

Om vård- och omsorgstagares delaktighet

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats.
Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran.
Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-191-3
Artikelnr 2014-6-18

Tryck Edita Bobergs AB, Falun, juni 2015

Innehåll

Om delaktighet i hälso- och sjukvård och socialtjänst	2
Delaktighet – en förutsättning för evidensbaserad praktik	5
Information och kunskap är grunden	8
Avslutande ord	12
Lästips	13
Referenser	15

Om delaktighet i hälso- och sjukvård och socialtjänst

Patienters, klienters och brukares delaktighet, inflytande och självbestämmande är bärande principer för all vård och omsorg. Andra närliggande begrepp är patient- och klientfokus, patient- och klientcentrering och patient- och klientperspektiv. Begreppen används i olika syften och med olika betydelser men den gemensamma grunden är att man ska utgå från den enskilda vård- och omsorgstagarens (klient, patient, brukare) situation, omständigheter och önskemål i allt vård- och omsorgsarbete. Delaktighet kan ses som ett sammanfattande begrepp som innebär att den enskilde ska ha inflytande över sin egen vård och omsorg.

Synen på delaktighet har förändrats över tid. Tidigare betraktades professionella som experter på orsaker till problem och på åtgärder för att behandla dem. Dagens synsätt innebär att vård- och omsorgstagare uppmuntras att delta och de deltar också allt mer i den egna vården och omsorgen.

Delaktighet – en form av brukarinflytande [1]

Brukarinflytande är ett samlingsnamn för insatser och aktiviteter som syftar till att stärka vård- och omsorgstagares inflytande.

De kan finnas på flera nivåer. Brukarinflytande på individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå påverkar varandra. Stärkt inflytande på en nivå kan öka förutsättningarna för inflytande på de andra nivåerna.

- Individuell medverkan eller individuellt inflytande handlar t.ex. om den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som han eller hon får, dvs. delaktighet.
- Medverkan eller inflytande på verksamhetsnivå innebär möjlighet till medverkan i utveckling och beslut inom en viss verksamhet, såsom ett boende eller en vårdklinik.
- Medverkan och inflytande på organisations- eller systemnivå, slutligen, innebär t.ex. politiskt inflytande eller medverkan när det gäller att ta fram vårdprogram eller olika typer av riktlinjer.

Stöd för delaktighet i lagstiftningen

Individen har en lagstadgad rätt att vara delaktig i den egna vården och omsorgen. Regler om delaktighet finns i både socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, tandvårdslagen (1985:125), TL, samt i patientlagen (2014:821).

I 1 § SoL anges att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

I 2 § HSL anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Av 2 a § HSL framgår att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Även 6 § LSS har liknande skrivningar. Där anges att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

I 3 § TL framgår att tandvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Delaktighet – en förutsättning för evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik utvecklades i början av 1990-talet som en reaktion mot att läkare ensamma bestämde vad som skulle ske med en patient, oberoende av vad den bästa tillgängliga kunskapen indikerade och utan att involvera patienten i beslut om behandling [2].

Evidensbaserad praktik kan beskrivas som en sammanvägning av fyra kunskapskällor, där vård- eller omsorgstagarens situation samt erfarenhet och önskemål utgör två av dem (se figur). Under de senaste åren har evidensbaserad praktik blivit ett arbetssätt som allt fler kommuner och landsting och privata utförare använder.



I en evidensbaserad praktik är det den enskilda personens situation och erfarenhet som är utgångspunkt. Bästa tillgängliga kunskap om åtgärders effekter är en viktig aspekt i en evidensbaserad praktik. Men även om det finns ett starkt stöd för en viss åtgärd relaterat till ett visst problem eller en viss sjukdom, är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Utvärderingar av åtgärder ger endast kunskap om genomsnittliga effekter. Det innebär att även om en person tillhör rätt målgrupp för en bevisat effektiv åtgärd, kanske den ändå inte kommer att fungera eftersom vissa viktiga förutsättningar i personens situation saknas. Ett skäl för att avstå från en till synes lämplig åtgärd kan till exempel vara att personen ifråga har dåliga erfarenheter av åtgärden sedan tidigare. Ett annat skäl kan vara att åtgärden förutsätter att det finns ett stödjande nätverk och om det saknas kan den vara verkningslös.

För att kunna avgöra vilka åtgärder som är relevanta behöver den berörda personen vara delaktig. Det är en förutsättning för att kunna anpassa valet av vård och omsorg till vård- och omsorgstagarens individuella behov och ökar motivationen.

Delaktighet i de beslut som rör personen själv är inte bara en rättighet. Stärkt delaktighet har också positiva effekter [3]. Den enskilde får mer ansvar för sin egen situation och kan bättre tydliggöra på vilket sätt vården och omsorgen fungerar för just honom eller henne. Vård- och omsorgstagarens delaktighet kan bidra till att stärka självkänslan eftersom personens kunskaper och erfarenheter efterfrågas och beaktas och bildar utgångspunkt för de professionellas arbete. Personen kan också bli mer nöjd med vården och omsorgen, även om delaktigheten inte med säkerhet alltid bidrar till ett bättre resultat.

Det finns olika tolkningar av innebörden av delaktighet [4]. Det sätt som en person är delaktig kan se olika ut, allt från att personen själv fattar beslut om insats till att den professionelle fattar beslut om insats efter förhandling och diskussion med personen. Vård- eller omsorgstagaren har ingen formell rätt att själv besluta om åtgärd, men han eller hon har rätt att bli väl informerad och ha ett reellt inflytande över processen.

De flesta studier och utvärderingar som gjorts av vård- och omsorgstagares delaktighet rör hälso- och sjukvården men erfarenheterna är relevanta även för socialtjänsten.

Indikatorer för en patientfokuserad vård [3]

- Patienten blir respektfullt bemött som individ.
- Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.
- Patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling.
- Patienten får tillräcklig information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa.
- Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.
- Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
- Patienten är delaktig i den egna vårdens planering och genomförande.

Information och kunskap är grunden

För att kunna vara delaktig och utöva självbestämmande behöver varje vård- och omsorgstagare information om den aktuella verksamheten och om rättigheter och skyldigheter. Information behövs också om vad som kommer att hända och om vilka krav som kommer att ställas på honom eller henne.

Informationen kan ges skriftligt inför det första mötet med de professionella. Därefter kan vård- och omsorgstagaren behöva få individuellt utformad information om sin problematik, utredning och möjliga åtgärder. Informationen kan ges både skriftligt och muntligt samt vid flera tillfällen. Ett vardagligt och lättfattligt språk är viktigt. På så vis kan vård- och omsorgstagaren få bättre förutsättningar för att bli en medaktör.

Delat beslutsfattande – en metod för ökad delaktighet

Delat beslutsfattande är en metod för vård- och omsorgstagarens delaktighet [5]. Det innebär att den professionelle och den enskilde jämlikt utbyter information och gemensamt tar ställning till olika behandlingsbeslut. Den professionelle bidrar med kunskap om evidensbaserade behandlingsmetoder, förklarar deras för- och nackdelar och uppmuntrar den enskilde att ta aktiv del i besluten kring insatser. Den enskilde bidrar med sina erfarenheter av att leva med problem och beskriver sina behov, preferenser och värderingar. Delat beslutsfattande kan vara lämpligt i de fall då det finns flera effektiva åtgärder att erbjuda. Internationella studier har visat att när personer inom somatisk vård inbjuds att delta i besluten om sin vård ökar följsamheten till behandlingarna samtidigt som risken

för behandlingsavbrott minskar [6]. Det finns även ett visst vetenskapligt stöd för att delat beslutsfattande kan ge positiva effekter inom psykiatrisk vård liksom inom missbruks- och beroendevård [7].

Delat beslutsfattande förutsätter att minst två personer är involverade till exempel klient och socialsekreterare, eller läkare och patient och att de delar all relevant information. De inblandade ska delta i beslutsprocessen och beslutet ska accepteras av samtliga, även om beslutet innebär att inte göra något.

Genom att vård- eller omsorgstagaren ges möjlighet att påverka besluten om den egna vården eller omsorgen kan hans eller hennes delaktighet och ansvar öka. Den professionelle informerar om behandlingsmetoder, förklarar deras för- och nackdelar samt uppmuntrar personen att aktivt delta i besluten kring åtgärden. Det innebär att personen ska bidra med sina erfarenheter och berätta om sina behov, önskemål och värderingar [8].

Arbetsgången i Delat beslutsfattande [9]:

1. Förklara att ett beslut behöver fattas.
2. Beskriva och tydliggöra de inblandades roller och ansvar.
3. Presentera behandlingsalternativ.
4. Informera om nytta och risker med de olika alternativen.
5. Undersöka vård- eller omsorgstagarens förståelse, värderingar och förväntningar.
6. Identifiera inblandade personers önskemål.
7. Diskutera med samtliga inblandade.
8. Fatta ett beslut som alla personer samtycker till.
9. Planera uppföljning.

Sätt att stärka vård- och omsorgstagarens delaktighet

Inled alltid kontakten med att be personen berätta varför han eller hon kommit till vården eller omsorgen. Ge tid och låt personen berätta med egna ord vad han eller hon upplever som problemet. Fråga vad han eller hon förväntar sig, oroar sig för och undrar över. Undvik att föreslå lösningar innan personen pratat färdigt.

Erbjud att skriva ner det som sägs vid samtliga möten som en hjälp att komma ihåg vad som sagts. Skriv också gärna ner relevant information som personen kan ta med. Ge information om personens problematik, tänkbara insatser samt förväntade effekter av dessa. Var noga med att berätta om för- och nackdelar med olika insatser.

Gör återkommande avstämningar med personen för att informera dig om vad han eller hon har uppfattat av den information som du gett.

Uppmuntra personen att själv fundera över vad han eller hon kan behöva för stöd under processen. Människor har olika förmågor och förutsättningar. Vilket utfall en viss insats kan ha är beroende av personens specifika situation och omständigheter.

Det är viktigt att den professionelle tar reda på om personen förstått den information som han eller hon har fått. Har personen exempelvis förstått vilka åtgärder som kan ha relevans för hans eller hennes problem och vilka effekter dessa åtgärder kan förväntas ha. Om det inte finns någon tillgänglig kunskap om de påtänkta åtgärderna kan den professionelle berätta om andra personers erfarenheter av dessa.

Till hjälp för att kunna fatta ett beslut kan beslutsstöd eller hjälpdokument användas. Stöden kan ges till personen inför mötet med den professionelle så att han eller hon i lugn och ro kan fundera över sin situation och formulera frågor inför den fortsatta behandlingen [10]. Inom psykiatrin finns det till exempel ett webbverktyg som hjälper patienter att förbereda sig inför mötet med sina läkare [11]. Det finns också enkäter som mäter vård- och omsorgstagares delaktighet [12].

Informera personen om

- vilka åtgärder som är relevanta
- positiva och negativa effekter av respektive åtgärd
- vilka krav som åtgärden ställer på personen (t.ex., tidsåtgång, engagemang)
- organisatoriska faktorer (t.ex. väntetid för behandling)
- professionellas och andra vård- och omsorgstagares erfarenheter av åtgärden.

Avslutande ord

Även om det kan tyckas självklart att personer ska vara delaktiga i den egna vården och omsorgen är det inte alltid så. Det finns exempel när det egna självbestämmandet är satt ur spel på grund av sjukdom, något som inte berörts i denna broschyr. Det kan även vara svårt att identifiera gränserna för det egna inflytandet och delaktigheten i relation till professionellas formella beslutsordning. Trots detta måste professionella sträva efter att göra varje enskild individ delaktig i de processer som rör honom eller henne.

Att arbeta aktivt med inflytande kan initialt ta längre tid – men slutresultatet blir bättre för den person som berörs.

Lästips

Min guide till säker vård

www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-3

Texten har sammanställts av Knut Sundell och Marit Grönberg Eskel, Socialstyrelsen. Värdefulla synpunkter har lämnats av Berith Hedberg, Processenheten Jönköpings sjukvårdsområde samt Eva Entelius Melin, Birgitta Eriksson, Mari Forslund, Lars Grönvik, Ann Jönsson, Marcus Nydén, Maria Olsson Eklund och Synnöve Ljunggren, samtliga Socialstyrelsen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats, Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Socialstyrelsen. Om evidensbaserad praktik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 4:e upplagan 2015.
4. Sandman, L, Munthe, C. Shared decision making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2009; 30(4): 289-310.
5. Socialstyrelsen. Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, NF., Eden, KB. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub2

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

Joosten EA; de Jong CA; de Weert-van Oene GH; Sen-sky T; van der Staak CP. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2009; 78 (4): 245-53.
8. Socialstyrelsen. Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
9. Socialstyrelsen. Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
10. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. What is Right for Me? How to Make Important Decisions in Everyday Life U.S. Department of health and human services. www.samsha.gov
11. www.patdeegan.com/commonground/about
12. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser. Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd. Översättning och validering av tre instrument som mäter delat beslutsfattande; 2015.
www.med.lu.se/hv/cepi/aktuellt/rapport_om_instrumentutveckling_roerand_e_delat_beslutsfattande>

Den enskildes delaktighet har allt mer hamnat i fokus inom vård och omsorg. Tidigare har de professionella varit experter och bärare av kunskap medan vård- och omsorgstagare varit mottagare av insatser och behandling. Men ett nytt sätt att tänka har vuxit fram som innebär att vård- och omsorgstagare uppmuntras att delta och också deltar allt mer i den egna vården och omsorgen.

Den här broschyren riktar sig till professionella och vård- och omsorgstagare inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I den redogörs kortfattat om patienters, klienters och brukares rätt att vara delaktiga och ha inflytande för den egna vården och omsorgen.

Om vård- och omsorgstagares delaktighet

(artnr 2014-6-18) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice.

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från

www.socialstyrelsen.se