kan vara med och utvärdera beslut som tagits inom olika vård- eller stödinsatser.

- Ja (Ge gärna exempel på hur.)
- Delvis (Ge gärna exempel på hur.)
- Nej
- Vet inte

13. Våra arbetssätt är medvetet och aktivt utformade, så att anhöriga/närstående kan samverka i att stötta

patientens/brukarens/klientens delaktighet i de beslut som tas inom olika vård- eller stödinsatser.

- Ja
- Delvis
- Nej
- Vet inte

14. Använder ni metoden "Delat beslutsfattande" i er verksamhet?

- Ja
- Nej
- Vet inte

15. Har ni någon annan metod eller annat arbetssätt inom aktiv delaktighet för era patienter/brukare/klienter i psykosmålgruppen som ni använder i er verksamhet?

- Ja (Ange gärna vad.)
- Nej
- Vet inte

16. Vad skulle du som chef i din verksamhet behöva för att ytterligare kunna utveckla och förbättra aktiv delaktighet för era patienter/brukare/klienter inom psykosmålgruppen?