

Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Vidtagna åtgärder och fortsatta utvecklingsbehov
– slutredovisning av regeringsuppdrag

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

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

Artikelnummer: 2025-9-9667

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2025

Förord

I regleringsbrevet för 2022 fick Socialstyrelsen i uppdrag att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. I uppdraget ingick att föreslå åtgärder för att förbättra vård och stöd till dessa grupper samt sprida relevant och aktuell kunskap om metoder och arbetssätt till hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänst, habilitering och andra relevanta verksamheter. Socialstyrelsen har årligen lämnat delredovisningar under perioden 2022–2024.

Det här är vår slutredovisning som beskriver hur vi genomfört uppdraget samt hur resultatet kan bidra till en mer personcentrerad och bättre vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. Vi ger också förslag på fortsatta utvecklingsbehov.

Projektledare är Louise Kimby och ansvarig enhetschef är Lena Lennerbrant, Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, Nationella riktlinjer 3. Pontus Strålin, medicinskt sakkunnig och Alinda Blomkvist, utredare på Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten har också bidragit i arbetet.

Vi vill tacka alla som bidragit med sina kunskaper, erfarenheter och perspektiv i arbetet. Tillsammans kan vi göra skillnad.

Björn Eriksson
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Prioriterade områden och antaganden som väglett arbetet	8
Utvecklingsområden och åtgärder identifierades	8
Vägledande antaganden för arbetet.....	9
Genomförda åtgärder för en bättre vård och omsorg	11
Temasida på Kunskapsguiden	11
Komplex psykiatrisk problematik uppstår i mötet med ett komplext system.....	11
Om personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik.....	13
Diskussionsmaterial om personcentrering	14
Kunskapsspridning och dialog	15
Vård- och stödsamordning – kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter	16
Stöd till självbestämmande och delaktighet – kunskapsstöd för delat beslutsfattande.....	17
Motiverande, relationsskapande och stödjande arbete – utbildningsmaterial om att hjälpa i svåra situationer	19
Uppsökande arbete och krisinterventioner – kunskapsstöd kring krisplan	20
Fortsatta utvecklingsbehov	22
Utvecklingsbehoven och pågående nationella utvecklingsarbeten.....	22
Genomför en kulturförändring som möjliggör personcentrering	26
Höj ambitionsnivå och öka ansvarstagande för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.....	27
Stärk kunskapsbaserad omvårdnad, omsorg och psykosociala insatser	30
Ge stöd till integrerade verksamheter för vård och stödsamordning	32
Kommunicera, utveckla och utvärdera framtagna kunskapsstöd och utbildningsmaterial.....	33
Vägar framåt	35
Referenser.....	36
Bilagor	39
Bilaga 1. Forskning om personcentrerad vård i svensk psykiatrikontext	39

Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Bilaga 2. En personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik.....	48
Bilaga 3. Kommunikation	52

Sammanfattning

Socialstyrelsens arbete med att stimulera och stärka en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik har resulterat i ett antal verksamhetsnära kunskapsstöd, implementeringsstöd och utbildningsmaterial som alla finns samlade på Kunskapsguiden under temat [Personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov](#).

Genom dialoger, webinarier och konferenser har vi spridit kunskap om målgruppen och deras behov, samt om behovet av utveckling i vård och omsorg. Vi har också kommunicerat våra kunskapsstöd, implementeringsstöd och utbildningsmaterial till våra målgrupper.

Vägledande för arbetet har varit att

- stärka kompetens och förhållningssätt hos personal och i verksamheter
- inkludera det egnerfarna perspektivet
- skapa gemensam förståelse och samordning hos verksamheter i hälso- och sjukvård och socialtjänst
- ta fram verksamhetsnära, tillgängliga och anpassade stöd
- stödja samverkan och implementering av kunskapsbaserade insatser och arbetssätt.

För att en person med psykisk funktionsnedsättning och stora behov ska må bättre och kunna öka sin livskvalitet behöver hen få vård och omsorg som är personcentrerad. Det kräver att organisation och ledning står för en riktning och anammar värderingar och förhållningssätt som främjar personcentrering. Detta ställningstagande behöver sedan förmedlas i verksamheten för att personalens arbetssätt och bemötande ska leva upp till kriterierna för en personcentrerad vård och omsorg. Likaså behöver personcentrerade metoder och insatser implementeras och personalen behöver ha tillräcklig kunskap, färdigheter och förutsättningar.

Vi ser följande utvecklingsbehov inom vilka vi ger ett antal åtgärdsförslag på nationell, regional och lokal nivå kopplade till nuvarande reformer och utvecklingsarbeten. Identifierade utvecklingsbehov kommer hanteras och tas vidare i våra pågående och kommande uppdrag inom psykisk ohälsa:

- **Genomför en kulturförändring som möjliggör personcentrering**

Skapa en mer inkluderande och jämlik psykiatrisk vård och omsorg genom ökad kunskap, kulturförändring, etisk reflektion och patient- och brukarmedverkan.

- **Høj ambitionsnivå och öka ansvarstagande för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov**

Regioner och kommuner behöver utveckla systemövergripande lösningar, för att stärka vården och omsorgen, och nå särskilt utsatta grupper genom uppsökande arbete – allt med fokus på att möta de största och mest komplexa behoven.

- **Stärk kunskapsbaserad omvårdnad, omsorg och psykosociala insatser**

Statusen för och kompetensen inom omvårdnad och omsorg behöver höjas, det relationsbyggande arbetet och etiska förhållningssättet stärkas och tillgången till multiprofessionella insatser öka.

- **Ge stöd till integrerade verksamheter för vård- och stödsamordning**

Regioner och kommuner behöver i större utsträckning erbjuda målgruppen samordnade vård- och stödinsatser genom att utveckla integrerade verksamheter. Nationellt stöd behövs för att främja en sådan utveckling, bland annat genom en gemensam kunskapsplattform, stöd för implementering och erfarenhetsbyte för integrerade verksamheter i Sverige.

- **Kommunicera, utveckla och utvärdera framtagna kunskapsstöd och utbildningsmaterial**

Nationella kunskapsstöd behöver anpassas utifrån praktiska behov, användningen underlättas och implementeringen stärkas genom till exempel webinarier, nätverk för kunskaps- och erfarenhetsutbyte och samverkan med olika utbildningsaktörer. Detta behöver göras tillsammans med de nationella systemen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Prioriterade områden och antaganden som väglett arbetet

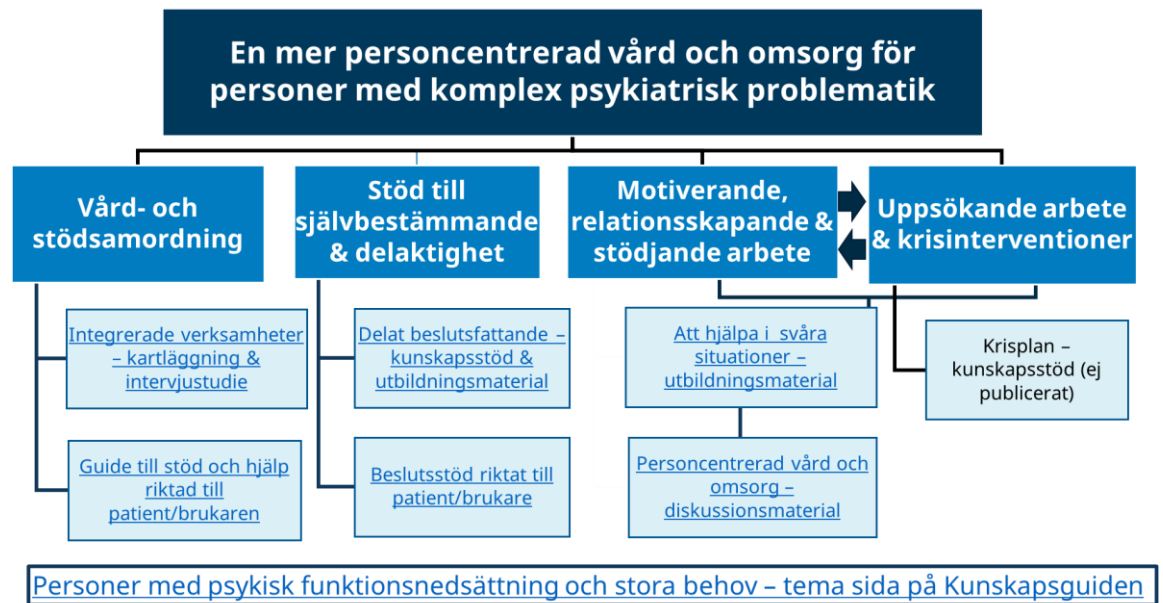
I detta kapitel redogör vi för de områden som vi har prioriterat och de antaganden som väglett arbetet.

Utvecklingsområden och åtgärder identifierades

I en inledande förstudie framkom ett antal utvecklingsområden inom vilka åtgärder behövs för att stärka utvecklingen av en bättre och mer personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik [1]. Inom respektive områden valdes ett antal åtgärder som vi bedömde är särskilt angelägna och möjliga att genomföra under uppdragstiden 2022–2025, se figur 1. Sammanfattningsvis har åtgärderna handlat om att:

- ta fram **verksamhetsnära kunskapsstöd**, implementeringsstöd och utbildningsmaterial
- **sprida kunskap** om målgruppen och deras behov samt behovet av utveckling i vård och omsorg
- **kommunicera och sprida de kunskapsstöd**, implementeringsstöd och utbildningsmaterial som tagits fram.

Figur 1. Översikt av utvecklingsområden och tillhörande kunskapsstöd



Identifierade utvecklingsområden för en mer personcentrerad vård och omsorg, samt de kunskapsstöd och implementeringsstöd som tagits fram under 2022–2025 för respektive område.¹

Vägledande antaganden för arbetet

Arbetet som genomförts har utgått från ett antal vägledande antaganden, baserade på den kunskap som identifierades i förstudien och som fördjupades under projektets gång:

- Teoretisk kunskap, praktiska färdigheter och förhållningssätt hos personalen som möter personen i vård och omsorg är centrala för att åstadkomma förändring och resultat.
- Omsorgs- och omvårdnadsperspektivet behöver stärkas hos såväl personal som chefer och ledning i hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Behov hos och utvecklingsförslag från personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst liksom från egnerfarna genom till exempel, intervjuer, workshoppar och fokusgrupper behöver tas till vara.
- Patienten/brukarens sammansatta behov och hela livssituation behöver vägas in där utgångspunkten är personens behov utifrån grad av funktionsnedsättning, snarare än psykiatrisk diagnos.
- Gemensam förståelse i verksamheter som möter målgruppen behövs och kan underlättas genom att konkretisera och visualisera svårtolkade begrepp som ”personcentrerad” och ”komplex”.

¹ Motiverande, relationsskapande och stödjande arbete samt uppsökande arbete och krisinterventioner ligger nära varandra då det ena förutsätter det andra vilket pilarna mellan dessa områden illustrerar.

- Samordning kan främjas genom att utveckla en gemensam kunskapsbas och gemensam förståelse. Detta kan uppnås genom att kunskapsstöd, implementeringsstöd och utbildningsmaterial riktas till en bred målgrupp (hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra verksamheter som möter målgruppen).
- Kunskapsstöd, implementeringsstöd och utbildningsmaterial behöver vara verksamhetsnära och anpassas efter personalens och ledningens behov av ett lättillgängligt, praktiskt användbart och kortfattat material som också patienter/brukare kan ta till sig.
- Expertis inom omvårdnad, socialt arbete och den egna erfarenheten behöver involveras i dialoger samt arbets- och referensgrupper.
- Kunskap som redan finns behöver vägas in genom bland annat dialoger och samarbete med andra utvecklingsarbeten, omställningar och reformer.
- Särskilt svåra situationer och etiska dilemman, som personal och egenerfarna identifierat, behöver synliggöras och prioriteras när kunskapsstöd, implementeringsstöd och utbildningsmaterial tas fram. Exempel på sådana situationer och dilemman är:
 - när personen har ett svårt och/eller akut psykiatriskt tillstånd men inte söker eller tar emot hjälp
 - när personens självbestämmande begränsas
 - när personen inte har förtroende för vård och omsorg.

Genomförda åtgärder för en bättre vård och omsorg

I detta kapitel redogör vi för de olika åtgärder som vidtagits under uppdragstiden samt deras resultat. I arbetet har fokuset varit personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordnade insatser från flera olika aktörer.

Temasida på Kunskapsguiden

Kunskapsguiden vänder sig till personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och samlar kunskap som kan ge stöd och vägledning. Temasidan [Personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov på Kunskapsguiden](#) har publicerats inom ramen för uppdraget. Här finns en gemensam bas för kunskap kring personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik. På temasidan kan personal och chefer i verksamheter som möter personer med behov lära sig mer genom att ta del av information, filmer och utbildningsmaterial för att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg. De kunskaps- och implementeringsstöd som tagits fram under uppdragstiden finns samlade här.

Komplex psykiatrisk problematik uppstår i mötet med ett komplext system

Vi ser att det är viktigt att skifta fokus från personens individuella komplexitet till komplexiteten inom välfärdssystemet. En central utgångspunkt för arbetet har varit att komplexitet uppstår i mötet mellan personen med behov, som kan ha många och samtidiga problem, och ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Det har även varit ett centralt budskap i kommunikationen kopplat till uppdraget. För att öka kunskap om och förståelse för komplexitet har projektet tagit fram och kommunicerat bilden i figur 2. Bilden har bidragit till reflektion kring komplexitet och utvecklingsbehov hos verksamheter och personal.

Figur 2. Visualisering av komplexitet för uppdragets målgrupp



Bilden visar hur personens många och samtidiga problem skapar behov av insatser från många olika aktörer i ett fragmenterat system. Den visar även på hur olika personer eller funktioner kan stödja personen att samordna vård och stöd.

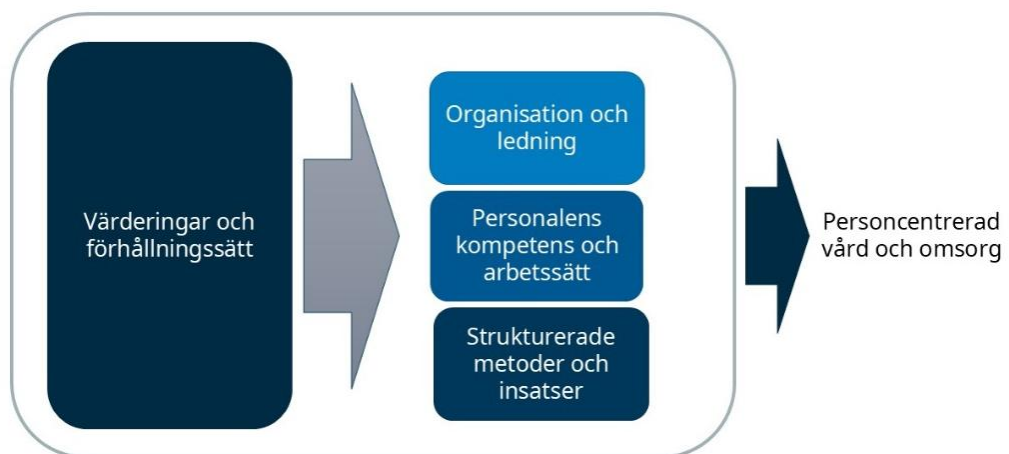
Ett komplext och fragmenterat välfärdssystem skapar även komplex problematik för barn och unga. Problematiken kan utvecklas utifrån liknande negativa spiraler som för vuxna, men den sociala kontexten blir annorlunda för barn och unga både på grund av vårdnadshavares centrala betydelse och ansvar och på grund av att det även finns andra aktörer runt barn och unga, såsom barnhälsovård, skola och elevhälsa. Vid social och/eller psykiatrisk problematik hos vårdnadshavare eller förälder behöver vården och omsorgen i arbetet med den vuxna även ta hänsyn till barnets behov som anhörig/närstående.

Om personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Personcentrerad vård är ett begrepp som inte har en tydlig definition och vi såg ett behov av att beskriva personcentrering inom en psykiatrisk och socialtjänstkontext. För att identifiera och beskriva vad en personcentrerad vård och omsorg innebär i praktiken för personer med komplex psykiatrisk problematik har vi bland annat samarbetat med Centrum för personcentrerad vård (GPCC).² Samarbetet resulterade i ett underlag *Forskning om personcentrerad vård i svensk psykiatrikontext* (se bilaga 1), som tillsammans med de intervjuer, fokusgrupper, den workshop och de dialoger som vi har haft, bidragit till beskrivningen. I delrapporterna för 2023 [1] och 2024 [2] redovisas förstudien och en mer utförlig beskrivning av personcentrering vid komplex psykiatrisk problematik, se också bilaga 2.

Sammanfattningsvis ser vi att ett antal centrala delar (se figur 3) behöver samspela och bidra för att personcentrerad vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov ska uppnås. Genom detta samspel skapas förutsättningar för att forma vården och omsorgen kring personen och för att personal och personen själv ska kunna mötas och samarbeta.

Figur 3. Personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik



Visualisering av de delar som tillsammans bidrar till en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik.

Vi har också arbetat fram en kortfattad definition av personcentrerad vård och omsorg som lyder: En personcentrerad vård och omsorg utgår från

² Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs universitet

personens resurser, förutsättningar och behov vilka identifieras och beskrivs genom ett nära samarbete mellan personen med behov och personalen.

Definitionen och beskrivningen har använts i kommunikationen för att främja samsyn och tydlighet.

På Kunskapsguiden återges beskrivningen kortfattat på sidan:

[Personcentrerad vård och omsorg - Kunskapsguiden](#). Här återges även ett urval av metoder och insatser som vi ser kan vara viktiga delar av en personcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning.

- Psykopedagogisk utbildning och psykopedagogiska program som Illness Management and Recovery (IMR) och Ett självständigt liv (ESL)
- Vård- och stödsamordning/Case management
- Bostad först
- Individual placement support (IPS)
- Delat beslutsfattande
- Narrative enhancement cognitive therapy (NECT)
- Självvald inläggning.

Metoderna och insatserna beskrivs kortfattat tillsammans med en hänvisning till mer information. Syftet är att visa på hur flera konkreta metoder som redan rekommenderas är viktiga delar av utvecklingen mot en mer personcentrerad vård och omsorg men också att visa på deras gemensamma grund i ett personcentrerat förhållningssätt.

Diskussionsmaterial om personcentrering

För att stödja kunskap, reflektion och dialog kring personcentrerad vård och omsorg och hur denna kan utvecklas har vi tagit fram [Diskussionsmaterial om personcentrering vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov](#) som finns tillgängligt på Kunskapsguiden. I tre korta filmer riktade till personal och ledning presenteras området personcentrerad vård och omsorg. Följande aspekter lyfts i filmerna:

- Vilken betydelse har personcentrerad vård och omsorg för individen?
- Vad krävs av personalen för att vård och omsorg ska vara personcentrerad vid psykiska funktionsnedsättningar?
- Vad krävs för att leda personcentrerad vård och omsorg – av chefen och organisationen?

Till varje film finns reflektionsfrågor.

Kunskapsspridning och dialog

Genom webinarier, föreläsningar, seminarier och dialoger med olika nätverk och verksamheter har målgruppens behov synliggjorts, kunskap och inspiration har spridits för att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg. Webinarier och föreläsningar redovisas i bilaga 3. Följande nätverk har vi haft en eller flera dialoger och presentationer för:

- Beroende och skadligt bruk i Regioner och Kommuner – BIRK (SKR).
- Nätverk för kvalitet och utveckling inom funktionshinder (SKR).
- Nationellt programområde Psykisk hälsa (regioners system för kunskapsstyrning).
- Nätverket för styrning och ledning av psykiatri – NSLP (SKR).
- Rådet för frågor om skadligt bruk och beroende (Socialstyrelsen).
- Nationell Samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S).

Genom aktiviteterna har vi nått chefer på olika nivåer, olika personalkategorier i hälso- och sjukvård och socialtjänst samt patient- brukar och anhörigorganisationer. Dialoger har även förts inom ramen för andra pågående utvecklingsarbeten och reformer internt och externt, till exempel:

- Omställningen till en god och nära vård
- Samsjuklighetsutredningen och Samsjuklighetsdelegationen
- Nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention
- Uppdrag att genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården (S2024/01004).
- Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra vården för barn och unga som vårdas på SiS och som har stora behov av psykiatrisk vård (S2019/03898 S2024/02037 delvis).

Dag för lärande och reflektion kring personcentrering vid komplex psykiatrisk problematik

För att främja samordning och stärka arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg har vi erbjudit regioner och kommuner att, tillsammans med oss, anordna en dag för lärande. Syftet med dagen är att skapa ett gemensamt lärande, inspiration, reflektion och samverkan kring personcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.

Dagen utformas i dialog med regionen eller kommunen och anpassas efter deras önskemål. Vi står för upplägg och innehåll, där vi bland annat

presenterar de olika kunskapsstöd som tagits fram. Under eftermiddagen föreslår vi en workshop där personal och personer med egen erfarenhet möts för att tillsammans identifiera utmaningar och hitta lösningar. Vi tillhandahåller stödmaterial för att genomföra workshopen baserat på de workshoppar vi genomfört inom ramen för vår förstudie.

Regioner och kommuner uppmuntras att bjuda in flera olika verksamheter och genomföra dagen gemensamt med dessa för att ytterligare stärka samordningen och samverkan mellan olika aktörer. Erbjudandet har kommunicerats via mejlutskick till regioner och kommuner samt genom SKR:s nätverk och Socialstyrelsens nyhetsbrev.

Vård- och stödsamordning – kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter

För att ta reda på vilka integrerade verksamheter som arbetar utifrån modeller för integrerade verksamheter och vård- och stödsamordning (case management), till exempel Assertive Community Treatment (ACT), Flexible ACT (FACT) eller Resursgrupps-ACT (RACT)³, hur de är organiserade och arbetar genomförde vi i samarbete med SKR – en kartläggning och en fördjupad intervjustudie. Syftet var bland annat att skapa ett underlag för vidare utvecklingsarbete. Arbetet gjordes i samarbete med regeringsuppdraget *Kartläggningar och analyser inom psykisk ohälsa* S2019/01516/FS (delvis) och S2020/00603/FS.

Kartläggningen gjordes genom att en enkät skickades ut till regionerna med frågan om vilka verksamheter, enligt vår definition, som finns i regionen. I enkäten ställdes även frågan om huruvida man har samordnad psykiatri och socialtjänst för barn och unga med skadligt bruk eller beroende, ofta kallat Minimaria. Digitala intervjuer utifrån ett strukturerat formulär genomfördes sedan med företrädare för 21 av de identifierade verksamheterna.

Rapporten [Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov – kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter som erbjuder samordnad vård och omsorg till personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordnade insatser](#) sammanfattar kartläggningen och resultatet av djupintervjuerna. I

³ I Samsjuklighetsutredningen Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) används uttrycket samordnade vård- och stödverksamheter för verksamheter där olika professioner från både regioner och kommuner arbetar tillsammans. Socialstyrelsen använder här i stället uttrycket integrerade verksamheter, då vi uppfattar att det är mer känt i regioner och kommuner. Vår definition utgår från Samsjuklighets utredningens definition, men har anpassats utifrån hur många integrerade verksamheter är utformade idag. Definitionen beskrivs utförligt i rapporten [24].

rapporten beskrivs även de olika modellerna kort med fokus på vad som skiljer dem åt samt deras gemensamma och centrala komponenter. Ett tydligt resultat är att verksamheterna behöver utvecklas och att de efterfrågar nationellt stöd [3].

Stöd till självbestämmande och delaktighet – kunskapsstöd för delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande (shared decision making)⁴ är en metod i sex steg där personer som behöver vård och stöd samarbetar med personalen för att fatta beslut om insatser. Metoden innebär ett kunskapsutbyte mellan de inblandade parterna, där personernas kunskaper och önskemål tas tillvara och värdesätts. Med hjälp av metoden kan personerna bli delaktiga i beslut och stärka sin egenmakt. Metoden ger en tydlig struktur för beslutsfattande och består av flera steg. Genom att gå igenom de olika stegen skapar individen och personalen en gemensam förståelse för problemet, kartlägger alternativ, diskuterar för- och nackdelar samt fattar beslut. För att samarbetet ska fungera behöver personalen sträva efter en förtroendefull relation, informera på ett begripligt sätt, lyssna och ge tid för reflektion. Olika typer av beslutsstöd används för att underlätta personens förståelse. Efteråt är det viktigt att följa upp och utvärdera beslutet, för att säkerställa att det leder till önskade resultat [4].

Delat beslutsfattande är en central metod i en mer personcentrerad vård och omsorg vid olika psykiatriska tillstånd. I nationella riktlinjerna för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas hälso- och sjukvård och socialtjänst att använda metoden delat beslutsfattande i vård och stöd [10]. Det nya kunskapsstödet [Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning – Rekommendation och kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten](#) har vidgat målgruppen och innehåller en rekommendation till hälso- och sjukvård och socialtjänst att använda metoden vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning [4].

⁴ *Shared decision making* är det engelska begreppet som används i forskningslitteraturen. Begreppet har översatts till *delat beslutsfattande*, och används av både forskare och verksamheter i Sverige.

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

Kunskapsstödet beskriver hur olika verksamheter kan använda metoden i olika situationer och hur den förhåller sig till lagar och bestämmelser samt hur den kan vara ett stöd för verksamheter som vill införa en mer personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd och psykiska funktionsnedsättningar.

Som komplement har två material tagits fram som kan användas tillsammans med patienten/brukaren vid ett delat beslutsfattande:

- [Guide till stöd och hjälp – För dig med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar som behöver stöd i vardagen](#) beskriver olika typer av stöd från kommunen och hälso- och sjukvården. Den kan användas som pedagogiskt stöd i samtal, men även finnas tillgänglig i till exempel väntrum.
- [Så här kan du vara med och fatta beslut – Ett stöd för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvård och socialtjänst](#) ger ett stöd för delat beslutsfattande i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

För att ytterligare stödja implementering har reflektionsfrågor och filmer tagits fram. I dessa visas hur metoden kan användas, och där beskrivs också metoden och utmaningar lyfts. Filmerna är:

- *Delat beslutsfattande – en metod i sex steg*. Filmen visar ett exempel på hur metoden kan användas utifrån ett iscensatt exempel på en psykiatrisk vårdavdelning.
- *Experter reflekterar kring delat beslutsfattande*. Här samtalar utredare på Socialstyrelsen med en expert med egen erfarenhet av svåra psykiatriska tillstånd och en forskare om utmaningar, risker och möjligheter när metoden används.
- *Föreläsning om metoden Delat beslutsfattande*. Här berättar en forskare och en person med egen erfarenhet om metoden och går igenom de olika stegen.

Allt material finns samlat här: [Delat beslutsfattande - Kunskapsguiden](#)

Motiverande, relationsskapande och stödjande arbete – utbildningsmaterial om att hjälpa i svåra situationer

Personalens möjlighet att skapa trygghet och förtroende samt väcka hopp är i många fall avgörande för personens väg mot återhämtning. Särskilt när en person med psykisk funktionsnedsättning mår sämre, till exempel får ökad ångest eller suicidtankar, återfaller i beroende eller skadligt bruk eller insjuknar i psykos, och inte söker eller tar emot hjälp. Relationens betydelse lyfts i översikter [5, 6], i omvårdnadslitteratur [7] och i riktlinjer för omvårdnad [8, 9].

Vi ställde även frågan till SBU:s upplysningstjänst om vilken sammanställd forskning som finns om betydelsen av relationen mellan patient/brukare och de personer som ger professionellt stöd vid komplex psykiatrisk problematik. I svaret redovisas en systematisk översikt om betydelsen av relationen till terapeuten i psykologisk behandling.⁵

För att synliggöra och förstärka det relationsskapande arbetet har vi tagit fram ett utbildningsmaterial om att hjälpa i svåra situationer vid psykiatriska tillstånd. Materialet vänder sig till personal och chefer i verksamheter inom vård och omsorg, till exempel heldygns- och öppenvård, boendestöd, boendeverksamhet, uppsökande arbete och mobila team.

Utbildningsmaterialet bygger på de behov och den kunskap som identifierats i förstudien. Men också på översikter, omvårdnadslitteratur och riktlinjer för omvårdnad som betonar relationens betydelse i psykiatrisk vård och omsorg [5, 6, 7, 8, 9]. En arbetsgrupp med personer med egen erfarenhet av psykiatriska tillstånd samt interna och externa experter inom omvårdnad, omvårdnadsforskning, socialt arbete, handledning inom psykiatrisk vård och omsorg, har bidragit i arbetet.

Syftet med utbildningsmaterialet är att

- stärka personalens kunskap och medvetenhet om hur man bygger förtroende och skapar trygghet i mötet med personer i svåra situationer
- förmedla hur man genom närvaro, omtanke och förståelse kan bidra till återhämtning och göra stor skillnad för personens möjlighet till att känna förtroende och hopp
- uppmuntra reflektion kring agerande i komplexa och krävande situationer

⁵ Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut202402. Diarienummer: SBU 2023/1122. Datum: 24 januari 2024.

- öka förståelsen för de upplevelser och behov som personer med psykiatriska tillstånd kan ha i olika sammanhang – särskilt i situationer när de själva inte söker hjälp

Utbildningsmaterialet kan användas i personal- och ledningsgrupper, vid arbetsplatsträffar och planeringsdagar samt i utbildning, handledning, introduktion och fortbildning. Det består av följande delar:

- filmerna *Kevin öppnar inte dörren* och *Maria uppfattas som hotfull* som skildrar svåra situationer när personer med boendestöd respektive inom psykiatrisk heldygnsvård försämras – filmerna visar hur personal hanterar situationen på olika sätt och båda situationerna går att känna igen inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst
- filmer där experter reflekterar kring förhållningssätt, bemötande och ansvar utifrån filmerna som skildrar svåra situationer
- filmer som lyfter chefers och ledningens möjligheter att ge stöd och förutsättningar till personalen
- filmer med filosofen Jonna Bornemark kring kunskap och omdöme i mellanmänniska yrken
- en studieguide som visar hur materialet kan användas i olika sammanhang och reflektionsfrågor till alla filmer.

Allt material finns samlat här: [Att hjälpa i svåra situationer – ett utbildningsmaterial - Kunskapsguiden](#)

Uppsökande arbete och krisinterventioner – kunskapsstöd kring krisplan

För personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov kan perioder av kraftig försämring, som kräver akuta insatser och innebär risk för behov av tvångsvård, infinna sig mer eller mindre ofta. Förstudien visar hur det uppsökande arbetet och att ge stöd och insatser i kris är viktigt för att nå fram till personen med insatser hen behöver, undvika tvångsingripanden och skapa ett gott samarbete. Att arbeta med krisplaner som ett verktyg där personen själv identifierar tidiga tecken på försämring eller återinsjuknande samt vad hen själv och hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan göra, lyfts som en del av krisinterventionen [1, 2].

Utöver den kunskap om uppsökande arbete som inhämtats under arbetet med uppdraget [1, 2] har även Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) upplysningstjänst undersökt vilken sammanställd forskning som finns om uppsökande verksamhet inom socialt arbete för personer med komplex psykiatrisk problematik i utsatthet. Resultatet visar

att det saknas evidens för vilken sammanvägd effekt en metod eller insats har.⁶

SBU:s upplysningstjänst tittade även på vilken sammanställd forskning och vetenskapliga studier som finns om metoden LEAP (Listen, Empathize, Agree, Partner) för personer med komplex psykiatrisk problematik. LEAP är en samtalsmetod för att nå personer med låg sjukdomsinsikt och metoden har uppmärksamats av Schizofreniförbundet.⁷ Upplysningstjänsten fann ingen systematisk översikt eller primärstudie som besvarade frågan och som de bedömde relevant. Att underlag saknas ska inte tolkas som att insatsen saknar effekt. Det betyder däremot att det behövs forskning för att förbättra kunskapsläget.⁸

Vårdplanering tillsammans med en krisplan är en central del av en personcentrerad och samordnad vård och omsorg. Men krisplanen behöver vara användbar, begriplig och meningsfull. Krisplan och säkerhetsplan (som är en del av krisplanen), beskrivs i flera nationella riktlinjer [10, 11] som viktiga verktyg för att hantera situationer när personer försämras i sitt tillstånd och för att om möjligt förebygga återinsjuknande och svåra situationer.

Ett behov av kunskap och stöd för hälso- och sjukvården att upprätta, använda och följa upp krisplan har identifierats i detta arbete men också i andra uppdrag.⁹ Vi har påbörjat arbetet med att ta fram en film som ska illustrera hur man kan upprätta en krisplan, använda krisplanen i en situation där personen försämras och därefter följa upp hur krisplanen fungerade. Filmen ska visa på vikten av patientens delaktighet, ett personcentrerat förhållningssätt och samarbete mellan personen själv, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett kunskapsstöd kommer också att tas fram som ska stödja personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst att arbeta med krisplaner.

Som förberedelse har SBU:s upplysningstjänst tillfrågats om vetenskapligt underlag för krisplan för att förebygga försämring. Preliminär återkoppling visar att det finns visst stöd för att upprätta krisplan för att förebygga försämring vid suicidrisk och vid psykossjukdom.

⁶ Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut202404. Diarienummer: SBU 2023/1123. Datum: 26 februari 2024.

⁷ Läs mer om LEAP: What is LEAP? LEAP Institute. Hämtad 250227 från <https://leapinstitute.org/about/>

⁸ Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut202334. Diarienummer: SBU 2023/664. Datum: 21 november 2023

⁹ *Ta fram och sprida kunskap som stöd för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande* (S2019/02244/FS, delvis). och *Genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården* (S2019/01522; S2021/02640; samt S2024/01004 (delvis).

Fortsatta utvecklingsbehov

Utifrån arbetet under uppdragstiden, de antaganden som varit vägledande för arbetet och bedömningar som gjorts inom andra arbeten på Socialstyrelsen [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19] lyfter vi här områden som behöver stärkas för att främja fortsatt utveckling. Arbetet med omställningen till en god och nära vård (2019/20:164)¹⁰ samt strategin för psykisk hälsa och suicidprevention har varit viktiga bidrag [20, 21]. För barn och unga har vi även beaktat utvecklingsområden som identifierats i arbetet kring barn i samhällets vård med psykiatriska vårdbehov [19, 22, 23]. De områden och åtgärder som lyfts är gemensamma för vård och omsorg för både vuxna, barn/unga och äldre med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.

Utvecklingsbehoven och pågående nationella utvecklingsarbeten

Nedan redogör vi för och beskriver kort hur utvecklingsbehoven och åtgärderna vi lyfter, kopplar mot de centrala utvecklingsarbeten som pågår. Utvecklingsbehoven och åtgärderna sträcker sig över verksamhetsgränser och omfattar alla åldersgrupper.

Omställningen till en god och nära vård

Flera av de utvecklingsbehov och åtgärder vi lyfter ligger i linje med visionen för en god och nära vård och de arbetssätt som är centrala i omställningen – såsom mobila team, vård i hemmet, personcentrerad samverkan, egenvård med hälsocoachning och multidisciplinära team [24].

Vi ser att personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov behöver lyftas särskilt i omställningen eftersom en mer personcentrerad och sammanhållen vård för dem är särskilt angeläget. På samma sätt som multisjuka äldre har prioriterats behöver även denna grupp ges särskilt fokus. Värderingar och förhållningssätt i hela systemet behöver bygga på kunskap för att gruppen ska prioriteras. Därför behöver omställningen även innefatta ökad kunskap om och fokus på denna målgrupp, deras behov och möjlighet till återhämtning.

Vårdanalys bedömer att en tydligare ansvarsfördelning och mer samordnad styrning från nationell till lokal nivå behövs för att omställningen ska kunna genomföras. Personcentrerade arbetssätt ska vara styrande även för systemets ledning [25]. Systemledningen behöver ta ett större ansvar för att säkra en sammanhållen och behovsanpassad vård och omsorg för personer

¹⁰ Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Prop. 2019/20:164

med stora behov. Det kräver att ledningen får stöd, tid och kunskap [26]. Ledningen behöver känna till villkoren för målgruppen, vilka etiska dilemman som personalen behöver hantera och vilka praktiska utmaningar som finns i samordningen av insatser.

Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

Utvecklingsområdena vi lyfter går även att koppla mot den nationella strategin *Det handlar om livet* [21], särskilt i delmål 5 *Vård och omsorg som möter patienters och brukares behov*. Flera av de åtgärder vi föreslår svarar mot följande prioriterade områden som lyfts under delmålen:

- **Utveckla ledarskapet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.** Vi ser att ledarskapet har en stor betydelse för en kulturförändring som möjliggör personcentrering men också för att stärka en kunskapsbaserad omvårdnad och omsorg och implementera psykosociala insatser. Ledarskapet behöver stärka omvårdnads- och omsorgsperspektivet och ge personalen förutsättningar att arbeta personcentrerat, till exempel genom kompetensutveckling och kontinuerlig reflektion samt utrymme för flexibilitet och relationsskapande arbete.
- **Arbeta för att grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet finns i hälso- och sjukvården samt inom tandvården och socialtjänsten.** Här lyfts aspekter som att öka kunskap om personer med psykiatriska tillstånd och funktionsnedsättning och anpassa bemötande, omvårdnad och insatser utifrån personernas behov. Vi ser att detta är en viktig del och att personal i alla verksamheter som möter målgruppen utöver kunskap behöver ett personcentrerat förhållningssätt och färdigheter i att skapa förtroende och relation.
- **På ett ändamålsenligt sätt öka patient- och brukarinflytande i vården och omsorgen.** Centralt i en personcentrerad vård och omsorg är personens delaktighet och inflytande. Att implementera metoden delat beslutsfattande ser vi är ett sätt att strukturerat arbeta med delaktighet och omsätta ett personcentrerat förhållningssätt i handling. Metoden är särskilt angelägen att använda för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska uppnå delaktighet även under svåra tillstånd. Detta är en grupp som också särskilt lyfts under detta prioriterade område i strategin. I delmålet lyfts även hur personer med egen erfarenhet och deras närstående kan bidra till att öka beslutsfattares förståelse för dessa personers behov, vilket vi också ser som nödvändigt i kommunikation och kunskapshöjning.
- **Utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens hälsofrämjande och förebyggande arbete.** För målgruppen är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete viktigt och kan innefatta att uppmärksamma försämring av det psykiatriska tillståndet tidigt men också att se och agera på tecken på fysisk ohälsa. I det förebyggande och

hälsofrämjande arbetet ser vi att arbetssätt för att nå personer som inte själva söker eller tar emot vård och stöd behöver utvecklas. Likaså behöver det ges stöd till personen att beskriva sina behov och i kontakter med till exempel vårdcentraler och somatisk specialistsjukvård.

- **Förbättra tillgängligheten till vård- och stödinsatser för jämlik vård och omsorg** I området prioriteras bland annat personalens kompetens att ge information och att säkerställa att personer med svåra och långvariga tillstånd kan vara delaktiga i samhället. Vi ser att samhället behöver ha en högre ambitionsnivå när det gäller att hjälpa personer med svåra psykiatriska tillstånd till ett meningsfullt liv, och till återhämtning. Men vi ser också att fler behöver ta ansvar för att vård och stöd i enlighet med lagen finns tillgängligt för de med störst behov.
- **Utveckla en effektiv samverkan som har patienters och brukares behov i centrum.** Här beskrivs att fokus för arbetet bland annat ska vara att intensifiera satsningar på multiprofessionella team som kan ge samordnad och personcentrerad vård och omsorg. Även behovet av vård- och stödsamordnare eller personliga ombud som kan minska risken för att insatser uteblir lyfts. Utvecklingsbehovet och åtgärderna kring integrerade verksamheter svarar mot detta område och behovet av systemförändring som lyfts genomgående.

Strategins delmål 7 *Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention* anknyter till de behov och åtgärder som vi lyfter som handlar om att fortsätta att stödja implementering av personcentrerade och kunskapsbaserade metoder och arbetssätt. I linje med vad strategin slår fast ser vi att en närmre koppling mellan forskning, policy och praktik behöver finnas för att målgruppen ska få en bättre vård och omsorg. Kunskap finns men den behöver omsättas i praktisk handling för att göra skillnad.

Även strategins delmål 4 *Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare*, svarar mot delar av de utvecklingsbehov vi ser för att förbättra målgruppens livsvillkor. Här lyfts till exempel hur kunskap om stigmatisering och diskriminering behöver öka, och att egnerfarna behöver bidra i utvecklingsarbeten för att motverka stigma. Att utveckla det professionella bemötandet i olika verksamheter som möter målgruppen lyfts också liksom personals skyldigheter att samverka. Inkludering av personer med psykisk funktionsnedsättning är ett centralt mål i de åtgärder vi föreslår. Vi ser att det kräver ett genomgripande förändringsarbete – från beslutsfattare till vårdpersonal – där inkludering inte bara är en vision, utan en utgångspunkt i alla insatser.

Slutligen är strategins delmål 2 *Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet* aktuell för när det gäller barn och unga med komplex problematik och stora behov. Barn och unga som växer upp med goda levnadsförhållanden har bättre förutsättningar för att utveckla psykiskt välbefinnande, vilket också minskar risken för psykisk ohälsa och

suicid senare i livet. Därför ser vi att det är viktigt att i kommande utvecklingsarbete inkludera arbete med komplexitet som uppstår kring barn och unga och stöd till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.

En ny socialtjänstlag

Den nya socialtjänstlagen (2025:400) som trädde i kraft den 1 juli 2025 syftar till att göra socialtjänsten mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad. Förebyggande insatser på individ- och gruppnivå kan till exempel ha till syfte att motverka funktionsbegränsningar av olika slag och att förebygga behov av mer omfattande stöd och hjälp. Det kan handla om uppsökande arbete, tydlig lättillgänglig information om vilket stöd och hjälp som finns, öppna verksamheter för att bryta ofrivillig ensamhet eller annat förebyggande arbete.¹¹ I samtliga avsnitt i kapitlet *Fortsatta utvecklingsbehov* lyfter vi åtgärder som vi ser kan bidra till utvecklingen av socialtjänsten utifrån den nya lagstiftningens intentioner.

Samsjuklighetsutredningen och genomförandet av ANDTS – politiken

Samsjuklighetsutredningens betänkanden med målbilder och förslag har varit ett viktigt underlag för det här uppdragets aktiviteter, inriktning och slutsatser [27]. Vi ser att integrerade verksamheter som arbetar utifrån evidensbaserade modeller för vård och stödsamordning är centralt för personer med de största behoven vilket är i linje med Samsjuklighetsutredningens förslag som Samsjuklighetsdelegationen avser att omsätta. I avsnittet *Integrerade verksamheter för vård- och stödsamordning* lyfter vi åtgärder som vi ser bedömer kan vidtas för att förbereda och bidra till genomförandet.

De förslag som Socialstyrelsen lämnar till regeringen för att stödja politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar har också en tydlig koppling till utvecklingsförslagen. Förslagen lyfter till exempel behovet av att fortsätta implementera insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer, förbättra samordningen av vård och omsorg, utveckla tidiga insatser samt ge insatser för sårbara grupper [28].

¹¹ Se prop. 2024/25:89.

Genomför en kulturförändring som möjliggör personcentrering

För att skapa en verklig personcentrerad vård och omsorg måste värderingar och förhållningssätt genomsyra hela organisationen – från beslutsfattare, och ledning till personal och insatser. Kulturen, som formas av värderingar, normer och föreställningar, kan påverka allt från personalens bemötande och engagemang till verksamhetens prioriteringar och förändringsbenägenhet. Även maktstrukturer, såväl mellan personal och patienter/brukare som mellan olika professioner, kan påverka kultur och arbetssätt och därmed förutsättningarna för att personcentrering ska få ett ökat genomslag.

För att förändra kulturen krävs inte bara mer kunskap, utan även reflektion kring människosyn och prioriteringar. Kunskapen och reflektionen behövs hos beslutsfattare på alla nivåer i samhället. Det är också viktigt att:

- tilltro finns till personens förmåga och vilja att vara delaktig i beslut, ta ansvar, använda sina resurser och bidra med erfarenhetsbaserad kunskap
- tilltro finns till personens möjlighet till återhämtning, även vid svår och långvarig psykisk funktionsnedsättning och stora behov
- bekämpa stigmat kring psykisk funktionsnedsättning, som hämmar en positiv kulturutveckling.
- öka kunskapen om och förståelsen, för de svåra etiska dilemman som psykiatrisk vård och omsorg behöver hantera som berör till exempel skyldighet att hjälpa och samtidigt respektera personens integritet och val.

I många verksamheter finns kunskap och engagemang hos personalen för att möta personens behov, men också system som kan utgöra hinder och begränsningar. Det kan skapa etisk stress hos personal som ser personer i svåra situationer och har kunskap om vad som krävs för att nå fram med stöd och hjälp. Till exempel kan vissa former av ”tjänstelogik” med ersättningssystem, uppdragsbeskrivningar, prestationskrav och uppföljningssystem inom verksamheter påverka möjligheten att ge personcentrerade och samordnade insatser [24].

Möjliga åtgärder på nationell, regional och lokal nivå

Åtgärd	Nivå
Öka kunskap och förståelse i samhället och hos beslutsfattare om och för behoven hos personer med de svåraste psykiatriska tillstånden .	Nationellt, regionalt och lokalt
Öka kunskap och förståelse i samhället och hos beslutsfattare om psykiatrisk vård och omsorg och de etiska dilemman som verksamheterna ställs inför och behöver hantera.	Nationellt, regionalt och lokalt

Åtgärd	Nivå
Identifiera behovet av kulturförändring i verksamheter och organisationer (hos såväl personal som beslutsfattare) och prioritera att arbeta mot förändring.	Regionalt och lokalt
Använd, utveckla och vid behov ta fram nya kunskapsstöd som främjar reflektion och diskussion kring värderingar, normer och etik.	Nationellt, regionalt och lokalt
Involvera egenerfarna i kommunikation, kunskapsspridning och när kunskapsstöd tas fram för att bland annat minska stigma och ändra attityder.	Nationellt, regionalt och lokalt
Implementera och utveckla kunskapsstöd för svåra situationer och etiska dilemman som till exempel balansen mellan att respektera integritet och behov av tvångsvård för att rädda liv.	Nationellt, regionalt och lokalt
Skapa möjlighet till reflektion kring samarbete, maktbalans, hierarkier och kultur i multiprofessionella grupper i verksamheter som vänder sig till barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.	Nationellt, regionalt och lokalt
Främja egenerfarnas inflytande och delaktighet på system-, verksamhets- och individnivå.	Nationellt, regionalt och lokalt

Höj ambitionsnivå och öka ansvarstagande för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov

”När jag är som sjukast tar jag inte emot stöd. Det ingår i själva problemet.”

Person med egen erfarenhet av svåra psykiatriska tillstånd

”Personen ser att den absolut inte behöver hjälp men vi ser total misär. Vi kan hålla på ganska länge innan vi når fram, om vi når fram.”

Personal som arbetar med personer med svåra psykiatriska tillstånd

Höjd ambition och ansvarstagande för målgruppen behövs avseende alla de områden som vi identifierade i förstudien och under vilka vi har vidtagit åtgärder; vård- och stödsamordning, självbestämmande och delaktighet, motivera, stödja och skapa relationer samt uppsökande arbete och krisinterventioner.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen ska de med störst behov prioriteras.¹² Ändå är det ofta vid de svåraste psykiatriska tillstånden och samsjuklighet som samordning, personcentrering och tillgång till kunskapsbaserad vård och stöd brister som mest. Det får stora konsekvenser, både för individen, närstående och samhället. Det kan innebära en ökad risk för att personen kan komma till skada och i sällsynta fall även skada andra. Men oftare leder det till utebliven återhämtning, ekonomisk och social utsatthet, isolering och långvarigt utanförskap. Närstående får ofta täcka upp för brister, vilket påverkar även deras liv negativt. Det kan handla om personer som har svåra tillstånd av till exempel schizofreni, bipolär sjukdom, ätstörningar eller beroende – ofta med samsjuklighet och suicidrisk, och som

- besöker psykiatriska akutmottagningar upprepade gånger
- inte söker eller tar emot vård och stöd men där omgivningen ser stora behov
- har närstående eller andra i omgivningen som uttrycker stor oro för att personen ska skada sig själv eller andra, kopplat till psykiatriska tillstånd
- uppmärksammas av socialtjänst eller polis för att de befinner sig i en utsatt situation i samband med ett psykiatriskt tillstånd
- isolerar sig och vars livskvalitet och delaktighet i samhället uppfattas vara mycket låg. Personerna kan ha insatser, till exempel läkemedelsbehandling från psykiatrin och särskilt boenden från socialtjänsten, som inte är tillräckliga för att personen ska kunna återhämta sig.

På samma sätt som vid ett svårt somatiskt tillstånd behöver ambitionen att personer med svåra psykiatriska tillstånd i utsatta situationer ska återhämta sig finnas, ansvaret för att ge tillräckliga och evidensbaserade insatser av personal med tillräcklig kompetens tas, och tillräckliga resurser frigörs genom prioriteringar. Det kräver högre ambitioner och tydligare ansvarstagande från alla berörda aktörer. Trots att ansvarsfördelningen kan var otydlig behöver ansvar för att förhindra att personen blir utan insatser tas. Det handlar inte bara om prioriteringar utan även om att ledning och styrning skapar systemförutsättningar för personcentrerade och återhämtningsinriktade arbetssätt för dessa målgrupper. Ju svårare tillståndet och utsattheten är desto viktigare är det att systemet kan möta personens samlade behov utifrån hans hela livssituation. Att förbättra vård och omsorg för de med störst behov kan även leda till bättre kvalitet i vård och omsorg för bredare grupper.

En person som inte själv söker eller tar emot vård och omsorg men hos vilken omgivningen ser stora behov behöver uppmärksammas särskilt. Det

¹² 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

kan handla om att personen insjuknar första gången eller försämras i ett känt psykiatriskt tillstånd. Försämring eller insjuknande kan vara förenat med till exempel hög suicidrisk, vanföreställningar eller isolering men också med skam. Likaså kan tilliten till vård och omsorg vara skadad av negativa erfarenheter eller av föreställningar om vad som kan hända. Uttryck för försämring kan se olika ut för olika personer. Rädsla kan till exempel leda till beteenden som uppfattas som hotfulla. I dessa situationer behöver uppsökande och relationsskapande arbete bedrivas. Personalen som möter personen behöver ha kunskap om psykiatriska tillstånd, färdigheter i bemötande som lugnar och skapar tillit samt ett respektfullt, etiskt förhållningssätt. Uppsökande verksamhet för målgruppen bedrivs idag i kommuner i varierande, men genomgående låg, omfattning [29].

Möjliga åtgärder på nationell, regional och lokal nivå

Åtgärd	Nivå
Ta fram och omsätta en handlingsplan för hur regioner och kommuner kan ta ett gemensamt, personcentrerat, och systemövergripande ansvar för att möta målgruppens komplexa behov.	Nationellt, regionalt och lokalt
Samordna, förtydliga och stärk kommunikationen kring utvecklingsbehoven i vård och omsorg för målgruppen för att driva på utvecklingen.	Nationellt och regionalt
Ta fram stöd för regioner och kommuner att utforma styrning och arbetssätt så att vård och omsorgsinsatser samordnas, anpassas och följs upp (vård- och stödsamordning).	Nationellt
Ta fram personcentrerade och systemövergripande indikatorer för om personer med de svåraste tillstånden och de mest utsatta livssituationerna får den vård och omsorg de behöver.	Nationellt, regionalt och lokalt
Följ upp resultat för personer med de svåraste tillstånden och de mest utsatta livssituationerna för att säkerställa att deras behov synliggörs och prioriteras .	Nationellt, regionalt och lokalt
Stärk incitament för att utveckla den specialiserade psykiatriska öppenvården, socialpsykiatri, funktionshinderomsorgen och individ och familjeomsorg, för att kunna ge fler intensiva och flexibla insatser när tillståndet är svårt och behoven är stora. Till exempel mobila team, utslussningsboenden, anpassat föräldraskapsstöd.	Nationellt, regionalt och lokalt
Ta fram kunskapsstöd för uppsökande arbete och relationskontinuitet för personer med låg tillit, grundad i deras tillstånd eller tidigare negativa erfarenheter av vård och stöd.	Nationellt, regionalt och lokalt
Utveckla samarbetet med till exempel träffpunkter och stödverksamheter i civilsamhället för att nå personer med psykiatriska tillstånd och stora behov som har låg tillit till vården och omsorgen.	Regionalt och lokalt

Stärk kunskapsbaserad omvårdnad, omsorg och psykosociala insatser

”Vården hjälper mig att överleva men jag behöver också hjälp för att leva.”

Person med egen erfarenhet

” Min diagnos gör att mitt känsloläge och kompetens växlar. Jag är inte en lätt patient. Jag önskar att man hade satt sig ner med mig och pratat med mig. ”

Person med egen erfarenhet

Regioner och kommuner behöver erbjuda psykosociala, psykologiska och, medicinska insatser samt omvårdnad och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och evidens. Tillgången till andra insatser utöver läkemedel såsom psykologisk behandling, psykopedagogiska program, social färdighetsträning, stöd i vardagen, och kognitivt stöd/träning, är ofta begränsad [16].

Patienter, brukare och närstående lyfter brister i framför allt bemötande, information, delaktighet i beslut och uppföljning av insatser. Likaså är olika former av samtal, medmänskligt stöd i svåra situationer, att mötas med respekt och förståelse något som återkommer som områden där det finns brister. Därför behöver omvårdnad och omsorg utvecklas, ges utrymme och värdesättas. Det gäller till exempel hur personalen inom vård och omsorg kan värna personens integritet och värdighet, mildra lidande och inge hopp vid psykisk funktionsnedsättning, särskilt när behoven är stora. Personalens möjlighet till reflektion och dialog är nödvändig för att de ska kunna fatta välgrundade beslut i etiskt utmanande situationer. Risken för att agera oetiskt ökar om tid för och stöd kring detta inte finns. Även ledningsgrupper behöver reflektera och ha en dialog kring etiska frågor som verksamheten hanterar och personalen ställs inför.

Personalen i de verksamheter som arbetar närmast och möter personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov är viktiga aktörer i arbetet med att förbättra vård och omsorg. Här ligger den största potentialen till att ge en personcentrerad och kunskapsbaserad vård och omsorg som gör skillnad för personens möjlighet till återhämtning även under svåra förhållanden.

Att personalen väljer att arbeta i verksamheten och att stanna säkrar verksamhetens möjlighet till att erbjuda relationskontinuitet och personal med tillräcklig kompetens. Då behöver personalens arbete uppmärksammas och värdesättas och de behöver ges förutsättningar att arbeta personcentrerat.

Möjliga åtgärder på nationell, regional och lokal nivå

Åtgärd	Nivå
Stärk omvårdnads- och omsorgsperspektivet på ledningsnivå och i hela organisationen inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.	Nationellt, regionalt och lokalt
Tydliggör professionernas ansvar inom planering, bedömning, genomförande och uppföljning av omvårdnad .	Nationellt, regionalt och lokalt
Stöd kompetens- och kunskapsutveckling i socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller att arbeta uppsökande , relationsskapande och motiverande.	Nationellt, regionalt och lokalt
Ge utrymme för personal att ta ansvar för och reflektera kring etik och mänskliga rättigheter .	Regionalt och lokalt
Ta fram nationella kunskapsstöd (där sådana saknas) och stöd för implementering av evidensbaserade psykosociala insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer.	Nationellt
Kartlägg och vid behov samordna utbildningar i psykosociala insatser och omvårdnad.	Nationellt, regionalt
Främja multiprofessionellt samarbete och gemensamt ansvarstagande inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Nationellt, regionalt och lokalt
Uppmärksamma och stärk personal som har ett etiskt förhållningssätt och färdigheter som skapar tillit hos och samarbete med patienter och brukare.	Regionalt och lokalt
Lyft behovet och värdet av medmänskliga samtal och relationsskapande arbete i psykiatrisk vård och omsorg.	Nationellt, regionalt och lokalt
Säkerställ tillgång till psykologisk behandling samt arbets- och fysioterapeutiska insatser för personer med svåra psykiatriska tillstånd.	Regionalt
Ta fram och omsätt en handlingsplan för hur omvårdnads- och omsorgspersonalens arbete kan värderas högre och hur de kan få bättre förutsättningar att arbeta flexibelt, anpassat och intensivt utifrån personens behov.	Nationellt, regionalt och lokalt
Ta fram nationella mål gällande grundläggande kompetens för personal som arbetar med barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.	Nationellt

Ge stöd till integrerade verksamheter för vård och stödsamordning

Det är ofta svårt för personal i socialtjänst och psykiatrisk öppenvård att agera snabbt i situationer då ett svårt psykiatriskt tillstånd upptäcks, första gången eller när ett känt tillstånd försämras, då man är beroende av flera olika aktörer. Olika former av integrerade verksamheter kan då vara ett sätt att tidigt kunna ge de samordnade och personcentrerade insatser som personen behöver. Det kan vara ett alternativ till besök på psykiatriska akutmottagningar och inläggning i heldygnsvården då integrerade verksamheter kan ge mer intensiva och flexibla insatser till exempel i personens hem. De kan också fungera som en brygga mellan heldygnsvård och öppenvård efter utskrivning för att säkerställa planerade insatser och uppföljning.

I integrerade verksamheter har en vård- och stödsamordnare, eller liknande funktion, ett huvudansvar för att bygga allianser och se till att personens behov av insatser från olika aktörer tillgodoseas, samordnas, genomförs och följs upp. Vård- och stödsamordnaren har även en viktig roll att säkerställa relationskontinuitet vilket är viktigt för att bygga tillit, skapa trygghet och inge hopp för personen men också för närstående, vid nyinsjuknande eller försämring.

En form av integrerade verksamheter som finns i Sverige är specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) som kan ge tidsbegränsade insatser vid svåra tillstånd och stora behov. Det finns även andra former av mobila team som kan komplettera psykiatrisk akut- öppen- och heldygnsvård och svara upp mot vissa behov vid akut insjuknande eller försämring. Här kan också psykiatriambulanser utgöra ett viktigt komplement.

Att aktivt söka upp personer med stora behov, som inte själva söker eller som inte tar emot vård och stöd, och bygga förtroende och tillit är en central komponent i de evidensbaserade modellerna för vård och stödsamordning (FACT, ACT, RACT). I de integrerade verksamheter som finns i Sverige är detta något som görs olika mycket och få verksamheter bedriver uppsökande arbete gentemot personer som inte är inskrivna i verksamheten. Lagstiftningen tolkas olika och det kan påverka hur verksamheterna arbetar uppsökande [3].

Den kartläggning och intervjustudie som genomförts om integrerade verksamheter visar tydligt på ett behov av nationellt stöd – både för att underlätta etableringen av fler integrerade verksamheter och för att utveckla de som redan finns [3]. De åtgärder som presenteras nedan bör genomföras i nära samverkan med Samsjuklighetsdelegationens pågående arbete.

Möjliga åtgärder på nationell nivå

Åtgärd	Nivå
Undersök hur integrerade verksamheter kan utveckla uppsökande arbete gentemot personer som inte själva söker eller tar emot vård och stöd men hos vilka omgivningen ser stora behov	Nationellt
Ta fram ett kunskapsstöd kring vård- och stödsamordning och integrerade verksamheter som tydliggör olika modeller och hur de kan implementeras i en svensk kontext för olika målgrupper beskriva hur integrerade verksamheter kan organiseras för att ge personcentrerade, samordnade och uppsökande insatser med hög tillgänglighet	Nationellt
Ta fram en nationell manual för vård- och stödsamordning/case management som är gemensam för olika modeller samt vid behov översätta relevant material.	Nationellt
Facilitera ett forum för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan integrerade verksamheter i Sverige.	Nationellt

Kommunicera, utveckla och utvärdera framtagna kunskapsstöd och utbildningsmaterial

Den kunskap som genererats och det material som publicerats på Kunskapsguiden är verksamhetsnära och möjlig att implementera i en stor variation av verksamheter. Det kräver att Socialstyrelsen fortsatt arbetar för att kommunicera, utveckla och utvärdera framtagna kunskapsstöd och utbildningsmaterial. Kunskapen kommer att användas och inkluderas i flera andra uppdrag och utvecklingsarbeten, till exempel:

- *Omställningen till en god och nära vård*
- Samsjuklighetsdelegationens genomförande av Samsjuklighetsutredningens förslag
- *Omställningen till en ny socialtjänstlag*
- *Nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention*
- *Uppdrag att genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården (S2024/01004)*
- *Uppdrag om nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården (S2024/01463)*
- *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra vården för barn och unga som vårdas på SiS och som har stora behov av psykiatrisk vård (S2019/03898 och S2024/02037 delvis).*

- *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång (S2020/07505)*
- *Uppdrag att ta fram en myndighetsgemensam nationell plan för en bättre beroendevård och ett stärkt förebyggande arbete (S2025/01284 delvis)*
- *Uppdrag att stötta arbetet med att stärka kompetensen och kvaliteten på HVB och stödboende (S2025/01231)*

Delat beslutsfattande ser vi är en central del av en mer personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg som kan användas som grund och tillsammans med andra arbetssätt, metoder och verktyg, till exempel samordnad individuell plan (SIP). Särskilt fokus kan därför behöva läggas på att öka kännedom om och stödja implementering av metoden i pågående och kommande uppdrag och utvecklingsarbeten.

Möjliga åtgärder på nationell nivå

Åtgärd	Nivå
Utveckla samarbeten med lärosäten och utbildnings- och fortbildningsverksamheter i regioner och kommuner kring rekommendationer, kunskapsstöd och utbildningsmaterial.	Nationellt
Fortsätta dialoger med verksamheter i regioner och kommuner för att utvärdera, målgruppsanpassa och utforma riktade material utifrån redan framtagna kunskaps- och implementeringsstöd.	Nationellt
Fortsätta stödet för implementering av befintliga material, facilitera nätverk, webinarier och samordna kompetensutvecklingsaktiviteter kring personcentrering .	Nationellt

Vägar framåt

Det är en lång väg kvar till en jämlik, personcentrerad och kunskapsbaserad vård och omsorg som ger möjlighet till återhämtning och ökad livskvalitet för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Det kräver systematiskt arbete, uthållighet över tid, resurstilldelning och systemomställning. För att denna grupp ska prioriteras och personcentrering fortsätta utvecklas krävs att rollfördelningen är tydlig i omställningar och utvecklingsarbeten och frågan behöver hållas levande.

Den kunskap, de fortsatta utvecklingsbehov och förslag på åtgärder som lyfts här kommer att bidra och omhändertas i våra pågående och kommande uppdrag som berör målgruppen och psykisk ohälsa.

Kunskapen finns – nu behöver den omsättas i handling. Genom gemensamt ansvar, högre ambitioner och snabbare omställning kan vi skapa förändring. Personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov behöver få den vård, det stöd och den livskvalitet de har rätt till.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Delredovisning av regeringsuppdraget att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. 2023. Dnr: 19203/2022-61.
2. Socialstyrelsen. Delredovisning av regeringsuppdraget att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. 2024. Dnr: 21794/2024-7.
3. Socialstyrelsen. Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov. 2025. Hämtad 2025-04-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-2-9454.pdf>
4. Socialstyrelsen. Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning. Hämtad 2025-04-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-3-9328.pdf>
5. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Schizofreni - läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. Hämtad 20250529 från: [schizofreni_2012_SMF.pdf](https://www.sbu.se/2012/05/29/schizofreni-2012-SMF.pdf)
6. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Hämtad 2025-05-29 från: <https://www.sbu.se/329>.
7. Svensk sjuksköterskeförening. International Council of Nurses (ICN):s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 250528 från: <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
8. Svensk sjuksköterskeförening. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård. Hämtad 2025-05-28 från: <https://swenurse.se/download/18.ad7ce2419367d798a21bc8a/1732866911290/Kompetensbeskrivning%20psykiatri%202024.pdf>
9. Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå. Fjärde upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2024.
10. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
11. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
12. Utvärdering av metoden självvald inläggning - kartläggning och analys av metoden inom svensk psykiatri. Stockholm: Socialstyrelsen; 202.
13. Behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (S2022/04810). Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

14. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Kartläggning och utvecklingsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
15. Öppna jämförelser 2022. Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
16. Nationell utvärdering av och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: huvudrapport med förbättringsområden 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
17. Slutredovisning av uppdraget att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (S2022/04810). Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
18. Socialstyrelsen. Hälсотillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning - Aspekter av betydelse. Hämtad 2025-05-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-10-8755.pdf>
19. Socialstyrelsen. Nationellt utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården 2025. Hämtad 250602 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-3-9495.pdf>
20. Socialdepartementet. Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930). Hämtad 2025-08-26 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/92c7db48012c415f95d4c755677d9541/uppdrag-att-framja-stodja-och-folja-upp-omstallningen-i-halso--och-sjukvarden-till-en-god-och-nara-var-d.pdf>
21. Socialdepartementet. Det handlar om livet – Nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2025–2034. Hämtad 2020-05-27 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/c162a46e26e4484fa2fddf3e10ff9f01/skr.-2024-25-77.pdf>
22. Regeringen. En reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård. Hämtad 2025-05-27 från <https://www.regeringen.se/contentassets/3bc6436508354c80946dc4e5d445f0d9/dir.-2024-13.pdf>
23. Socialstyrelsen. Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem. Delrapport 2024. 2024.
24. Potentialerna i Nära vård. En kunskapsöversikt och analys över effekter och resultat av arbetssätt inom Nära vård. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2025.
25. Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2025.
26. Printz A, Westling. K. Att utöva systemledarskap för Nära vård. Ett utforskande av ett gemensamt ansvar för helheten. Stockholm: Experiolab Sverige. Sveriges Kommuner och Regioner. Samhällsnytta; 2024.

27. Från delar till helhet: en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
28. Socialstyrelsens. Uppdrag att stödja genomförandet av ANDTS-politiken – Delredovisning 2024. Hämtad 20250612 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-11-9320.pdf>.
29. Öppna jämförelser 2022. Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

Bilagor

Bilaga 1. Forskning om personcentrerad vård i svensk psykiatrikontext

I arbetet med att beskriva och konkretisera personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik¹³ gjordes en sammanställning över forskning om personcentrerad vård i svensk psykiatrikontext. Underlaget togs fram i samarbete med Centrum för personcentrerad vård (GPCC) vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs universitet. Målet och syftet var att GPCC skulle bidra med sin kunskap och erfarenhet kring personcentrerad vård, rehabilitering och omsorg vid olika sjukdomstillstånd, samt organisation av personcentrerad vård och frågor om implementering och utbildning. Litteratur och den nationella standard för personcentrerad vård [1] utgjorde underlag för sammanställningen.

När det gäller personer med komplex psykisk problematik är forskningen om personcentrerad vård och omsorg begränsad. Forskning om personcentrering för personer med psykiatriska tillstånd fokuserar på hälso- och sjukvård, och sällan på socialtjänstens verksamheter eller insatser. Därför förekommer främst ord förknippade med hälso- och sjukvård i sammanställningen.

Bakgrund

Under 2000-talet har ett ökat behov av personcentrering identifierats, framför allt inom vårdsektorn. Amerikanska Institute of Medicine nämnde personcentrering som ett fundament för patientsäkerhet och vårdkvalitet i sin patientsäkerhetsrapport (2001) [2]. Fem år senare uppmärksammade Världshälsoorganisationen (WHO) behovet av en övergripande strategi för integrerad hälso- och sjukvård för att möta det växande antalet personer som lider av kroniska tillstånd [3]. I Sverige bildades GPCC vid Göteborgs universitet 2010. Sedan dess har personcentrerade processer och olika aspekter och effekter av personcentrerad vård beskrivits inom en lång rad verksamheter, både nationellt och internationellt. Interventioner som har tagits fram har överförts till fler områden och breddinförts [4, 5].

I Storbritanniens policydokument för psykiatrisk vård från 2011 [6, 7] listades personcentrerad vård som prioriterat fokusområde. Det fanns en önskan om att vända sig bort från välvillig paternalism och istället utgå från

¹³ Inom ramen för regeringsuppdraget att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik (S2021/04973 delvis samt S2022/02422).

den enskildes livserfarenhet. Arbetet skulle bedrivas mer preventivt och fokuseras på att stödja och förstärka förmågan att leva självständigt samt att vara en del av och bidra till sin familj och i samhället, i likhet med andra medborgare. Vårdens roll skulle vara att ge stöd till att leva ett fullgott liv.

År 2016 tog GPCC initiativet till att skapa en standard för personcentrerad vård, vilket ledde till antagandet av *Patientmedverkan i hälso- och sjukvård – minimikrav för personcentrerad vård* på Europainivå i juni 2020 [1]. Detta markerade den första standarden inom området i Europa och den syftar till att främja en mer personcentrerad vårdkultur genom tydliga riktlinjer för vård och omsorg. Standarden kan användas av olika aktörer inom vården för att förbättra vårdkvaliteten, öka patientens delaktighet och främja en empatisk och värdig vårdmiljö, vilket stärker patienternas rättigheter och inflytande.

Personcentrerad vård – en handlingsetik

Personcentrerad vård är en handlingsetik som bejakar människans resurser. Den personcentrerade vården ska inte ses som en manual utan som ett etiskt förhållningssätt, en moralisk kompass som hjälper hälso- och sjukvårdspersonal att fatta rättvisa beslut i svåra, komplexa situationer [8]. I sådana lägen faller beslutet oftast tillbaka på det partnerskap som ligger till grund för den dialog som förs ömsesidigt och respektfullt mellan patient, anhöriga och behandlare.

I mötet med sjukvården ställs patienten ofta i ett trefaldigt underläge i förhållande till personalen: osäkerhet om rådande rutiner och system, ovisshet om den egna framtiden och avsaknad av sådana befogenheter att fatta beslut som personalen besitter [4]. För personer med psykisk ohälsa kan det dessutom vara svårt att sätta ord på sitt lidande och känna sig tryggt med att dela sina erfarenheter. Framgångsrik återhämtning från psykisk ohälsa bottnar i att patienten får förståelse för sin situation och känner tillit till sin förmåga att själv hantera sin problematik tillsammans med det professionella stödet som erhålls [9].

Ett personcentrerat förhållningssätt förmedlar till patienten att hen är värdefull och har förmågor, samt stöttar patienten i att lära sig om vad hen själv kan göra för att förbättra sin hälsa. Detta kan påverka patientens syn på sig själv i positiv bemärkelse. Personcentrerad vård innebär även fokus på hälsa i vidare mening, att ha ett meningsfullt liv, inte enbart på frånvaro av ohälsa [10].

Nyckelbegrepp för personcentrerad vård

GPCC har definierat tre nyckelbegrepp som konkretiserar personcentrerad vård; dessa är partnerskap, patientens berättelse och dokumentation [11].

Partnerskapet – två experter möts

Partnerskap bygger på en syn på patienten som en kompetent och aktiv partner i vårdprocessen. Patient och vårdgivare möts som två experter. Vårdpersonals aktiva arbete med att inkludera patienten i informationsutbyte och beslut och att lyssna till patientens berättelse är förutsättningar för partnerskapet. Partnerskapet ska finnas mellan patient och vårdgivare under hela vårdprocessen, inklusive vid övergångar mellan vårdgivare, vilket innebär ett kontinuerligt arbete med samordning och integration av vården. En förutsättning för att patienten ska kunna vara en aktiv deltagare i vårdprocessen är att hen får tillgång till relevant och korrekt information [12, 13].

Patienten bidrar i vårdprocessen som expert på sig själv och personalen som expert på evidensbaserad vård/omsorg och de nationella/lokala rutinerna och organisationen [14]. I praktiken innebär detta en omfördelning av makt där patientens egenmakt (empowerment) ökar och personalens makt minskar [15].

Ett partnerskap kräver en god kommunikation mellan vård- och omsorgsgivare, patient och anhöriga. Höga krav ställs på personalen avseende lyhördhet, god kommunikationsförmåga, anpassad information, tålmodig motivation och arbete för att uppnå vilja och förmåga till delaktighet hos patienten [14].

Patientens berättelse – lyssna på patienten

För att kunna identifiera patientens behov, preferenser, resurser och mål måste vården starta med patientens berättelse [14]. Så snart som möjligt behöver personalen därför möjliggöra för patient och anhöriga att berätta om sin situation och förväntningar på vården. Frågan ”vad är viktigt för dig” kan användas som utgångspunkt för samtal. Genom att personalen frågar om patientens berättelse (”Berätta om hur du uppfattar din situation”) och berättar om sjukdomstillståndet utifrån sin professionella kunskap (”Får jag berätta hur jag uppfattar situationen utifrån min kunskap om detta”) byggs ett partnerskap upp mellan patient, anhöriga och vårdpersonal. Den informationsdelning som patientens berättelse och professionellas kunskap utgör möjliggör delaktighet för patient och anhöriga. Det är viktigt att personalen lyssnar och försöker förstå patientens och anhörigas perspektiv.

Dokumentation – en skriven hälsoplan

Dokumentation, i form av en gemensam skriftlig överenskommelse (till exempel vårdplan, hälsoplan, SIP, individuell plan eller, genomförandeplan, säkerställer att de överenskommelser som gjorts inom partnerskapet blir tydliga och kända för alla parter. Det är ett levande dokument som revideras tillsammans med personen under hela vård- och omsorgsprocessen och som

är tillgängligt för både personen själv och vård- och omsorgsgivare. Viktiga delar i planen innefattar personens mål, preferenser och värderingar [12, 13].

Att skapa rutiner för hur patienten görs delaktig i vård- omsorgs- eller hälsoplansarbete är ett konkret sätt att arbeta med personcentrering [14, 16]. Vårdplanen bör innehålla rubriker som inbjuder till inhämtandet av berättelsen, så som mål/önskemål och egna resurser/förmågor, samt uppmuntrar till delaktighet, såsom gemensam planering av åtgärder, ansvarsfördelning och hur uppföljning ska gå till.

Arbetssätt för att uppnå en gemensam basförståelse

Forskning föreslår att återkommande reflektionsstunder eller handledning inom teamet/arbetsgruppen med fokus på hur verksamheten är personcentrerad (eller ej) håller igång ett personcentrerat tänkande [16, 17]. Konkret kan det handla om att personalgruppen, och/eller varje medarbetare själv, inventerar sina egna resurser och reflekterar kring sina värderingar och föreställningar gällande de personer som man möter i sitt arbete. Under arbetets gång kommer det att bli tydligt för personalen vilka värderingar de har och hur de skiljer sig åt eller inte. Exempelvis kan arbetsplatsträffar och organisationsdagar användas för att kontinuerligt möjliggöra reflektion och diskussion utifrån frågeställningar som till exempel:

- Vad gör vi som är personcentrerat i vårt arbete idag?
- Vad vill vi ändra på för att öka personcentringen?
- På vilket sätt tar vi vara på individens resurser i vårt arbete?
- Vilka resurser har vi inom personalgruppen och hur använder vi dem?
- Tänk på den senaste vård- eller omsorgsinsats du utförde; på vilket sätt var personen delaktig i att välja insatsen, genomföra insatsen, utvärdera insatsen? Vad hade kunnat göra det annorlunda?

Ledningen har en betydelsefull roll

Organisation och ledning inom vård och omsorg har en viktig roll för att skapa förutsättningar för en personcentrerad vård och omsorg [1]. Förutsättningar som behöva finnas på plats för att främja ett personcentrerat förhållningssätt hos ledning och personal är till exempel ramar, relationer, resurser och ett personligt engagemang.

Personer med formell, eller informell, makt har betydelse för hur omställningen till en mer personcentrerad vård lyckas och behöver bana väg för och följa upp förändringsarbete [16, 17].

Behov av att löpande se över verksamhetens rutiner och checklistor

Forskning indikerar att rutiner fortlöpande bör ses över och revideras för att minska risken att begränsande och opassande regler försvårar patienters/brukares återhämtning [16]. En utgångspunkt kan vara att befintliga rutiner tillåter individuell anpassning. Det kan krävas kontinuerlig reflektion och diskussion inom personalgruppen för att hitta fram till hur rutiner kan användas och hur mycket de kan individanpassas. Onödiga, invanda rutiner behöver undanröjas, så att man i stället kan se att man istället kan göra på det sätt som passar bäst utifrån patientens resurser och preferenser [18].

Personcentrerad vård är inte något som kan utföras enligt en checklista [4]. Rigida föreskrifter som hindrar hälso- och sjukvårdspersonal från att skraddarsy vårdinsatser efter behov kommer inte att leda till god vård, även om den ursprungliga avsikten var att stärka personcentreringen. Utöver ett grundläggande personligt engagemang hos varje medarbetare krävs tid för utbildning, övning och reflektion för att stärka det personcentrerade förhållningssättet.

I kontakt mellan personal och person ska personalen använda personcentrerade frågor, dvs öppna frågor som syftar till att fånga patientberättelsen, där balans mellan personalens behov av kartläggning och patienternas integritet bibehålls. Eventuella frågemallar bör därför ses som förslag på insatser eller frågor som kan användas där det passar.

Implementering

För att möjliggöra implementering av personcentrerad vård behöver olika organisatoriska förutsättningar finnas på plats [19, 20]. Ensidigt medicinskt fokus, tidsbrist och brister i kompetens och bemanning samt lokalers och dokumentationssystem utformning har identifierats som hinder vid implementering av personcentrerad vård.

Målstyrd, snarare än detaljerad rutinstyrd, ledningsstruktur och utbyggnad av tekniska plattformar som underlättar delat beslutsfattande och samskapande av vård kan ses som exempel på underlättande faktorer för implementering [20].

Praktiskt stöd i omställningen, kontinuerlig handledning och feedback har funnits vara verksamt vid implementering av personcentrerad vård [21, 22]. Exempel på detta kan vara extra personalresurser som säkerställer införandet av nya rutiner eller upprätthåller strukturen genom påminnelser och handledning, eller en styrgrupp som kan vara behjälplig genom att lösa problem som uppkommer så att processen kan fortlöpa.

Personalens arbetssätt och kompetens

Personalens arbetssätt ska omsätta det etiska förhållningssättet i praktiken. Personal, ledning och organisation behöver sträva efter en gemensam basförståelse, som präglas av en personcentrerad syn på individen. Detta kan kräva utbildningsinsatser och kompetenssatsningar.¹⁴

Forskning pekar på att personer med psykisk ohälsa behöver någon som kan förstå vad de går igenom och stöd i att behålla sin värdighet under återhämtningsprocessen [23]. När hälso- och sjukvårdspersonal lyssnar på patienters erfarenheter och förväntningar utifrån deras perspektiv skapas förståelse för komplexiteten i tillståndet, vilket i sin tur medför ökad precision i bedömning och åtgärdsförslag.

För att komma igång med mer personcentrerade samtal kan man ta hjälp av frågemallar med förslag på frågor [14]. Dessa kan hjälpa till att ge personal en idé om hur man kan formulera frågor för att bjuda in till samtal och uppmuntra berättandet. För oerfaren personal kan en mentor eller resursperson, som man håller samtal tillsammans med för att lära av, vara hjälpsamt [16].

Forskning i psykosslutenvård

I svensk psykosslutenvård har forskning indikerat att en utbildningsintervention¹⁵ som ökat personalens personcentrerade förhållningssätt, i kombination med skapandet av förändringsarbeten för att öka personcentreringen inom slutenvården, medfört bättre strukturer för samarbete mellan patient och personal [9]. Patienterna i studien, varav flertalet vårdades enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), upplevde en ökad nöjdhet med vården jämfört med kontrollgruppen. Från ett medarbetarperspektiv ledde interventionen bland annat till förändrade attityder mellan personal och patienter, vilket var relationsskapande och uppfattades minska antalet konflikter [16]. Forskarna belyste också att personalgrupper uppmärksammade ett behov av förändring av rutiner och arbetssätt för att kunna arbeta mer personcentrerat. Personalgrupperna strukturerade om sitt arbete för att skapa fler möjligheter till dialog och utrymme för ett samskapande i vården tillsammans med patienten, vilket i sin tur resulterade i en positiv förändring i atmosfären på avdelningen.

¹⁴ Ett exempel på sådan utbildning är online-utbildningen Med Människa, som finns tillgänglig på <https://www.gu.se/gpcc/om-var-utbildning>.

¹⁵ All slutenvårdspersonal var direkt eller indirekt involverad i en utbildningsintervention som i ett första led ökade kunskapen om personcentrering genom att deltagarna dels fick lyssna till en föreläsning och delta i en diskussion, dels fick testa personcentrerade moment så som att engagera sig i personcentrerade samtal och samskapa en vårdplan med patienten. I ett andra led gavs kunskap och stöd i att skapa och driva förändringsprojekt för att ändra arbetssättet på avdelningen mot en högre grad av personcentrering. Exempel på sådana projekt var att skapa nya informationsmaterial, bjuda in närstående till samtal, skapa rutin för samtal mellan kontaktperson och patient och, skapa rutin för att samskapa vårdplan.

Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Utöver det visar studien att det behöver finnas en balans mellan förutsägbarhet och flexibilitet.

Det är av stor vikt att partnerskapet är ömsesidigt och sker under rättvisa förhållanden för att patienten ska kunna lita på den professionellas omdöme i svåra situationer såsom tvångsvård [4]. Det etiska förhållningssättet, att inte bara se patienten i relation till aktuellt sjukdomsläge, var också något som framhövdes av anhöriga [16].

Referenslista

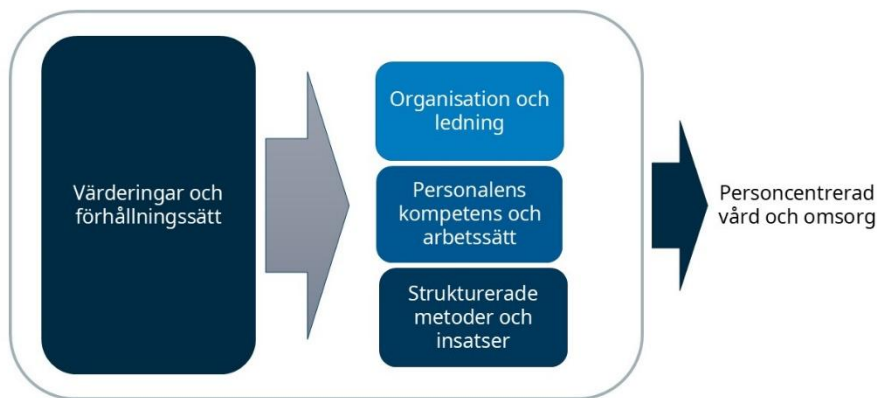
1. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård - minimikrav för personcentrerad vård. Svenska institutet för standarder SiS; 2020.
2. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington: Natl Academy Press 2001.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report 2006. Hämtad 2024-08-20 från <https://iris.who.int/handle/10665/43314>.
4. Ekman I. Practising the ethics of person-centred care balancing ethical conviction and moral obligations. Nursing Philosophy. 2022; 23(3):e12382.
5. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expectations. 2018; 21(2):429-40.
6. Annex B. No health without mental health: A cross Government mental health outcomes strategy for people of all ages Analysis of the Impact on Equality (AIE). 2011.
7. Department of health UK. No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. 2011. Hämtad 2023-08-23 från https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130104165223/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationPolicyAndGuidance/DH_123766
8. Kristensson Ugglå B. What makes us human? Exploring the significance of Ricoeur's ethical configuration of personhood between naturalism and phenomenology in health care. Nursing philosophy 2022/01/01/2022; Great Britain: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Allerby K, Goulding A, Ali L, Waern M. Striving for a more person-centered psychosis care: results of a hospital-based multi-professional educational intervention. BMC Psychiatry: BMC; 2020. s. 1-10.
10. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. 'Same same or different?' A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient education and counseling 2019/01/01/2019; Great Britain: Elsevier Science B.V., Amsterdam. s. 3-11.
11. Om personcentrerad vård. 2024. Hämtad 2024-12-18 från: <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard#tre-nyckelbegrepp-partnerskap-patientberattelse-och-dokumentation>
12. Britten N, Ekman I, Naldemirci Ö, Javinger M, Hedman H, Wolf A. Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. The BMJ. 2020; 370.

13. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care - Ready for prime time. 2011;248-51.
14. Ekman I, Lundberg M, Lood Q, Swedberg K, Norberg A. Personcentrering—en etik i praktiken. I I. Ekman (Red.). Personcentrering inom hälso-och sjukvård: Från filosofi till praktik. 2020; 2:27-57.
15. Tengland P-A. Empowerment: A Conceptual Discussion. Health Care Analysis. 2008; 16(2):77-96.
16. Allerby K, Goulding A, Ali L, Waern M. Increasing person-centeredness in psychosis inpatient care: staff experiences from the Person-Centered Psychosis Care (PCPC) project. BMC Health Services Research: BMC; 2022. s. 1-12.
17. Öncel N, Axel W, Mark E, Doris L, Lucy M, Nicky B. Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. BMC Health Services Research: BMC; 2017. s. 1-10.
18. Cederberg M, Fors A, Ali L, Goulding A, Mäkitalo Å. The interactive work of narrative elicitation in person-centred care: Analysis of phone conversations between health care professionals and patients with common mental disorders. Health Expectations. 2022; 25(3):971-83.
19. Holland-Hart DM, Addis SM, Edwards A, Kenkre JE, Wood F. Coproduction and health: Public and clinicians' perceptions of the barriers and facilitators. Health Expectations. 2019; 22(1):93-101.
20. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2017. s. 662.
21. Chenoweth L, Jeon Y-H, Stein-Parbury J, Forbes I, Fleming R, Cook J, et al. PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. 2015:2045-58.
22. Kirkley C, Bamford C, Poole M, Arksey H, Hughes J, Bond J. The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. Health & Social Care in the Community. 2011; 19(4):438-48.
23. Alsén S, Ali L, Ekman I, Fors A. Having allies-Experiences of support in people with stress-related exhaustion: A qualitative study. PloS one. 2022; 17(11):e0277264.

Bilaga 2. En personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Socialstyrelsen ser att ett antal centrala delar (se figur 1) behöver samspela och bidra för att uppnå personcentrerad vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Genom detta samspel skapas förutsättningar för vården och omsorgen att formas kring personen och för personal och personen själv att mötas och samarbeta.

Figur 1: Visualisering av de delar som tillsammans bidrar till en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik



Det finns inte en enhetlig definition av personcentrerad vård och omsorg. Vi har arbetat fram en kortfattad definition som lyder:

En personcentrerad vård och omsorg utgår från personens resurser, förutsättningar och behov vilka identifieras och beskrivs genom ett nära samarbete mellan personen med behov och personalen.

Att omsätta en personcentrerad vård och omsorg i praktik – värderingar

”Min slutsats efter 20 – 30 år inom psykiatrin är att det är vanligt att man inte tror att personen kan återhämta sig. Hur ska jag kunna ha hopp när vården inte har hopp? De måste bära hoppet tills jag orkar känna hopp själv.”

Hjärnkollambassadör i fokusgrupp

Personcentrering innebär dels en etik, dels ett förhållningssätt för vården och omsorgen. Avgörande är själva inställningen hos vård- och omsorgspersonal

till personerna de möter och vad vård- och omsorgsverksamheter är beredda att faktiskt göra för att tillgodose personens individuella behov. Värderingar behöver utgå ifrån att personen

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

Att omsätta en personcentrerad vård och omsorg i praktik – organisation och ledning

”Vi är ett bra gäng som stöttar varandra. Det är vårt samarbete som gör att man orkar men också att vår närmsta chef finns där för oss. Vi kan ge varandra återkoppling och bekräfta varandra när man gör bra. ”

- Intervjuad personal

Organisation och ledning inom vård och omsorg har en viktig roll för att skapa förutsättningar för en personcentrerad vård och omsorg.

Förutsättningar som kan behöva finnas på plats är till exempel ramar, resurser och engagemang men också utrymme för reflektion, kollegialt stöd i arbetet, handledning och fortbildning inom ett personcentrerat arbetssätt. Samverkan mellan olika aktörer och professioner för att möjliggöra att överenskommelser uppnås och efterlevs är också centralt.

I vård- och omsorgsverksamheter finns ramar i form av styrdokument och rutiner. Dessa kan innebära hinder men kan också stödja en förstärkning av personcentrering, beroende på hur de är formulerade och hur de används. Styrdokument och rutiner behöver tillåta en flexibilitet och stärka målsättningen att arbeta personcentrerat, snarare än sätta gränser mellan verksamheter, personal och personer i behov av vård och omsorg. En grundläggande fråga att ställa sig i sin verksamhet kan därför vara: ”Vem är våra regler till för?”

”Man måste vara ödmjuk med vem patienten väljer att prata med. De måste själva få välja. Det handlar inte om att någon är sämre eller bättre utan det kan bero på patientens tidigare erfarenheter eller sjukdom.”

Intervjuad personal

Likaså har vikten av att skapa förutsättningar för kontinuitet och ett långsiktigt arbete lyfts av personal och egnerfarna.

”Mina sjukdomsperioder har kommit och gått. Jag hade behövt kontinuitet av en person, någon som inte gav upp när jag blev arg eller drog, fortsatte ta kontakt med mig. Jag har träffat 150 läkare, sjuksköterskor och kuratorer genom åren. Det viktigaste hade varit att personen fanns kvar ... ”

Hjärnkollambassadör i workshop

Att omsätta en personcentrerad vård och omsorg i praktik – personalens arbetssätt och kompetens

”Jag tror att det är en värderingsfråga. Det här är ett fint jobb, ett hantverk som inte vem som helst kan göra. Vi behöver visa komplexiteten i de här yrkena. Du behöver vara kreativ, lösningsorienterad, kunna fatta snabba beslut. Att det inte är något som vem som helst kan göra. Känner man yrkesstolthet gör man ett bättre jobb.”

- Intervjuad personal

Personalen som arbetar närmast personerna behöver ha tillräcklig kompetens och den behöver bekräftas och värderas. Viktigt i personalens arbetssätt är att kunna:

- använda det kommunikationsstöd (exempelvis bildstöd eller arbetsblad) som ger personen bästa möjliga stöd i att ta till sig och förstå information samt att uttrycka sig
- stödja personen mot hens egna mål och att bestämma över sitt liv
- arbeta flexibelt, uppsökande och relationsskapande
- erbjuda och anpassa metoder och arbetssätt för att motsvara personens behov
- arbeta målinriktat och strukturerat utifrån gemensamma skriftliga överenskommelser (till exempel vårdplan, SIP, individuell plan eller, genomförandeplan) och säkerställa personens delaktighet i dessa
- arbeta med att bygga och vidmakthålla relationer till personen och hens närstående
- samverka med andra aktörer och samordna insatser utifrån personens behov
- regelbundet reflektera över sina handlingar och sitt bemötande särskilt i de svåra situationerna.

Att omsätta en personcentrerad vård och omsorg i praktik – strukturerade metoder och insatser

Det finns metoder och insatser, bland annat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området psykisk ohälsa¹⁶, som bygger på personcentreringens etik och som kan bidra till en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. Men även om en metod är designad för att vara personcentrerad, blir det inte personcentrerad vård och omsorg enbart av att man följer en manual. För att uppnå detta krävs det ett etiskt förhållningsätt och ett arbete präglad av de värderingar som beskrevs i tidigare avsnitt. Exempel på metoder som kan bidra till en personcentrerad vård och omsorg är:

- psykopedagogisk utbildning och psykopedagogiska program som Illness Management and Recovery (IMR) eller Ett självständigt liv (ESL)¹⁷
- Vård- och stödsamordning/Case management¹⁸
- Bostad först¹⁹
- Individual placement support (IPS)²⁰
- Delat beslutsfattande²¹
- Narrative enhancement cognitive therapy (NECT)²²
- Självvald inläggning²³.

Läs mer på sidan [Personcentrerad vård och omsorg - Kunskapsguiden](#) och använd [Diskussionsmaterial om personcentrering - Kunskapsguiden](#) för att främja reflektion och utveckla vård och omsorg.

¹⁶ Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism (2022). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2018).

¹⁷ Psykopedagogiska insatser ökar delaktighet och självständighet genom information och kunskap.

¹⁸ Syftar till att hjälpa individen att hantera sin vardag och arbeta mot ett önskvärt liv genom samarbete mellan olika vård- och stödinstitutioner.

¹⁹ Riktat sig till bostadslösa personer med komplex psykiatrisk problematik och syftar till att ge ökad delaktighet i samhället och ökad livskvalitet genom att tillhandahålla bostad utan krav.

²⁰ Riktat sig till personer med psykiatriska tillstånd som vill arbeta eller studera och utgår från personens önskemål och intressen.

²¹ En metod för att underlätta att beslut om vård och omsorg tas gemensamt med personen med behov.

²² Syftar till att omstrukturera en persons tankar för att motverka självstigmatisering.

²³ Innebär att en patient själv kan välja att lägga in sig för en kortare vårdtid inom psykiatrisk heldygnsvård med syfte att förhindra försämring, samt att öka patientens självbestämmande.

Bilaga 3. Kommunikation

Webbinarier och konferenser 2023–2025

Anordnade webinarier och föreläsningar på konferenser

Konferens/webbinarium	Titel på webinarium/programpunkt på konferens	År
Webbinarium tillsammans med SKR	Personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik	2023
Webbinarium tillsammans med SKR	Personcentrerad vård vid psykiatriska tillstånd och samsjuklighet	2023
Webbinarium tillsammans med SKR	Personcentrerad tvångsvård – är det möjligt? Ett webinarium om hur behov av tvång kan förebyggas och tvångsvården bli mer personcentrerad	2024
Horatio – European Psychiatric Nurses congress	Can knowledgebased support strenghten personcentered mental health care and social services?	2024
Drogfokus	Personcentrerad vård vid komplex psykiatrisk problematik	2024
Funktionshinder i tiden	Personcentrerad vård vid komplex psykiatrisk problematik	2024
Horatio – European Psychiatric Nurses congress – Complex interventions in mental health	Shared decisionmaking for a more person-centered health care and social services for people with psychiatric conditions.	2025
Webbinarium tillsammans med SKR	Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov	2025
Svenska psykiatriska kongressen (SPK)	En personcentrerad vård och omsorg vid svåra psykiatriska tillstånd	2025
Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF) konferens	Hur kan vi ge en personcentrerad vård och omsorg vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning?	2025
Webbinarium för lansering av kunskapsstöd	Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning	2025
Webbinarium för lansering av utbildningsmaterial	Att hjälpa i svåra situationer – ett utbildningsmaterial från Socialstyrelsen	2025
Psykiatridagarna i Stockholm	Hur kan vård och omsorg ge en mer personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik?	2025
Konferens om delaktighet i personcentrerad vård inom psykosvården Regional arbetsgrupp (RAG) Schizofreni Stockholm	Föreläsning om och presentation av delat beslutsfattande – Socialstyrelsens kunskapsstöd och utbildningsmaterial	2025

Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik

Rättspsykiatrisk konferens Lund	Hur kan vård och omsorg ge en mer personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik?	2025
Socionomdagarna i Ålvsjö	Hur kan vård och omsorg ge en mer personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik?	2025
Socialchefsdagarna i Göteborg	En personcentrerad, samordnad vård och omsorg när behoven är som störst. Tillsammans med samsjuklighetsdelegationen och SKR	2025



Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik
(artikelnr 2025-9-9667)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.