

DELAT BESLUTSFATTANDE I PSYKIATRISK VÅRD OCH STÖD

ÖVERSÄTTNING OCH VALIDERING AV TRE INSTRUMENT
SOM MÄTER DELAT BESLUTFATTANDE



Förord

Under de senaste decennierna har behovet av en ökad patient- och brukardelaktighet i vård och socialtjänst förts fram. Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) är en metod som fokuserar på att öka brukarens delaktighet och ansvar över beslut kring planering och innehåll i sin vård och sitt stöd. Metoden syftar till att främja individers återhämtning genom att stödja brukare att, förmedla kunskap om alternativ och möjligheter, att undersöka brukarens preferenser, samt ta en aktiv roll i beslut kring sin hälsa och livssituation.

Idag saknas nationella, validerade instrument som mäter brukares delaktighet och delat beslutsfattande. Socialstyrelsen initierade därför, år 2014, en genomgång och validering av internationellt validerade instrument för delat beslutsfattande för användande i Socialtjänstens praktik i Sverige. Socialrådet Knut Sundell har varit ansvarig för arbetet på Socialstyrelsen. I denna rapport presenteras resultaten från detta projekt, där tre instrument har översatts till svenska och psykometriskt undersökts bland brukare av socialtjänstens socialpsykiatriska verksamheter.

Rapporten har sammanställts av *Petra Svedberg*, docent i omvårdnad, verksam vid Högskolan i Halmstad och *Ulla-Karin Schön*, docent i socialt arbete, verksam vid Högskolan Dalarna. Övriga medverkande i projektet har varit *David Rosenberg*, *Katarina Grim*, *Mikael Sandlund*, *Patrik Dahlqvist Jönsson*, *Richard Färdig* och *Karl-Anton Forsberg*. Samtliga forskare är knutna till *CEPI*, Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Ett stort tack riktas till medverkande enheters personal och brukare.

Halmstad mars 2015

Innehållsförteckning

FÖRORD	2
BAKGRUND	4
SYFTE	5
METOD	5
DELTAGARE OCH DATAINSAMLING	5
INSTRUMENT	7
GENOMFÖRANDE	7
DATAANALYS	8
ETIK	9
RESULTAT	9
INNEHÅLLSVALIDITET	9
INTERN KONSISTENS	9
STABILITET	10
DISKRIMINANT VALIDITET	11
KONKLUSION	12
REFERENSER	12
BILAGA 1	15
BILAGA 2	16
BILAGA 3	17

Bakgrund

Samtidigt som ökad demokratisering, ökat brukarinflytande och ökad valfrihet är starkt betonade politiska och ideologiska mål inom hela vårdsektorn, är den forskningsbaserade kunskapen om hur man ska gå till väga för att uppnå dessa mål fortfarande begränsad. I princip varje möte mellan personal och brukare i den kommunala socialpsykiatrin eller psykiatrins verksamhetsområde resulterar i någon form av beslut. Ibland är det stora och avgörande beslut, ibland rör besluten mer vardagliga detaljer. Ofta inskränks diskussionen om beslut och medinflytande i beslut till frågor om medicinering, men det är inte tillräckligt. Medicinering är en viktig och ibland konfliktfylld arena inom psykiatrisk vård, men vid sidan av denna typ av beslut fattas beslut om bistånd, boende, daglig sysselsättning, psykoterapi, social träning etc. av ofta minst lika stor betydelse för den enskildes dagliga liv och med påverkan på närståendes situation.

I Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd rekommenderas psykiatri och kommunal socialpsykiatri att tillsammans med patienten arbeta med metoden ”Delat beslutsfattande” (*Shared decision making, SDM*) när vård och omsorgsåtgärder planeras (Socialstyrelsen, 2011). Delat beslutsfattande är en konkret metod för att försöka åstadkomma ökad delaktighet i vårdbeslut som rör den enskilde. Metoden är mer etablerad inom andra vårdområden än inom psykiatrin, men det finns vissa lovande försök gjorda och ett par publicerade studier (framförallt från Tyskland). Metoden behöver utvecklas och en rad frågor besvaras om hur den fördelaktigast ska implementeras, vilka beslutsområden som är lämpliga, hur informationen ska förmedlas och ”förpackas” samt hur den ska utvärderas.

Kunskapen om delat beslutsfattande som metod är begränsad (Adams et al. 2007; Deegan & Drake, 2006) och har hittills framförallt fokuserat på delat beslutsfattande vid medicinska beslut i somatisk vård (O’Connor m.fl. 2001, 2007; Duncan m.fl. 2010). Inom psykiatrins verksamhetsfält är studierna kring delat beslutsfattande få och inom den kommunala socialpsykiatrins område saknas idag studier som implementerat delat beslutsfattande och undersökt effekterna av denna intervention. De få studier som finns kring patienternas önskemål om delat beslutsfattande visar att de i stor utsträckning vill ha mer information och inflytande kring sin vård (Adams m.fl. 2007; Hamann m.fl. 2005).

Vad det gäller utvärdering av delat beslutsfattande kan det göras genom att man följer upp både de givna insatserna (processmått) och utvärderar effekter hos patienten (resultatmått). Processmått omfattar de handlingar som utförs för att nå avsedd kvalitet, och mäter det som görs och hur interventionen genomförs. Resultatmått fokuserar på utfallsmått såsom hälsa, livskvalitet och återfall i sjukdom och visar vilket resultat en intervention har på hur patientens mår. Idag finns inga internationellt validerade instrument gällande processmått för delat beslutsfattande översatta till svenska förhållanden.

Syfte

Detta projekt avser att översätta och psykometriskt testa tre instrument som mäter delat beslutsfattande till svenska förhållanden. Den psykometriska prövningen omfattade intern konsistens och test-retest reliabilitet, samt innehållsvaliditet och diskriminant validitet.

Metod

Projektet har föregåtts av en genomgång av den internationella och nationella vetenskapliga litteraturen kring validerade instrument som mäter delat beslutsfattande. Sökningar gjordes i databaserna Pubmed och Cinahl. Denna litteraturgenomgång ligger till grund för valet av de tre instrument som har översatts, reliabilitet- och validitetstestats. Dessa tre instrument valdes eftersom de är självrapporterande av patientens upplevelse av beslutsprocessen, att de fångar aspekter av beslutsprocessen ur olika perspektiv, och att de visade potential för klinisk användbarhet, eftersom vårt mål var att psykometriskt testa instrument som sedan kan lätt integreras i klinisk praxis. Projektet har en design i form av en tvärsnittstudie och har genomförts i 19 socialpsykiatriska verksamheter under hösten 2014.

Deltagare och datainsamling

De 19 inkluderade socialpsykiatriska enheterna som varit med i instrumentutvecklingen kommer från söder till norr i Sverige. De inkluderade verksamheterna är Fontänhus, socialpsykiatriska enheter, kommunala dagliga verksamheter, brukarpaneler, rehabiliterings- och behandlingsenheter. De inkluderade verksamheterna kommer från följande län: Skåne, Halland, Kalmar, Jönköping, Uppsala, Dalarna, Stockholm, Värmland, Västernorrland och Västerbotten.

Deltagare i studien är personer som har en aktuell kontakt med de inkluderade enheterna och är över 18 år, samt har varit med om att ett beslut gällande sina insatser har fattats. De brukare som deltog var personer med långvarig psykisk ohälsa, somliga hade även en missbruksproblematik och vissa har varit föremål för tvångsvård så kallad ”tvång i öppenvård”. En personal på varje enhet utsågs till ansvarig för datainsamlingen och gav alla brukare muntlig och skriftlig information samt ett kuvert med två frågeformulär med frankerat kuvert. Brukarna fyllde i instrumenten, efter medgivande till deltagande, vid två tillfällen med två veckors mellanrum. Det totala antalet brukare som tackade ja till deltagande var 121 brukare, varav 65 brukare som fyllde i instrumenten igen efter två veckor. Brukarna som inte fyllde i instrumenten vid uppföljningen skiljer sig inte vad det gäller demografiska och kliniska data i förhållande till de personer vid baseline. För mer information var god se tabell 1.

Tabell 1. Sociodemografiska och kliniska uppgifter på brukarna vid baseline (n= 121) och uppföljning (n=65)

	Baseline		Uppföljning	
	n	%	n	%
Kön				
Man	47	39	19	29
Kvinna	71	59	45	69
Ej svarat	3	2	1	2

	Baseline		Uppföljning	
	n	%	n	%
Ålder				
Medelvärde (range)	45 (19-77)		44 (19-77)	
Utbildning				
Högskola	30	25	20	31
Gymnasium	39	32	26	40
Grundskola	18	15	3	5
Folkhögskola	16	13	7	11
Ej svarat	17	14	8	12
Barn				
0	56	46	33	51
1-2	33	27	13	20
3-5	10	9	6	9
Ej svarat	22	18	13	20
Civilstatus				
Ensamstående	80	66	37	57
Gift/sambo	17	14	13	20
Skild	14	12	9	14
Änka/änkling	1	1	1	1
Ej svarat	9	7	5	8
Boende situation				
Lägenhet/villa	70	58	39	60
Andra hand	5	4	2	3
Stödboende	29	24	14	22
Utan fast bostad	12	10	6	9
Ej svarat	5	4	4	6
Arbetsituation				
Lönearbete/företag	9	7	3	5
Pensionär	42	35	19	29
Arbetslös	26	21	14	21
Studerande	2	2	1	1
Skyddat arbete/arbetsträning	30	25	19	30
Ej svarat	12	10	9	14
Diagnos				
Schizofreni/psykos	19	16	8	12
Affektiv sjukdom	24	20	18	28
ADHD/Autism/Asperger	19	16	10	15
Missbrukare	4	3	2	3
Andra diagnoser	11	9	6	9
Ej svarat	44	36	21	32
Antal år sedan första kontakt med psykiatri				
Medelvärde (range)	16 (0-59)		16 (0-59)	

Instrument

Brukarna fick fylla i tre instrument som mäter delat beslutsfattande; Dyadic OPTION, SURE och CollaboRATE samt ett formulär kring sociodemografiska och kliniska data. Tillåtelse att använda nedanstående 3 internationella instrument inhämtades från ursprungsförfattarna.

Sociodemografiska och kliniska data

Kön, ålder, försörjning, sysselsättning, utbildning, boende, diagnos, erfarenhet av vård- och stödinsatser.

Dyadic OPTION

Dyadic option inbegriper 12 frågor och är utvecklad av Melbourne et al. (2010) och mäter brukarens upplevelse av beslutsprocessen. Instrumentet finns i både en klientversion och en personalversion med syftet att komma åt båda perspektiven eftersom man använder identiska frågor. I detta projekt har vi endast använt klientversionen. Instrumentet omfattar en fyrgradig skala mellan Instämmer helt (poäng =4) till instämmer inte alls (poäng =1). Summan av poängen är mellan 1 till 48 och högre poäng indikerar en högre upplevd patientmedverkan i delad beslutsfattande. Se bilaga 1.

SURE

SURE är ett självskattningsformulär som mäter hur förberedd och säker brukaren känner sig i att fatta ett beslut gällande sina vård- och stödinsatser. Instrumentet består av 4 frågor med svarsalternativen Ja (poäng = 1) och nej (poäng = 0). Frågeformuläret utvecklades av Legare et al. (2010) i syfte att stödja vårdgivare att i ett tidigt skede identifiera brukare som har beslutskonflikt. Summan av poängen kan vara allt från 0 till 4. En poäng på 3 eller mindre betraktas som en indikator på kliniskt signifikant beslutskonflikt och en poäng på 4 innebär att individen är redo att fatta ett beslut (Ferron Parayre m.fl. 2013). Se bilaga 2.

CollaboRATE

Instrumentet CollaboRATE är utvecklat av Elwyn et al. (2013) och består av 3 frågor och handlar om brukarens upplevelse av hur stora ansträngningar som gjorts för hen i samband med att hen och kontaktpersonen planerade åtgärder och insatser gällande dennes situation. Skattningen görs på en femgradig skala från Ingen ansträngning alls (poäng=0) till alla ansträngningar som kunde göras gjordes (poäng=4). Summan av poängen kan vara allt från 0 till 12 där en högre poäng indikerar att en högre insats gjordes för brukarens delaktighet i beslut (Barr et al 2014). Se bilaga 3.

Genomförande

Översättning

Översättningen av instrumenten har gjorts genom en translation/back-translation procedure (Brislin 1970; Chalmers mfl 2007), där två tvåspråkiga personer oberoende av varandra översatt instrumenten från engelska till svenska och tillbaka igen.

Innehållsvaliditet

Innehållsvaliditet har undersökts genom brukarpanelerna vid CEPI/Lunds Universitet, Högskolan Dalarna och Socialpsykiatriskt kunskapscentrum/Umeå Universitet. Dessa paneler

består av personer med egen erfarenhet av vård och stöd som har utbildats i vetenskapsteori, forskningsetik och forskningsmetod och har erfarenhet av att som forskare, reflektörer och förmedlare av resultat delta i olika socialpsykiatriska forskningsprojekt. En ansvarig forskare vid varje brukarpanel genomförde en fokusgruppsintervju med deltagarna och bad dem reflektera över och berätta om sina synpunkter gällande instrumentens relevans, läsbarhet och tydlighet samt användarvänlighet. Ytterligare en fokusgruppsintervju med samma upplägg genomfördes med personal verksam i psykiatrisk vård och stöd. Denna personal bestod av sjuksköterskor, socialarbetare och boendestödjare/mentalskötare.

Reliabilitetstestning

Reliabiliteten har undersökts genom intern konsistens (Cronbachs alpha) och genom stabilitet (test-retest). Tidsintervallet mellan skattning av enkäter vid det första och det andra tillfället har varit 2 veckor i enlighet med rekommendationerna från Streiner och Norman (2003). Stabiliteten har beräknats genom Intra Class Correlation (ICC) och Kappa koefficient.

Diskriminant validitet

Diskriminant validitet har undersökt för att kunna ange i vilken grad de tre olika mätinstrumenten ej mäter samma sak.

Dataanalys

Instrumenten undersöktes gällande innehållsvaliditet, intern konsistens, stabilitet och diskriminant validitet. Vad det gäller undersökningen av innehållsvaliditet så bads deltagarna i brukarpanelerna att granska frågor för relevans, tydlighet och läsbarhet (Polit & Beck 2008). Cronbachs alpha användes för att undersöka intern konsistens. Intraclass korrelation och kappa koefficient användes för att undersöka stabiliteten över tid i instrumenten (Burns & Grove 2001). För ett nyutvecklat instrument är rekommendationen att ett Cronbachs alpha värde på ≥ 0.70 är acceptabelt (Burns & Grove 2001). ICC och kappa koefficient på ett värde av 1.0 betyder att skattningen mellan de två tillfällena är exakt detsamma (Altman 1991). Värdet på < 0.20 indikerar undermålig överensstämmelse, $0.21-0.40$ indikerar dålig överensstämmelse, $0.41-0.60$ indikerar måttlig överensstämmelse, $0.61-0.80$ indikerar stark överensstämmelse och > 0.8 indikerar en nästan perfekt överensstämmelse (Altman 1991). Diskriminant validitet användes för att kunna ange i vilken grad de olika mätinstrumenten ej mäter samma sak. Skalan Dyadic OPTION dikotomiserades där medelvärdet användes som en brytpunkt för hög upplevd patientmedverkan i delat beslut (över medelvärdet, > 32) och låg upplevd patientmedverkan i delat beslut (lika med och under medelvärde, ≤ 32). Den dikotomiserade Dyadic OPTION skalan testades för skillnader i SURE och CollaboRATE och chi-square test användes för att testa dessa skillnader. CollaboRATE kategoriserades enligt kvartilvärden. SURE skalan kategoriserades först enligt skalan 0-4 och sedan enligt Ferron Parayre et al (2013); 0-3 (klinisk beslutskonflikt) och 4 (ingen klinisk beslutskonflikt). Statistisk signifikans i analyserna antogs vid $P < 0,05$. Statistiska analyser utfördes med hjälp av SPSS 15,0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Etik

Projektet är godkänt av den regionala etikkommitteén i Lund (Dnr 2014/708) och av verksamhetscheferna på respektive enhet. Brukarna informerades, både muntligt och skriftligt, om studien och om att deras deltagande var frivilligt. I enlighet med godkännande från etikkommitteén så gav brukarna sitt samtycke till att delta genom att fylla i instrumenten. Brukarna informerades också om att deras medverkan eller ej inte påverkade de stödinsatser de erhöll samt att alla analyser görs på gruppnivå och att det inte går att identifiera enskilda personer eller enheter. Brukarna har haft möjlighet att kontakta forkargruppen via e-post eller telefon vid frågor kring projektet eller vid önskemål om hjälp vid ifyllande.

Resultat

Innehållsvaliditet

Brukarna

Angående Dyadic OPTION så tyckte brukarna att varje fråga i instrumentet i stort sett mäter det den är tänkt att mäta. De tycker också att svarsalternativen är tydliga. De har förslag på språkliga förbättringar i en del av frågorna. Som exempel kan ges att förändra fråga 1 från ”Ett hälsoproblem identifierades och det klargjordes att ett beslut behövde fattas” till att skriva ”Vi tydliggjorde att ett beslut behövdes fattas kring ett problem eller behov”. De gav också förslag på renodla vissa frågor eftersom de innehåller två frågor i en, detta kan vara förvirrande och medföra svårigheter att veta vad man egentligen svarar på. De hade också förslag på att byta ut ordet man till jag t.ex. i fråga 8, från ”Man såg till att informationen hade förståtts” till ”Personalen försäkrade sig om att informationen hade förståtts”. Utifrån brukarnas synpunkter förbättrades instrumentet Dyadic OPTION, framförallt språkligt. Instrumentet SURE uppfattar brukarna som väldigt tydligt, med ett lättförståeligt språk och bra svarsalternativ. Instrumentet CollaboRATE testades ej bland brukarna.

Personalen

Personalen tyckte överlag att de tre instrumenten hade en hög relevans, var tydliga och användarvänliga. De tyckte att SURE och CollaboRATE hade störst användarvänlighet då dessa instrument har få och tydliga frågor samt tydliga svarsalternativ. Vad det gäller Dyadic OPTION så gav personalen förbättringsförslag i en del formuleringar i frågorna samt synpunkter kring att svarsalternativen var för många. Utifrån personalens synpunkter förbättrades instrumentet Dyadic OPTION, framförallt språkligt. Inga förändringar gällande svarsalternativen gjordes dock på Dyadic OPTION.

Intern konsistens

Cronbach alpha koefficienten för samtliga tre instrument var likvärdiga mellan det första och det andra tillfället. Dyadic option and CollaboRATE visade en hög Cronbach alpha koefficient mellan 0.844 till 0.903. SURE visade en något lägre koefficient (0.689-0.745), men ändå acceptabel för ett nyutvecklat instrument. Alla instrument visade en lite högre koefficient vid baseline. Se tabell 2.

Tabell 2. Medelvärde (SD) och Cronbach's alpha för Dyadic option, SURE och CollaboRATE

	Dyadic Option	CollaboRATE	SURE
Mean (SD)			
baseline (valid n mellan 107-117)	32.0 (10.0)	9.9 (3.6)	2.9 (1.4)
uppföljning (valid n mellan 62-63)	30.8 (8.8)	9.2 (3.3)	2.7 (1.4)
Cronbach's alpha			
baseline (valid n mellan 94-114)	.890	.903	.745
uppföljning (valid n mellan 50-60)	.844	.895	.689

Stabilitet

ICC-värdena för varje fråga i Dyadic OPTION varierade mellan 0.274 och 0.740. Fem frågor visade dålig överenskommelse, fyra frågor visade måttlig överenskommelse och tre frågor visade stark överenskommelse mellan de två tillfällena (Tabell 2). ICC-värdena för varje fråga i CollaboRATE varierade mellan 0.473 och 0.740. En fråga visade måttlig överenskommelse och två frågor visade stark överenskommelse. Kappa-koefficienten för varje fråga i SURE varierade mellan 0.438-0.669. Två frågor visade måttlig överenskommelse och två frågor visade stark överenskommelse.

Tabell 3. Test-retest reliability for tillfälle 1 och tillfälle 2.

	n	ICC	95% CI
Dyadic option			
1. Vi tydliggjorde att ett beslut behövdes fattas kring ett problem eller behov.	56	.677	.506-.797
2. Personalen beskrev mer än ett sätt att hantera problemet eller behovet.	57	.359	.108-.566
3. Personalen erbjöd olika informationskällor (t.ex. broschyrer, hemsidor, kontakter med andra människor) som stöd för att fatta ett beslut.	56	.351	.096-.561
4. Vi diskuterade olika alternativ (bland annat möjligheten att inte göra någonting).	57	.274	.018-.497
5. Vi diskuterade fördelar, nackdelar och möjliga följder av alternativen.	54	.419	.171-.616
6. Vi diskuterade idéer och förväntningar kring hantering av problemet.	53	.391	.136-.597
7. Min oro och rädsla för hantering av problemet diskuterades.	54	.383	.129-.589
8. Personalen försäkrade sig om att informationen hade förståtts.	54	.589	.384-.740
9. Jag hade möjlighet att ställa frågor.	57	.522	.303-.689
10. Mitt önskemål om att delta i beslutet (eller inte) respekterades.	53	.436	.189-.630
11. Under besöket fattade vi ett beslut, alternativt att vi kom överens om att skjuta upp beslutet.	53	.630	.435-.769
12. Vi diskuterade möjligheten att träffas för att fatta ett beslut senare.	51	.678	.497-.803
CollaboRATE			
1. Hur stora ansträngningar har gjorts för att hjälpa dig att förstå dina svårigheter?	61	.473	.251-.647
2. Hur stora ansträngningar har gjorts för att lyssna på de saker som betyder mest för dig gällande dina svårigheter?	61	.740	.601-.835
3. Hur stora ansträngningar har gjorts för att ta hänsyn till det som betyder mest för dig när ni ska välja vad du ska göra härnäst?	60	.633	.454-.763

SURE	n	Weighted kappa
1. Känner du dig säker på vilket alternativ som är bäst för dig?	58	.438
2. Känner du till fördelarna och nackdelarna med varje alternativ?	58	.634
3. Är du klar över vilka fördelar och nackdelar är viktigast för dig?	58	.669
4. Har du tillräckligt med råd och stöd för att göra ett val?	58	.541

Diskriminant validitet

Det fanns en signifikant skillnad i CollaboRATE score mellan brukare med låg upplevd medverkan i delat beslut och deltagare med hög upplevd medverkan i delat beslut ($p < 0,001$). Resultatet visade en hög CollaboRATE score hos de brukare med hög upplevd medverkan i delat beslut (32.8 %), jämfört med de brukare med en låg hög upplevd medverkan i delat beslut 3.2 % (tabell 4). Med andra ord indikerar resultatet att brukare med hög upplevd medverkan i delat beslut också hade i högre grad erfarenhet av att mer ansträngningar gjordes för dem.

Tabell 4. Diskriminant validitet av CollaboRATE och SURE i relation till Dyadic OPTION

	Dyadic OPTION							P-värde*
	Alla		Låg upplevd medverkan i beslut		Hög upplevd medverkan i beslut			
	n=121		n= 55		n=62			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
CollaboRATE								
Låg	31	(26.7)	23	(43.4)	6	(9.8)	<0.001	
Median	32	(27.6)	16	(30.2)	16	(26.2)		
Över median	30	(25.9)	11	(20.7)	19	(31.2)		
Hög	23	(19.8)	3	(5.7)	20	(32.8)		
SURE								
0	10	(9.6)	7	(15.9)	3	(5.3)	0.049	
1	10	(9.6)	6	(13.6)	3	(5.3)		
2	15	(14.4)	8	(18.2)	7	(12.3)		
3	14	(12.5)	2	(4.5)	10	(17.5)		
4	56	(53.8)	21	(47.7)	34	(59.6)		
SURE								
Klinisk beslutskonflikt (0-3)	48	(46.2)	23	(52.3)	23	(40.4)	0.233	
Ingen klinisk beslutskonflikt (4)	56	(53.8)	21	(47.7)	34	(59.6)		

Notering

Bortfall: CollaboRATE n=5, SURE n=16. *P-värde för skillnader. Chi två test användes.

I SURE score fanns det en skillnad mellan deltagare med låg hög upplevd medverkan i delat beslut och deltagare med hög hög upplevd medverkan i delat beslut ($p = 0.049$). Den högsta andelen deltagare med högt SURE score fanns bland brukare med hög upplevd medverkan i delat beslut (59.4%) jämfört med låg upplevd medverkan i delat beslut (47.4 %). Med andra ord indikerar resultatet att brukare med hög upplevd delaktighet hade mindre kliniska beslutskonflikter. Vid ytterligare analys enligt Ferron Parayre et al (2013) brytpunkt (cut-off point) fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan deltagare med låg upplevd medverkan i delat beslut och deltagare med hög upplevd medverkan i delat beslut i förhållande till kliniska beslutskonflikter ($p=0.233$).

Konklusion

Samtliga tre instrument visade på en hög intern validitet då de bedömdes av brukarna och personalen ha en hög relevans, vara tydliga och användarvänliga. Den interna konsistensen för samtliga instrument var likvärdiga mellan det första och det andra tillfället. Dyadic option and CollaboRATE visade en högre intern konsistens än SURE, dock var den interna konsistensen för SURE ändå acceptabel för ett nyutvecklat instrument. Stabiliteten mellan mättillfälle 1 och 2 varierade i samtliga instrument. CollaboRATE och SURE visade på en acceptabel stabilitet, medan stabiliteten i Dyadic OPTION var svag i 5 av 12 frågor. Gällande diskriminant validitet, så visar analyserna att instrumenten har förmåga att särskilja sig från varandra.

Även om ytterligare studier som validerar instrumenten i ett större och mer varierat sammanhang behövs, kan vi konstatera att Dyadic OPTION, CollaboRATE och SURE kan betraktas som relevanta och användbara instrument att använda för att stödja utvecklingen av brukardelaktighet och delat beslutsfattande i Sverige. Att använda instrument för att främja och utvärdera delat beslutsfattande kan vara till stor nytta i en återhämtningsbefrämjande vård och stöd. De tre instrumenten kan tillhandahålla verktyg för socialtjänstens och psykiatriens verksamheter för att utveckla delat beslutsfattande genom att bidra till en strukturerad dialog och informationsutbyte mellan brukare och personal. Användandet av instrumenten kan även ge ett mått på förändring över tid.

Referenser

Adams JR, Drake RE, Wolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2007;58(9):1219-1221

Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. 1991, Chapman & Hall, London.

Barr PJ, Thompson R, Walsh T, Grande S W, Ozanne E M, Elwyn G. The Psychometric Properties of CollaboRATE: A Fast and Frugal Patient-Reported Measure of the Shared Decision-Making Process. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16(1).

Brissling RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cultural Psychol* 1970; 1(3): 185–216.

Burns N, Grove SK: The practice of nursing research: conduct, critique & utilization. 4th edition. 2001, Philadelphia: Saunders.

Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs* 2007; 58: 386–95.

Deegan, P. E., & Drake, R. E. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services* 2006; 57, 1636–1639.

Duncan, E., Best, C. & Hagen, S. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010:1:CD007297.

Elwyn G., James Barr P., Grande S W., Thompson R., Walsh T., Ozanne E M. Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision-making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 2013; 93, 102–107

Ferron Parayre, Labrecque M, Rousseau M, Turcotte S, Légaré F. Validation of SURE, a Four-Item Clinical Checklist for Detecting Decisional Conflict in Patients. *Medical Decision Making* 2014; 34, 54-62.

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

Légaré F., Kearing S., Clay K., Gagnon S., D'Amours D., Rousseau M., O'Connor A. Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Can Fam Physician* 2010; 56:308-314

Melbourne E., Sinclair K., Durand M-A., Le'gare' F., Elwyn G. Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision-making. *Patient Education and Counseling* 2010; 78, 177–183

O'Connor AM, Bennett, C., Stacey D., Barry MJ, Col NF., Eden KB., Entwistle V., mfl. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta analysis, *Med Decis Making* 2007; 27 (5): 554-74

O'Connor AM, Stacey D., Rovner D., Holmes-Rovner, M, Llewellyn-Thomas H., mfl. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions, *The Cochrane Library* (3) 2001, Oxford

Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 2008, Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Socialstyrelsen. Shared decision-making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård 2011.

Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use. 2003, Oxford University Press, Oxford.

Bilaga 1

Dyadic OPTION - Melbourne et al. (2010)

Detta frågeformulär handlar om hur Du upplever att Du har fått vara med och ta beslut kring Din vård och Dina Stödinsatser. De flesta möten leder till ett beslut av ett eller annat slag. Följande frågor handlar om tanken på att vara eller känna sig delaktig i beslut. När Du fyller i detta frågeformulär tänk på en situation när Du och Din kontaktperson planerade åtgärder och insatser gällande Din situation. Svara på frågorna utifrån ditt perspektiv genom att sätta en bock i en av rutorna för varje fråga. Vänligen svara på alla frågor.

Vad var det huvudsakliga problemet/behovet som ni pratade om? Beskriv det i några få ord

.....

	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls
1. Vi tydliggjorde att ett beslut behövdes fattas kring ett problem eller behov.				
2. Personalen beskrev mer än ett sätt att hantera problemet eller behovet.				
3. Personalen erbjöd olika informationskällor (t.ex. broschyrer, hemsidor, kontakter med andra människor) som stöd för att fatta ett beslut.				
4. Vi diskuterade olika alternativ (bland annat möjligheten att inte göra någonting).				
5. Vi diskuterade fördelar, nackdelar och möjliga följder av alternativen.				
6. Vi diskuterade idéer och förväntningar kring hantering av problemet.				
7. Min oro och rädsla för hantering av problemet diskuterades.				
8. Personalen försäkrade sig om att informationen hade förståtts.				
9. Jag hade möjlighet att ställa frågor.				
10. Mitt önskemål om att delta i beslutet (eller inte) respekterades.				
11. Under besöket fattade vi ett beslut, alternativt att vi kom överens om att skjuta upp beslutet.				
12. Vi diskuterade möjligheten att träffas för att fatta ett beslut senare.				

Referens: Melbourne E., Sinclair K., Durand M-A., Le´gare´ F., Elwyn G. Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision-making. *Patient Education and Counseling* 2010; 78, 177–183

Bilaga 2

SURE

Detta frågeformulär handlar om hur förberedd och säker Du känner Dig i att fatta ett beslut gällande Din vård och Dina Stödinsatser. När Du fyller i detta frågeformulär så tänk på en situation när Du och Din kontaktperson planerade åtgärder och insatser gällande Din situation.

Svara på frågorna utifrån ditt perspektiv genom att sätta en bock i en av rutorna för varje fråga. Vänligen svara på alla frågor.

	Ja	Nej
1. Känner du dig säker på vilket alternativ som är bäst för dig?		
2. Känner du till fördelarna och nackdelarna med varje alternativ?		
3. Är du klar över vilka fördelar och nackdelar är viktigast för dig?		
4. Har du tillräckligt med råd och stöd för att göra ett val?		

Referens: Légaré F., Kearing S., Clay K., Gagnon S., D'Amours D., Rousseau M., O'Connor A. Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Can Fam Physician 2010; 56:308-314

Bilaga 3

CollaboRATE

Detta frågeformulär handlar om Din upplevelse av hur stora ansträngningar som gjorts för Dig i samband med att Du och Din kontaktperson planerade åtgärder och insatser gällande Din situation. Tänk på mötet som du precis har haft.

Svara på frågorna utifrån ditt perspektiv genom att sätta en bock i en av rutorna för varje fråga. Vänligen svara på alla frågor.

	Ingen ansträngning alls	En liten ansträngning gjordes	Vissa ansträngningar gjordes	Stora ansträngningar gjordes	Alla ansträngningar som kunde göras gjordes
1. Hur stora ansträngningar har gjorts för att hjälpa dig att förstå dina svårigheter?					
2. Hur stora ansträngningar har gjorts för att lyssna på de saker som betyder mest för dig gällande dina svårigheter?					
3. Hur stora ansträngningar har gjorts för att ta hänsyn till det som betyder mest för dig när ni ska välja vad du ska göra härnäst?					

Referens: Elwyn G., James Barr P., Grande S W., Thompson R., Walsh T., Ozanne E M. Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision-making in clinical encounters. Patient Education and Counseling 2013; 93, 102–107