



Joel Lundgren och Jörgen Stegard

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, VT2015

Grundnivå

Handledare: Ragnar Eneström

Examinator: Cecilia Håkansson

### **Vi kan komma hem till dig**

**Att beskriva hur akutpsykiatrisk vård påverkas av att utföras i hemmiljö**

### **We can come to your home**

**To describe how psychiatric emergency care is affected by being carried out in a home environment**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Hemsjukvård har bedrivits i Sverige sedan 1970-talet. Inom den somatiska vården ser man detta som en vårdform som stärker patientinflytande. Trots att psykisk ohälsa utgör den största orsaken till sjukskrivning i Sverige ser man inte samma utbyggnad av hemsjukvården inom psykiatrin. Istället bedrivs akutpsykiatrisk vård fortfarande mestadels som slutenvården. Detta trots att man vet att många patientgrupper far illa av att vistas inom den psykiatriska avdelningsmiljön. Ny lagstiftning öppnar dock upp för en utbyggnad även av akutpsykiatrisk hemsjukvård.

**Syfte:** Att beskriva hur akutpsykiatrisk vård påverkas av att utföras i hemmiljö, dels för patienten och dels ur ett organisatoriskt/strukturellt perspektiv.

**Metod:** En litteraturöversikt utifrån en analys av tolv vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ design.

**Resultat:** Akutpsykiatrisk hemsjukvård skapar i de flesta fall positiva erfarenheter jämfört med den vård som ges på sjukhusförlagda psykiatriska akutmottagningar. Patienter och anhöriga blir nöjdare. Vården når patienterna tidigare och sparar betydande summor på minskade slutenvårdsinläggningar. Den kan dock inte helt ersätta slutenvård utan kompletterar denna. Det uppstår även en del negativa upplevelser och effekter, som ibland förefaller motsägelsefulla.

**Diskussion:** Utifrån Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans granskas de artiklar som valts ut och två huvudsakliga teman behandlas: Den dörrvaktande funktionen samt vårdandet i akutpsykiatrisk hemsjukvård.

Det förefaller som om en maktförskjutning, från vårdgivaren till patienten, är fundamentet i vad som skapar fördelar med hemsjukvård vid akutpsykiatriska tillstånd. En bidragande orsak till de förbättrade behandlingsresultaten tycks vara tidigare upptäckt av psykisk ohälsa på grund av ökad tillgänglighet. Vårdformen fick således en oväntad preventiv effekt som minskar psykisk ohälsa. Det förefaller som att det ibland finns en konflikt mellan vårdandet och kostnadseffektiviteten. Nackdelar som lyfts fram är ökat ansvar för patienter och anhöriga och en otrygg arbetssituation för vårdpersonalen.

**Nyckelord:** Akutpsykiatri, hemsjukvård, mobila team, egenvård.

## **Abstract**

**Background:** Since the 1970s home based care has been carried out in Sweden. In somatic care this is regarded as a form of care that strengthens the patient's influence. Although mental disorders are the main cause of sick leave in Sweden, one can't see the same expansion of home based care within psychiatric care. Emergency psychiatric care is instead mostly conducted as inpatient care. This is despite knowing that many groups of patients are harmed by staying in the environment of a psychiatric ward. New legislation will open up for an expansion of psychiatric emergency home care with inpatient standard.

**Aim:** To describe how emergency psychiatric care is affected by being cared out in a home environment, for patients and from an organizational/structural perspective.

**Method:** A literature review based on an analysis of twelve scientific articles with both qualitative and quantitative design.

**Result:** In most cases emergency psychiatric home care creates a positive experience compared to the care given in hospital based psychiatric emergency care. Patients and relatives are more satisfied. The care reaches patients earlier and saves considerable amounts of money on reduced inpatient admissions. However, it can't completely replace inpatient care but complement it. Psychiatric home care also creates some negative experiences, which sometimes seems contradictory.

**Discussion:** Based on Dorothea Orem's Self-care Deficient Nursing Theory the selected items are examined and the two main themes are created: gatekeeping and caregiving in acute psychiatric home care.

It seems that a shift of power from the caregiver to the patient is the basis of what creates advantages of home care for acute psychiatric conditions. One factor contributing to the improved treatment outcomes seems to be earlier detection of mental health problems based on increased accessibility. This preventive effect on mental health was unexpected. It appears that there sometimes is a conflict between caring and cost-effectiveness. Disadvantages highlighted are the increased responsibility for patients and families, and a precarious job situation for caregivers.

**Keywords:** Mental crisis, home care, mobile teams, self-care.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1 HEMSJUKVÅRD .....	1
2.2 AKUTPSYKIATRISK SLUTENVÅRD .....	2
2.4 LIKARTAD VÅRD GES OLIKA NAMN .....	4
2.5 ALTERNATIV TILL SLUTENVÅRD.....	4
2.6 MULTIDISCIPLINÄRA ARBETSLAG .....	5
<b>3. PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>6</b>
<b>4. SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>6. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>7</b>
6.1 OREMS TEORI OM EGENVÅRDSBALANS .....	7
6.2 EMPOWERMENT.....	8
<b>7. METOD</b> .....	<b>9</b>
7.1 DATAINSAMLING .....	9
7.2 DATAURVAL.....	10
7.3 DATAANALYS.....	10
<b>8. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>11</b>
<b>9. RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
9.1 VÅRDANDET I PSYKIATRISK HEMSJUKVÅRD.....	11
9.1.1 Sänkt tröskel för hjälp .....	11
9.1.2 Ett respektfullt bemötande .....	12
9.1.3 Trygghet i vården för både patienter och anhöriga .....	13
9.1.4 Krisen som en möjlighet till förändring .....	14
9.1.5 Sjuksköterskans roll och uppgifter i hemsjukvårdsteamet.....	14
9.2 UPPSÖKANDE PSYKIATRISK VÅRD SOM DÖRRVAKT.....	16
9.2.1 Triageinstrumentet som ett mått på kostnadseffektivitet .....	16
9.2.3 Mobila team utan dörrvaktande funktion .....	17
<b>10. DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
10.1 METODDISKUSSION.....	17
10.2 RESULTATDISKUSSION .....	19

10.2.1 Påverkan på vårdens tillgänglighet .....	19
10.2.2 Psykiatrisk egenvårdsbalans i hemmet.....	20
10.2.3 Patientens egenmakt .....	21
10.2.4 Vad som händer i den psykiatriska strukturen .....	23
10.3 KLINISKA IMPLIKATIONER .....	24
10.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	24
<b>REFERENSFÖRTECKNING .....</b>	<b>26</b>
<b>BILAGA 1. SÖKMATRIS .....</b>	<b>32</b>
<b>BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT .....</b>	<b>35</b>

## 1. Inledning

Idén till att studera hur akutpsykiatri kan bedrivas i hemmiljö föddes ur våra erfarenheter av psykiatrisk heldygnsvård och ASIH - avancerad sjukvård i hemmet. Hemsjukvård på detta sätt är vanligt bland annat inom palliativ vård och tros bli vanligare i framtiden (Josefsson & Ljung, 2010). Inom den psykiatriska vården är hemsjukvård ovanligare (Socialstyrelsen, 2008). Mycket talar för att vissa patientgrupper inom psykiatrin skulle gagnas av en förändring av vården, även vid akut psykisk ohälsa (Ottosson, 2003). Den psykiatriska slutenvården upplevs ofta som destruktiv men är trots detta en vanlig psykiatrisk akutvårdsform (Allgulander, 2014). En stor styrka med hemsjukvård som vårdform är att det kan ge patienter inflytande över vården, vilket möjliggör en starkare autonomi (Lindfors, 2010). Akutpsykiatrisk hemsjukvård är ovanligt, både som begrepp och i praktiken (Erdener & Magnusson, 2010). Vi vill därför studera detta område närmare.

## 2. Bakgrund

Psykisk ohälsa är en av de största, och snabbast växande, utmaningarna mot folkhälsan i världen enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2015). I Sverige är den vanligaste orsaken till sjukskrivning psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2015). När Sveriges kommuner och landsting, SKL, tillsammans med Socialstyrelsen gör öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet så är *undvikbar slutenvård* och *läkemedelsanvändning* de rubriker som toppar ämnesområdet psykiatri (SKL, 2015). Båda dessa punkter berör patienters medverkan i vården och riskerna för kränkningar av integriteten för den enskilde. I och med att riksdagen 2009 antog lagen om valfrihetssystem (LOV, 2008:962) markerar lagstiftaren ytterligare vikten av patientens inflytande över vem de ska få vård eller omsorg av. Detta ligger i sin tur helt i linje med EU-kommissionens visioner för behandling av psykisk ohälsa (2005) som Sverige som medlemsstat har att förhålla sig till.

### 2.1 Hemsjukvård

I Socialstyrelsens termbank (2015) definieras hemsjukvård som vård som ges i patientens bostad eller motsvarande och är sammanhängande över tid. När avancerad hemsjukvård introducerades under 1970-talet var det främst geriatriska cancerpatienter som erbjöds denna vårdform (Bökberg & Drevenhorn, 2010). I takt med att vårdens kostnadsbesparingar och patienternas tillfredsställelse med vårdformen uppmärksammades kom den fler till del och finns idag över hela Sverige. Denna vårdform är vanlig och växande inom det somatiska fältet (Josefsson & Ljung, 2010). Man ser det som fördelaktigt med den trygga vårdmiljön som

hemmet erbjuder samtidigt som patientens egenmakt - empowerment - kan stärkas avsevärt, vilket i sin tur kan leda till en ökad livskvalitet (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Detta fungerar utjämnande på vårdrelationens maktförhållande, som beskrivs som asymmetrisk av Dahlberg och Segesten (2010).

Det är viktigt att skilja på basal- och avancerad hemsjukvård (SBU, 2015). Den avancerade hemsjukvården, som detta arbete vidare kommer att referera till som hemsjukvård, är i regel landstingsdriven och har ett sjukhus som bas. Den specialiserade psykiatriska hemsjukvården, som är i fokus och ämnas studeras närmare, utgjorde tre procent av landstingens hemsjukvård 2007 och innefattar såväl allmänpsykiatri som barn- och ungdomspsykiatri, missbruksvård och rättspsykiatri (Socialstyrelsen, 2008). De övriga delarna var 63 % primärvård och 34 % specialiserad somatisk vård.

Hemsjukvården erbjuder således kvalificerad vård där den sjuke befinner sig (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Att på det sättet erbjuda vård i en för patienten trygg miljö, på ett icke utlämnande sätt, kan minska upplevelsen av stigma relaterat till sjukdomen. Även psykiskt sjuka upplever stigmatisering och är i behov av kvalificerad vård (Allgulander, 2014). Inom den somatiska vården är avancerad hemsjukvård som synes väl etablerad, medan den är betydligt mindre utbyggd inom psykiatrin.

## **2.2 Akutpsykiatrisk slutenvård**

I kontrast till hemsjukvård står slutenvård. Med slutenvård avses vård som bedrivs dygnet runt på sjukhusavdelning. För att bli aktuell för psykiatrisk slutenvård krävs i regel så kraftigt psykiska symptom att man inte förmår hantera sitt dagliga liv (Allgulander, 2014). Den psykiatriska slutenvården kan vara frivillig, och regleras då av Hälso- och sjukvårdslagen – HSL (Brenner, Rydell & Skoog, 2011). Vården kan också ske i form av tvångsvård och regleras då främst av lagen om psykiatrisk tvångsvård - LPT och lagen om rättspsykiatrisk vård - LRV.

Vårdmiljön på en slutenvårdsavdelning är inte alltid gynnsam för en patient med psykisk ohälsa (Allgulander, 2014). Till exempel kan förstagångsinsjuknande personer uppleva avdelningar med stor personalgenomströmning över dygnet och andra oroliga patienter som skrämmande och otrygg. Den oroliga avdelningsmiljön har även en ogynnsam inverkan på uppvarvade personer. Det är ibland svårt att på en avdelning skapa den stimulireducerade miljö de behöver. Även patienter med självska debeteende far ofta illa i avdelningsmiljön eftersom omgivningen och medpatienter kan trigga destruktivitet (Perseius, 2012).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård har kompletterats så att den sedan 2008 även innefattar öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT (SFS 1991:1128). Av förarbetena till denna lag framkommer att den bland annat har tillkommit för att strama åt och tydliggöra förutsättningarna för permissioner under vårdtiden och formerna för utskrivning (Prop. 2007/08:70). Men denna lagstiftning är även relevant när det gäller psykiatrisk hemsjukvård. Det är numer möjligt att ställa specifika krav på patienter inför utskrivning från slutenvård. Denna villkorade utskrivning kan bland annat innebära att acceptera hemsjukvård (SFS 2008:415). Det innebär att frivilligheten i att ta emot hjälp i det egna hemmet, så som det formuleras i hälso- sjukvårdslagen (SFS 1982:763), kan betraktas som satt ur spel för denna patientgrupp. ÖPT-lagstiftningen har möjliggjort specialiserad psykiatrisk vård i individers hem, men även öppnat för ett avsteg från frivilligheten i hemsjukvården. Att på detta sätt begränsa patientens autonomi hänger samman med att patientens inflytande över den egna vården inte får stå i uppenbar konflikt med vårdgivarens krav på att vård ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad praxis (Prop. 1998/99:4). Bedömningen att hemsjukvård är till nytta för patienten, trots inskränkningen i självbestämmande, är medicinskt motiverad och vilar på erfarenhet av utfallet av andra behandlingsalternativ. Samtidigt kvarstår regleringar av tvångsåtgärder, som fasthållande av patienten eller tvångsmedicinering, vilket fortfarande inte får utföras i hemmet - utan precis som tidigare enbart får ske inom den psykiatriska slutenvården (SFS 1991:1128).

### **2.3 Psykisk ohälsa i ett globalt perspektiv**

Psykisk ohälsa finns i hela världen och i alla samhällen (Bäärnhielm, 2014). Det som faller inom ramen för psykisk ohälsa är dock kulturbundet. Gemensamt är att de symptom som uppvisas skapar svårigheter i det dagliga livet. Detta hänger ihop med vad som är socialt accepterat, vilket skiftar mellan olika kulturer. Därmed skiljer sig också omgivningens upplevelse av den sjuke åt i olika sammanhang. Men även som individ i ett samhälle är man bärare av den egna kulturens föreställningar vilket gör att en medvetenhet om det egna normbrytande beteendet kan upplevas besvärande. Dessutom är graden av stigma i relation till sjukdom inte samma sett över tid. Detta gäller även mellan olika generationer. Människor som är uppvuxna i en annan historisk eller kulturell kontext kan därför ha en annan syn på vad som är avvikande eller sjukt. Det är t.ex. inte länge sedan homosexualitet beskrevs som en psykisk sjukdom i vårt land (Allgulander, 2014). På liknande sätt förändras även vår relation till psykisk sjukdom i allmänhet.



Det är därför av stor vikt att försöka förstå den kontext den sjuke lever i och det samhälle hen möter. Som exempel bedrivs psykiatrisk hemsjukvård i Taiwan med stor framgång (Huang, Lin, Yang & Hsu, 2010; Tung & Beck, 2007). Framträdande i dessa studier är framför allt vinsterna med att slippa slutenvård, både ur ett familjeperspektiv och för patienterna. Huang et.al (2010) har i sin kvalitativa studie intervjuat både anhöriga, patienter och vårdgivare om deras erfarenhet av psykiatrisk vård. Medan Tung och Beck (2007) har haft de anhörigas upplevelse i centrum. Tydligt i båda artiklarna är att patientens välmående är intimt sammanlänkat med vikten av att släktens anseende inte äventyras. Den kulturella kontexten med kollektiv familjetillhörighet är inte direkt överförbar till svenska förhållanden, men även i Sverige finns det stigma rörande psykisk ohälsa (Erdner & Magnusson, 2010). Detta är kanske som mest tydligt när det gäller suicid, som fortfarande är ett tabu i vår kultur, som tystas ner och blir en intern familjehemlighet (Vahlne Westerhäll, 2014).

## 2.4 Likartad vård ges olika namn

För att förstå vad hemsjukvård av psykiskt sjuka individer innebär måste även alternativen till detta identifieras. Terminologin behöver också redas ut. I denna litteraturöversikt används de termer som svenska läsare förväntas vara vana vid, i kombination med översättningar av de begrepp som används i den engelskspråkiga världen. Således används begreppen *slutenvård* kontra *öppenvård* när engelska begrepp översätts till en svenska. Det finns många olika benämningar på team som arbetar akutpsykiatriskt i hemmiljö. I detta arbete används termen *mobilt akutpsykiatriskt team* eller *mobilt team*. Själva vårdformen benämner vi *akutpsykiatrisk hemsjukvård*. Denna vård kan vara i form av ambulerande vårdcentralliknande team (Rosen, Meuser & Teesson, 2007) eller mer renodlade mobila hemsjukvårdsteam (Sjølie, Karlsson & Kim, 2010). Den gemensamma nämnaren är att den vård som beskrivs eftersträvar att möta den sjuke där hen finns, snarare än att hen ska söka upp vården.

## 2.5 Alternativ till slutenvård

I den engelskspråkiga världen, som har en helt annan tradition av hemsjukvård på alla nivåer (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering [SBU], 2005; Regeringen, 2015) förefaller även psykiatrisk hemsjukvård vara etablerat. I Kanada ställer kontrasten mellan storstäder och mer glesbefolkade områden, utan tillgång till psykiatriska slutenvårdsavdelningar, speciella krav på vård och vårdformer (Trudel & Lesage, 2006). Därmed finns även ett behov av olika typer av uppsökande vårdformer och att jämföra dem med varandra. Genom att följa upp två

mobila psykiatriska team ett år efter att de startat upp sin verksamhet kan just detta studeras närmare (Ferris, De Siato, Sandercock, Williams & Shulman 2003). Det ena teamet opererar i en storstad medan det andra rör sig över ett glesbefolkat område. Man jämför journaldata, demografi, ekonomiska förutsättningar och vårdbehov. För att kunna förutse vårdbehovet med så skiftande förutsättningar har man tagit fram en modell för hur man med hjälp av sociodemografiska data kan förutse vårdbehov och därmed ha tillräckligt med vårdplatser och ändå kunna balansera för toppar och dalar i efterfrågan (Lesage et al., 2003). Studien avser städer men är justerbar för glesbefolkade områden och, enligt författarna, även översättningsbar till exempelvis europeiska förhållanden.

Lärdomarna från de mer glest befolkade områdena tycks vara att det går att undvika slutenvård och ändå uppnå framgångsrika vårdprocesser (Trudel & Lesage, 2006). Nyckeln till framgång förefaller vara det patientnära arbetet och det täta samarbetet mellan olika professioner (Ferris et al., 2003).

Även i USA eftersträvas alternativ till psykiatrisk slutenvård (Guo, Biegel, Johnsen & Dyches, 2001). En fördel som lyfts fram med uppsökande vård är att den både är kostnadseffektiv och förefaller nå etniska minoriteter i större utsträckning än traditionell psykiatrisk vård (Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002).

Ytterligare ett engelskspråkigt land som utvecklat olika former av uppsökande psykiatrisk vård är Australien. Även här kräver olika förutsättningar - såväl geografiska som kulturella och socioekonomiska - skiftande lösningar. Det blir därför av intresse att se om uppsökande psykiatrisk vård bäst bedrivs med ett sjukhus som huvudman, eller som social service (Hugo, Smout & Bannister, 2002). Att erbjuda vård med slutenvårdsstandard i hemmiljö frigör vårdplatser på psykiatriska akutmottagningar och skapar nöjdare anhöriga och patienter (Kalucy, Thomas, Lia, Slattery & Norris, 2004). Den öppna psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen har möjliggjort en tänkbar utveckling åt detta håll även inom svensk akutpsykiatrin. Lärdomar från andra länder - som precis som Sverige har kulturella, socioekonomiska och geografiska parametrar att ta hänsyn till - blir då relevanta.

## **2.6 Multidisciplinära arbetslag**

Utifrån ovanstående kan utläsas att uppsökande psykiatrisk vård förekommer i den engelskspråkiga världen och beskrivs i övervägande positiva ordalag. Det understryks även vid bredare litteraturöversikter. Rosen et al. (2007) har svårt att finna något negativt med den ambulerande modellen för psykiatrisk vård, så länge den har tydliga riktlinjer för vad som sker när den inte räcker till. De menar även att kostnadseffektiviteten i modellen är svår att

jämföra mellan olika studier och regioner eftersom det är avgörande vad modellen ställs emot i dessa jämförelser.

I Storbritannien - där en psykiatrireform vid millennieskiftet - banade väg för en utbyggnad av uppsökande psykiatrisk vård har man prövat olika former för denna verksamhet och är nu i en fas av utvärdering och nationell samordning (Ellis & Hodge, 2014). Lärdomarna av mobila team, som både bedriver vård i hemmet och i civilsamhället, tycks så här långt vara en tidigare upptäckt av människor med psykisk ohälsa, minskad slutenvårdsinläggning och ökad patient- och personalsäkerhet vid tvångsåtgärder (Hunt, 2012). Systemets svaghet förefaller vara att teamstrukturen, med små multidisciplinära arbetslag, är sköra om konflikter eller sjukdom uppstår i arbetslagen. Ytterligare en svaghet med små team förefaller vara att skillnader i vårdkultur kan utvecklas i olika arbetsgrupper med olika vård som följd. För att undvika detta visar Uddin (2006) på hur man i Leicestershire utvecklat en modell där alla arbetslag utgår från, och återsamlas på, samma kontor för rapportering, reflektion och för att säkerställa kontinuitet vid frånvaro av enskilda medarbetare.

### **3. PROBLEMFÖRMULERING**

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är organisationsformen som vården bedrivs på relevant att studera eftersom formen för vård får en direkt påverkan på patienten. Inom vårdvetenskapen är det vanligt förekommande att beskriva vårdrelationen som asymmetrisk. Utifrån denna infallsvinkel är det av intresse att studera hur olika vårdformer påverkar utförare och mottagare av vård, och inte minst hur makten över vården kan förskjutas från vårdaren till patienten. Inom den somatiska vården, där hemsjukvård är ett växande och prioriterat område, lyfts denna maktförskjutning fram som en av de stora fördelarna med denna vårdform och inom den psykiatriska vården har lagstiftningen ändrats under senare år vilket öppnar upp för en ökning av psykiatrisk hemsjukvård.

Sammantaget gör detta att den akutpsykiatriska hemsjukvården, som i dagsläget är ovanlig i Sverige, kan tänkas växa sig större och behöva beforskas mer. Ur ett vårdandeperspektiv skulle en ökad egenmakt för patienter kunna vara en vinst med en sådan utveckling. Ur vårdandets strukturella perspektiv är en minskning av antalet slutenvårdsplatser samt ett effektivt utnyttjande av vårdresurser en tänkbar fördel med akutpsykiatrisk hemsjukvård. Vård har i denna bemärkelse både en vårdande och en strukturell aspekt. Utifrån detta resonemang eftersträvar denna studie därför att göra en överblickbar sammanställning av det aktuella kunskapsläget inom den akutpsykiatriska hemsjukvården.

## 4. Syfte

Att beskriva hur akutpsykiatrisk vård påverkas av att utföras i hemmiljö, dels för patienten och dels ur ett organisatoriskt/strukturellt perspektiv.

## 5. Frågeställningar

Vård kan ses ur olika perspektiv. Dels ur patientens och de anhörigas synvinkel och dels ur ett sjuksköterskeperspektiv, men också organisatoriskt och strukturellt. Hur påverkas akutpsykiatrisk vård på både mikro-, meso- och makronivå av att utföras i hemmiljö?

## 6. Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska begreppsvärld som används i denna litteraturöversikt är framför allt hämtad ur Dorothea Orems teoribildning. Utöver detta berörs begreppet empowerment. Därför görs här en schematisk genomgång av viktiga begrepp.

### 6.1 Orems teori om egenvårdsbalans

Orems grundläggande tankegångar presenteras i teorin om egenvårdsbalans, Self-Care Deficient Nursing Theory (Orem, 2001). Teorin är uppbyggd av tre grundläggande strukturella begrepp; egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Som en röd tråd genom hela teorin löper tanken på den kompetenta människans förmåga att visa omsorg om sig själv och andra. Centralt är människans vilja och förmåga att möta livets krav och ensam eller tillsammans med andra, uppnå egenvårdsbalans och därmed optimalt välbefinnande. Orem gör i och med detta skillnad på begreppen *hälsa* och *välbefinnande*. Hälsa representerar ett personligt tillstånd av friskhet som tillsammans med fysisk och psykisk prestationsförmåga utgör en helhet, medan välbefinnande snarare handlar om individens upplevelse av sin livssituation och är något som kan erfaras trots sjukdom eller funktionsnedsättning.

Individens egen förmåga att bevara liv, hälsa och välbefinnande skapar ett eget ansvar vilket leder till medvetna reaktioner på kända behov (Orem, 2001). Dessa reaktioner föder handlingar som i Orems teoribildning kallas för egenvård. Omvårdnad syftar därmed till att så långt som möjligt stötta patientens självständighet och sjuksköterskans uppdrag blir därmed stödande eller guidande. Tilliten till människors potential att utveckla vanor och förmågor som upprätthåller motivationen till egenvård är grundläggande för förståelsen av teoribygget. Orem tydliggör även att egenvårdskraven kan skifta mellan olika kulturer och grupper vilket förutsätter en följsamhet vid omvårdnaden.

Orem gör skillnad på egenvårdsbehov och egenvårdskapacitet (Orem, 2001). När egenvårdskapaciteten inte matchar behoven uppstår en egenvårdsbrist. Sviktande förmåga eller möjlighet till egenvård leder till att behov av stöd eller omvårdnad uppstår. Detta stödbehov kan variera, beroende på om egenvårdsbristen är total eller partiell.

Eftersom egenvårdskapaciteten är erfarenhetsbaserad påverkas den av olika faktorer till exempel kultur, psykosociala förutsättningar och hälsotillstånd (Orem, 2001). Detta påverkar vilka egenvårdsbehov som finns och vilka egenvårdsbrister som uppstår. Även mentala färdigheter påverkar egenvårdskapaciteten. Förmågan att acceptera sitt hälsotillstånd har också betydelse för egenvårdskapaciteten. En krock uppstår när patienter saknar sjukdomsinsikt, inte ser sina egenvårdsbehov och därmed inte heller använder sin egenvårdskapacitet. Det är exempel på situationer då anhöriga eller sjuksköterskor kliver in och tar ansvar för egenvården istället för att individen gör det.

Orem (2001) menar alltså att individers egenvårdsbrist går att kompensera för, med målet att balansera upp egenvårdskapaciteten. När sjuksköterskan på detta sätt kompenserar för en patients brist på egenvård så ingår sjuksköterskan och patienten i det som Orem definierar som ett omvårdnadssystem. Omvårdnadsinsatsen står dock i ständig relation till individens egna mål och värderingar. Att samspela i omvårdnadssystemet stärker individens självförtroende och innebär att sjuksköterskan eftersträvar ökad egenvårdskapacitet hos individen så att vårdbehovet minskar – vilket enligt Orems synsätt är syftet med all vård.

Denna inriktning på individens förutsättningar till egenvård gör att fokus förskjuts från vårdgivaren till individen som är i behov av vård. Därmed blir vårdrelationen aningen mer jämlik vilket gör Orems teoribildning användbar när hemsjukvård ska utforskas i en psykiatrisk kontext.

## 6.2 Empowerment

Alla människor har inte samma förutsättningar till egenvård (Orem, 2001). Ibland behöver förmågan utvecklas. Att arbeta stöttande genom att uppmuntra patienter att ta kommandot över sitt eget liv är ett sätt att stötta patientens egenvårdsförmåga vilket skapar patient-empowerment (Insulander & Björvell, 2013).

Begreppet *empowerment* är komplicerat att översätta till en heltäckande svensk term men maktindelning, maktöverförande och bemyndigande är översättningar som föreslagits (Fossum, 2013). Eftersom empowerment definieras som en individuell process där förmågan att styra sitt eget liv är centralt, så används det vidare i denna text synonymt med svenskans egenmakt. Där Orem framhäver sjuksköterskans *makt* i form av kunskap som något som krävs i

handledningen av patienten, kontra patientens *förmåga* att fatta självständiga beslut (Orem 2001), så utgör snarare empowermentbegreppet ett sammanflätande av dessa två begrepp till en helhet (Insulander & Björvell, 2013). På så sätt illustreras tydligt hur patientempowerment är processen som leder fram till en fördjupad förståelse för individen av sin livssituation och vilka ställningstaganden som ligger till grund för de beslut hen fattar om sin vård. Med full egenmakt ges individen möjligheten att fatta alla viktiga beslut själv, även sådana som kan uppfattas som felaktiga av omgivningen (Rønning, 2007). Detta perspektiv innebär ett fokus på förmågor och styrkor snarare än brister och behov (Insulander & Björvell, 2013). Sjuksköterskans roll i detta blir - precis som i Orems teoribygge - vägledande, aktivt handledande och som bollplank för tankar och känslor. På detta sätt hoppas man uppnå en situation där individen tar eget ansvar och är subjektet i vårdrelationen.

## 7. Metod

Detta arbete utförs som en litteraturöversikt, med ett vårdvetenskapligt fokus över aktuell forskning inom området. Till stöd har Fribergs (2012a, 2012b) metod för utformning av vårdvetenskapliga examinationsarbeten använts.

### 7.1 Datainsamling

För att hitta lämpligt material till litteraturöversikten har författarna använt sig av etablerade databaser som Cinahl Complete, PubMed, Academic Search Complete, Medline, PsycINFO och Psychology and Behavioral Sciences Collection. I början av processen anlades ett helikopterperspektiv i enlighet med Fribergs (2012b) rekommendation för en tydlig överblick av materialet. Sökningarna justerades för att resultatet bättre skulle passa syftet och vice versa. Både termer enligt Svenskt Mesh och andra termer användes. Samtliga sökningar utfördes i ämnesordsfältet eftersom det ger en hög ämnesprecision (Östlundh, 2012). I takt med växande insikt i ämnet förfinades sökningarna för att snäva in antalet träffar. Termerna som initialt användes var *psychiatric, home care, inpatient, home treatment, nursing, mental health, mental care* och *mobile team*. I ett senare skede söktes på begreppen *crisis resolution and home treatment (CRHT)* och *Crisis resolution team (CRT)*, då dessa framstod som vedertagna termer för akutpsykiatriska insatser i patientens hem. Tre av resultatartiklarna hittades som sekundärsökningar via andra artiklar (*Bilaga 1*).

## 7.2 Dataurval

Sammanlagt gav dessa sökningar cirka 228 träffar vars rubriker gick igenom. På 88 av dessa lästes abstraktet. I detta steg i urvalsprocessen gjordes nya begränsningar för att hålla ihop materialet. Sökningarna gjordes på artiklar i tidsintervallet 2000-2015. Artiklar som handlade om personer under 18 år och över 65 år valdes bort för att dessa personers sjukdomsbild ofta ser annorlunda ut (Larsson & Rundgren, 2010). Artiklar med tydligt medicinskt, psykologiskt eller sociologiskt perspektiv valdes också bort för att behålla det vårdvetenskapliga perspektivet. Dessutom lyftes artiklar ur en västerländsk kontext fram för att få ett mer homogent material. Dock noterades att attityder och värderingar från hela världen påverkar den västerländska kulturen i och med den moderna tidens migration (Uddin, 2006).

Fyrtio artiklar matchade syftet såpass väl att resultatdelarna lästes. Efter detta återstod elva artiklar. En passande mängd resultatartiklar för arbetet. Dock saknades det kvalitativa artiklar med patient- och personalperspektiv. Därför gjordes riktade sekundärsökningar via referensförteckningarna i de artiklar som valts ut. Några av de tolv resultatartiklar som slutgiltigt valdes ut till denna litteraturöversikt härrör ur dessa sökningar. Övriga artiklar kom delvis att integreras i bakgrundsmaterialet och diskussionen.

Resultatartiklarna publicerades under åren 2001-2013 varav endast två tidigare än 2007. De kom från hela västvärlden med tonvikt på Storbritannien, fem stycken, och Norge, tre stycken. Två artiklar var från Australien, och vardera en från USA och Schweiz. Det fanns inga studier från Sverige på det valda ämnesområdet varför ytterligare en sekundärsökning genomfördes. Denna sökning var att kontakta Psykiatri Södra Stockholm, som jobbar med mobila akutteam, för att få veta mer om eventuell svensk forskning på området. Detta gav dock inga uppslag.

## 7.3 Dataanalys

De resultatartiklar som använts i denna litteraturöversikt utgjordes av nio kvantitativa och tre kvalitativa originalstudier. Samtliga utvalda artiklar var granskade vetenskapligt. Författarna inledde med var sin noggrann genomläsning av resultatartiklarna och sammanfattade dessa skriftligt (*Bilaga 2*). Därefter analyserades artiklarna gemensamt för att identifiera likheter och skillnader mellan studierna. Även tolkningar av innehåll och meningsskiljaktigheter lyftes fram och diskuterades tills konsensus uppnåts. Under denna process utmejslades två huvudteman; *vårdandet* och *dörrvaktandefunktionen*. Dessa utgjorde sedan stommen för författandet av resultatdelen, där dessa teman kom att utvecklas med fem respektive tre subteman.

## 8. Forskningsetiska överväganden

Bara ett fåtal av resultatartiklarna i föreliggande litteraturöversikt redovisar att de är etiskt prövade. Författarna har trots detta inte kunnat upptäcka att någon av artiklarna skulle ha ett icke godtagbart etiskt upplägg. Det är dock viktigt att säkerställa studiers kvalité och resonera kring och granska sina etiska resonemang (Friberg, 2012b).

Fullständig neutralitet är inte möjlig inom forskningsvärlden utan forskare påverkas alltid av sin förförståelse (Dahlborg- Lyckhage, 2012). Eftersom författarna till denna litteraturöversikt har en bakgrund inom psykiatrisk vård var det viktigt att medvetandegöra sig om att erfarenheter och attityder kan ställa sig i vägen för förståelsen av materialet. Därför har ett etiskt ställningstagande i denna litteraturöversikt varit att inte bidra till stigmatisering, varför ett språkbruk som undviker att befästa fördomar och stereotyper eftersträvat. Problematiken har diskuterats sinsemellan och med handledare.

## 9. Resultat

Den vård som beskrivs i denna litteraturöversikts resultatartiklar ser givetvis olika ut. Det som är gemensamt för dem är att de behandlar hur mobila akutpsykiatriska team på ett eller annat sätt arbetar med akutpsykiatri i patientens hem, samt att teamet innehåller minst en sjuksköterska. Sammantaget ger de redovisade artiklarna en god bild av fördelar och nackdelar med akutpsykiatrisk hemsjukvård, som har legat till grund för skapandet av två huvudteman *vårdandet* och *dörrvaktandet* med deras subteman *sänkt tröskel för hjälp, respektfullt bemötande, trygghet i vården, krisen som en möjlighet till förändring och sjuksköterskans roll och uppgifter* samt *triageringsinstrumentet som mått på kostnadseffektivitet, ekonomiska bieffekter* och *mobila team utan dörrvaktande funktion*.

### 9.1 Vårdandet i akutpsykiatrisk hemsjukvård

Under följande tematiska rubriker lyfts vårdandets enskilda element i den akutpsykiatriska hemsjukvårdsmodellen fram och förtydligas.

#### 9.1.1 Sänkt tröskel för hjälp

Ett psykiatriskt akutbesök är ett stort steg i en persons liv och generellt sett förknippat med skam och stigmatisering (Lyons, Hopley, Burton & Horrocks, 2009). Ofta finns också en rädsla för våldsamerheter och att bli dåligt behandlad eller tvångsinlagd. Alternativet att istället få kontakt med ett mobilt akutpsykiatriskt team är inte lika drastisk för den som mår dåligt. På detta sätt underlättar vårdstrukturen för individen och tröskeln sänks för kontakt. Som en



effekt av detta visar Singh, Rowan, Burton och Galletly (2010) hur personer med psykisk ohälsa vänder sig till vården tidigare i sjukdomsprocessen. Det totala antalet psykiatriska akutbedömningar var betydligt fler än vad psykiatriakuten gjorde innan det mobila teamet startade sin verksamhet. Detta ledde till tidigare insatser vilket ledde till färre inläggningar och att fler patienter snabbt fick adekvat hjälp. Detta gäller för de flesta psykiatriska diagnoser (Brimbelcombe, O'Sullivan & Parkinson, 2003), även schizofreni som traditionellt betraktats som en vårdkrävande sjukdom (Baumann et al., 2013). I Hultberg och Karlssons (2007) intervjustudie av patienter med erfarenhet av mobila team berättar de att den smidigare tillgängligheten gör att de kan ta kontakt tidigare och därmed förebygga återfall i psykos. Liknande resultat framförs av Baumann et al. (2013) när de beskriver ett projekt för tidig intervention vid psykossymptom. I 54 % av fallen kunde man helt undvika inläggning och tvångsvård. En viktig del i denna process var de mobila team som arbetade med patienterna i hemmet på ett tidigt stadium. Därmed illustreras hur vårdens struktur har direkt påverkan på patientnivå.

### 9.1.2 Ett respektfullt bemötande

Över lag uppger både patienter och anhöriga att de är nöjda eller mycket nöjda med den vård som ges via mobila akutpsykiatriska team (Barker, Taylor, Kader, Stewart & Le Fevre, 2011; Baumann et al., 2013; Hultberg & Karlsson, 2007; Singh et al., 2010). Gemensamt för alla arbetslag som arbetar hemma hos patienter och beskrivs här är att patientens upplevelse av att vara i akut psykiatrisk kris är centralt för om det initialt ska betraktas som en sådan. Trots detta uppstår ibland missförstånd kring allvarlighetsgraden i sjukdomstillståndet. Det sker framför allt om patientens upplevelse inte överensstämmer med diagnosmanualernas kriterier eller de riktlinjer teamen har till stöd i sitt arbete. (Lyons et al., 2009). Det gäller särskilt för personer som tidigare inte varit i kontakt med den psykiatriska vården. Dessa upplever sig som oförstådda, då de inte behärskar de spelregler och den vokabulär som krävs för att få hjälp. Avgörande för att dessa patienter ska återfå förtroende för vårdgivaren är att de upplever sig som lyssnade på och bemötta med respekt. Vikten av ett respektfullt bemötande återkommer när Barker et al. (2011) redogör för hur somliga patienter erfar obehagskänslor när för dem okända personer, vårdpersonal, kommer in i deras hem. Särskilt om de upplever att det inte finns något annat alternativ till att få vård. Denna situation kan till exempel väcka oro för att få sina barn omhändertagna (Hultberg & Karlsson, 2007). Den misstro som kan uppstå mellan patient och vårdare i denna typ av situationer överbyggs genom förståelse för vad det innebär att komma innanför patientens privata sfär, gott bemötande och tydlig

kommunikation. Personalens personliga erfarenheter av psykisk ohälsa fungerar som en utvidgad förståelse för vad patienterna går igenom (Sjølie, Karlsson & Binder, 2013). När vårdgivaren använder sig av dessa kunskaper påverkar det hans yrkesroll och hur de förhåller sig till situationen i patientens hem. Detta förefaller mest vara positivt i patientmötet, men det händer att personalen måste distansera sig i situationen för att hålla isär egna minnen från det faktiska skeendet.

Vissa patienter beskriver också att psykiatrisk hemsjukvård innebär att ett väl stort ansvar gällande behandlingen läggs över på dem själva, och att de sen lämnas ensamma utan tillräcklig uppföljning (Hultberg & Karlsson, 2007). Samtidigt beskrivs ansvariggörandet som en viktig del i återhämtningsarbetet. Ansvar ger patienten kontroll och en grund för diskussion om handlingsalternativ. När patientens val respekteras skapas en känsla av att problemen är något man vill förändra för sin egen skull – inte för vårdgivarens.

### 9.1.3 Trygghet i vården för patienter och anhöriga

Utöver det respektfulla bemötandet är trygghet återkommande när patienter och anhöriga beskriver varför de är nöjda med den akutpsykiatriska hemsjukvården (Singh et al., 2010; Barker et al., 2010; Hultberg & Karlsson, 2007). Även de goda möjligheterna att hjälpa anhöriga i att stötta sina närstående beskrivs som en orsak till tillfredställelsen med hemsjukvårdsmodellen (Baumann et al., 2013). Att involvera anhöriga i vården kan dock medföra svårigheter för dem. I Fulford och Farhalls (2001) studie om vilken vårdform anhöriga till personer med allvarlig psykisk sjukdom föredrar visar det sig att en majoritet, 55 %, föredrar inläggning på psykiatrisk avdelning framför vård i hemmet. Det beror på den börda som vård i hemmet innebär för den anhörige - som i denna studie oftast är en mor till ett vuxet barn. Att istället erbjuda vård i slutenvårdsmiljö upplevs av dessa anhöriga som ett andrum med tid för återhämtning - något som de beskriver att de saknar men är i stort behov av.

Ur patientens perspektiv förefaller dock vård i hemmet öka upplevelsen av trygghet och personalen uppger att de får mer tid till patientmötet (Hultberg & Karlsson, 2007).

Tidsaspekten gör att individens särart lyfts fram vilket minskar patientens upplevelse av bara vara en diagnos. Denna helhetssyn på patienten och hans sammanhang leder fram till en ökad möjlighet att fokusera på hans styrkor i arbetet för tillfrisknande.

Det förefaller dock som att vetskapen om att slutenvård finns som alternativ möjlighet om vården i hemmet skulle falla har en stressreducerande effekt för både anhöriga och patienter (Singh et al, 2010).

#### 9.1.4 Krisen som en möjlighet till förändring

En psykiatrisk kris bemästras genom olika hanteringsstrategier (Hultberg & Karlsson, 2007). Om ett fungerande mobilt akutpsykiatriskt team finns närvarande kan de stötta individen i att välja goda strategier. Dessa kan uppfattas som krävande av patienten. Men den akuta krisfasen kan även fungera som ett kortvarigt, intensivt, tillfälle att implementera nya handlingsmönster hos personen som hen kan använda sig av i framtida liknande situationer. Vård i hemmet ökar patientens trygghet eftersom vården sker på patientens arena (Hultberg & Karlsson, 2007). Att samspela med den trygga omgivningen syftar till att stärka patienten och de anhöriga i att de klarar av att hantera den uppkomna situationen. Fokus ligger på patientens förmågor snarare än tillkortakommanden vilket förutsätter en lösningsfokuserad attityd visavi patienten. Detta understöds i en enkätstudie av Barker et al. (2010) där det framgår - via frivilliga kommentarsfält - att patienterna uppskattar det stöd de får i sitt förändringsarbete. Patienterna beskriver känslan av att inte behöva forcera fram snabba framsteg, utan att vården ges på deras villkor. Att på detta sätt guida patienten genom den akuta krisen syftar till att stärka patienterna och göra dem till huvudpersonerna i det psykiatriska arbetet (Hultberg & Karlsson, 2007). När patienten själv görs ansvarig för sina egna handlingar så visar vårdpersonalen respekt mot hen. Samtidigt skapas ett tydligt egenansvar där vårdpersonalen agerar stöd snarare än ställföreträdare för patienten. I denna process är det viktigt att vårdpersonalen reflekterat kring sina personliga erfarenheter av psykisk ohälsa så att dessa kan integreras i det patientnära arbetet (Sjølie et al., 2013). Allt detta syftar i slutändan till att normalisera situationen och undvika en kanske onödig slutenvårdsplacering (Lyons et al., 2009).

#### 9.1.5 Sjuksköterskans roll och uppgifter i de mobila teamen

Den vanligaste verksamheten för de mobila akutpsykiatriska teamen är akut vård med tidsbegränsad uppföljning (Brooker, Ricketts, Bennet & Lemme, 2007; Brimblecombe et al., 2003; Jones & Jordan, 2010; Barker et al., 2011; Singh et al., 2010), men kan även vara förebyggande (Baumann et al., 2013; Lyons et al., 2009; Hasselberg, Gråwe, Johnson & Ruud, 2011;) eller organiseras som en renodlad uppföljandeinsatts efter att patienterna skrivits ut från slutenvård (Currier, Fisher & Caine, 2010). Vidare har insatserna ett tydligt fokus på samtal och aktiv närvaro vilket kan beskrivas som en terapeutisk aspekt (Baumann et al., 2013; Hultberg & Karlsson, 2007).

Som tidigare belysts så organiseras mobila akutpsykiatriska team olika i skilda delar av världen, men även inom nationer med samma regelverk. Därav kan skönjas att

sjuksköterskorna i arbetslagen spelar olika roller. Gemensamt är dock kravet på självständigt beslutsfattande. Oavsett om arbetslagen är sjuksköterskeledda (Brooker et al., 2007; Barker, 2011) eller självständiga med möjlighet att konsultera en arbetsledare (Brimbelcombe et al., 2003; Singh et al., 2010) så är deras grundstruktur multidisciplinär med minst en sjuksköterska involverad i arbetet (Hasselberg et al., 2011; Jones & Jordan, 2010).

Sjuksköterskornas initiala bedömning utgör denna vårdforms frontlinje (Baumann et al., 2013) och bedömning samt sortering blir därför viktiga arbetsuppgifter (Brooker et al., 2007). Den yrkesuppgiften korresponderar till det nästkommande huvudtemat dörrvaktande, men beskrivs som en handfast arbetsledande åtgärd för att kunna ge bästa vård. Denna del av arbetsuppdraget kan ifrågasättas av anhöriga och patienter, som kan uppleva att akutteamets personal överdriver sitt dörrvaktande uppdrag och hindrar människor som borde bli inlagda från att bli det (Lyons et al., 2009). Detta kan skapa konfliktfyllda situationer att bemästra. Dessutom kan väntetiden i hemmet även skapa ovisshet jämfört med att vänta på en akutmottagning, där det finns tillgång till hjälp om patientens tillstånd förvärras.

Samarbetet mellan arbetslaget, den sjuke och anhöriga beskrivs som viktigt och bygger på ett respektfullt bemötande (Baumann et al., 2013). För att uppnå detta vinnlägger sig sjuksköterskan om en god kommunikation med lyssnande och tålamod som riktlinje (Hultberg & Karlsson, 2007). Vetskapen om att ett hembesök innebär att komma innanför patientens privata sfär, vilket kan uppfattas som skrämmande (Barker et al., 2011), gör att en känslighet för situationen betonas. Samtidigt som maktförhållandet i vårdrelationen förskjuts så tonas dramatiken i mötet ned (Sjølie et al., 2013). Detta sker till förmån för en upplevelse av att vara gäst i personens hem och nuvarande livssituation. Denna känslighet förefaller även skruva ner stressnivån för patienterna och deras närstående (Hultberg & Karlsson, 2007).

Den utsatta arbetssituationen i ett litet team i människors hem kräver stor följsamhet, erfarenhet och självständighet. Jones och Jordan (2010) beskriver i sin studie av mobila akutpsykiatriska team i Wales problemet med att finna kompetent personal som ett av de största hindren för utveckling av verksamheten. De visar även på att den, för personalen, tryggare miljön på en akutmottagning gör att en osäkerhet kring akutpsykiatrisk hemsjukvård finns bland vårdpersonal.

Som avslutning på denna del - som handlat om sjuksköterskans roll i den akutpsykiatriska hemsjukvården - återstår två konstateranden som också påverkar förutsättningarna för akutpsykiatrisk hemsjukvård. För det första framkommer det att belastningen på arbetslagen ökar i mer socialt eftersatta bostadsområden (Brooker et al., 2007). För det andra framstår det

som att de team som finns tillgängliga dygnet runt möter en större andel allvarligt sjuka personer (Hasselberg et al., 2011).

## **9.2 Uppsökande psykiatrisk vård som dörrvakt**

Under följande tematiska rubriker redogörs för de subteman som påverkar vården, och därmed patienterna, på ett mer övergripande organisatoriskt plan. De mobila teamens initiala patientbedömning innebär att man sorterar ut vilka patienter som kan tillgodogöra sig vården hemma och vilka som behöver slutenvård. Denna uppgift kallas på engelska för gate keeping och benämns vidare i detta arbete som dörrvaktande.

### **9.2.1 Triageinstrumentet som ett mått på kostnadseffektivitet**

För att den akutpsykiatriska hemsjukvården ska kunna utföras har olika triagesystem tagits fram. Ett av dessa beskrivs tydligt av Brooker et al. (2007). När personalen möter patienten i hans hem så görs en bedömning av problemen och behovet av vård. Denna sortering är i grunden ett arbetsinstrument för att se patientens vårdbehov, men utifrån detta kan man i efterhand ta fram ett statistiskt underlag; till exempel för jämförelser med andra områden eller vårdformer. Att visa hur behovet av slutenvårdsplatser minskar när insatserna istället utförs i hemmiljö förefaller vara en måttstock för att mäta de mobila teamens kostnadseffektivitet (Hasselberg et al., 2011; Singh et al., 2010; Jones & Jordan, 2010). Ju färre inläggningar på psykiatriska slutenvårdsavdelningar jämfört med tidigare (Barker et al., 2011), eller i jämförelse med regioner utan mobila team (Baumann et al., 2013; Hasselberg et al., 2011) desto effektivare bedöms vården vara. Att använda triageinstrumentet, som huvudsakligen är till för att prioritera och strukturera det dagliga arbetet, på detta sätt innebär att den initiala bedömningen även blir en sortering av patienter där vissa kommer erbjudas hemsjukvård medan andra kommer att få slutenvård. Dörrvaktarfunktionen används även för att rättfärdiga vårdformen ekonomiskt. Därför blir det extra viktigt att poängtera att de mobila teamen fungerar som ett komplement till, och inte en ersättning för, akutpsykiatrisk slutenvård (Brimblecombe et al., 2003).

### **9.2.2 Ekonomiska bieffekter av den akutpsykiatriska hemsjukvården**

Hemsjukvård visar sig även korta vårdtiderna inom den psykiatriska slutenvården. I såväl Schweiz (Baumann et al., 2013) som Australien (Singh et al., 2010) har man hämtat inspiration från den somatiska vården när den akutpsykiatriska hemsjukvården byggs upp. Det framgår här att patienter blir aktuella för psykiatrisk slutenvård även under, eller efter, att de framgångsrikt har mottagit vård i hemmet. I dessa fall övergår det mobila teamet till att bli

en utslussningsenhet, vilket ger kortare sjukhusvistelser och minskade vårdkostnader. Liknande resultat framkommer när antalet vårddygn i snitt jämförs före och efter införandet av mobila team i Skottland (Barker et al., 2011). Det visade sig att de patienter som skrevs in i slutenvård efter att det mobila teamet påbörjat sin verksamhet kortade slutenvårdsvårdtiden med i snitt 6,48 dagar, vilket motsvarade en minskning på 22 %. Däremot förblev andelen återinskrivna i vård oförändrat. Detta kan förklaras av att patienterna och de anhöriga inte alltid är överens med vårdgivaren om att behandlingen ska avslutas eller överföras till andra vårdformer (Lyons et al., 2009).

### 9.2.3 Mobila team utan dörrvaktande funktion

Undantaget från den dörrvaktande funktionen utgörs av de norska mobila teamen (Hasselberg et al., 2011). Där har man modifierat den akutpsykiatriska hemsjukvårdsmodellen utifrån hur den tillämpas i Storbritannien. Man har lyft bort den dörrvaktande uppgiften och erbjuder inte heller vård dygnet runt. Enligt Hasselberg et al. (2011) får det som konsekvens att slutenvården fortfarande tar emot samtliga akutpatienter under sena kvällar och helger.

Även i Storbritannien förekommer akutpsykiatrisk hemsjukvård som delvis befriats från dörrvaktande-funktionen (Jones & Jordan, 2010). Somliga mobila team bedriver bara verksamhet tolv timmar per dygn och övrig tid hänvisas till psykiatriska akutmottagningar. Dessa enheter blir svåra att jämföra statistiskt med de akutpsykiatriska mobila team som verkar dygnet runt. Dessa team kännetecknas också av en större selektering av patienter utifrån diagnos, vilket ytterligare försvårar jämförelser med dygnetruntverkande mobila team, som i regel tar emot alla akutpsykiatriska patienter.

## 10. Diskussion

### 10.1 Metoddiskussion

Att denna litteraturöversikt fokuserar både på vårdandet av patienten och på strukturella aspekter på vården är ett medvetet val. Det breda perspektivet behövs eftersom området är relativt okänt i vidare kretsar och delvis även för författarna. Att bara ta upp ett av perspektiven skulle ge en för bristfällig förståelse för läsare som inte är konnässör på detta specifika ämnesområde.

Under sökprocessen efter material till detta arbete upplevdes det som problematiskt att det valda ämnesområdet föreföll vara så pass lite beforskat. För att utesluta att det magra utfallet av sökningarna berodde på vilka termer som valts, gjordes ett antal separata sökningar med alternativa infallsvinklar och sökord. Det faktum att det upplevdes som svårt att finna

relevanta artiklar kan även förklaras med att mycket av tidigare forskning om psykiatrisk hemsjukvård har inriktats på långvariga socialpsykiatriska behandlingar, medan denna litteraturöversikt fokuserar på akutpsykiatri.

Både Östlundh (2012) och Karlsson (2012) belyser det faktum att man genom att precisera sina litteratursökningar för att hitta önskat material samtidigt exkluderar annat möjligt material. Detta blev även uppenbart för oss författare under arbetets gång. På så sätt är en litteraturöversikt av denna modell långt ifrån en heltäckande kunskapsöversikt utan snarare en skärva av en större kunskapsdomän. Trots denna insikt menar sig författarna ha lyft fram relevanta artiklar i relation till det valda syftet. För att ytterligare öka reliabiliteten i bedömningen av artiklarna har författarna, på så sätt som Henricson (2012) förordar, granskat artiklarna var och en för sig och sedan jämföra sina resultat.

Östlundh (2012) menar att full text som begränsning är mindre bra. Detta eftersom det sätter form framför innehåll. Därför nöjde vi oss med att begränsa sökningarna till peer reviewed. Att använda peer reviewed är inte ett fullt tillförlitligt sätt att säkerställa vetenskaplig kvalitet på sökningarna, men det ger enbart träffar från tidskrifter som systematiskt tillämpar vetenskaplig granskning. Därefter måste samtliga artiklar granskas ytterligare, så att de uppfyller vetenskapliga kriterier. Eftersom vetenskap är en färskvara valde vi även bort de artiklar som var femton år eller äldre. I de två fall där de utvalda artiklarna var äldre än tio år granskades dessa extra noga utifrån om de tillförde något substantiellt till diskussionen. I det ena fallet var artikeln relevant eftersom den visade på ett tydligt missnöje från anhöriga med akutpsykiatrisk hemsjukvård. I det andra fallet behölls artikeln eftersom den gav en tydlig bild av vilka patientgrupper som får hemsjukvård.

En aspekt som de flesta av resultatartiklarna redovisat bristfälligt är bortfallet i de studier som vänder sig direkt till patienter. En studie redovisar tydligt att personer med nedsatt kognitiv förmåga och sådana med uttalat negativ inställning till vården oftare avstått från medverkan. Dessa tillhör samtidigt de sjukaste och mest utsatta patienterna. Alla studier redovisar inte bortfallet, men det skulle kunna vara så att de svagaste patienternas röst inte är lika väl representerade som de mer välanpassade. Därmed finns en risk att urvalet, och även resultatet, blir snedvridet. Detta skulle i sin tur kunna påverka slutsatserna i denna litteraturöversikt.

I samtliga artiklar framkommer att sjuksköterskeprofessionen är representerad men de spelar olika framträdande roll i de team som beskrivs. En svaghet i föreliggande litteraturöversikt är därför att det inte alltid gått att urskilja sjuksköterskans specifika roll i de multidisciplinära arbetslagen. Ytterligare en svaghet kan röra att ordet vård vid närmare

granskning innehåller två komponenter, dels det rent vårdande och dels det mer strukturella. Med det senare avses vård i bemärkelsen vårdform. I föreliggande text används denna betydelse av ordet främst i sammansatta termer så som psykiatrisk vård och hemsjukvård. Denna svaghet har författarna försökt lösa genom att tematiskt skilja på vårdandet och dörrvaktandet i detta arbetes resultatdel och resultatdiskussion.

Det faktum att författarna inte har engelska som modersmål kan ha påverkat resultatet negativ då vår förståelse av språkets djupare innebörd kan gå förlorad. Detta blir extra riskabelt då de flesta av de artiklar vi valt är författade av engelskspråkiga individer. Vi har dock valt att söka efter engelskspråkiga artiklar eftersom engelska är vetenskapens officiella språk och därför anses mest relevant (Segesten, 2012). Trots detta har en norskspråkig studie inkluderats. Detta eftersom den var relevant för vår litteraturöversikt och vi ansåg att vår förståelse av norska låg i nivå med våra engelskakunskaper.

## 10.2 Resultatdiskussion

Föreliggande litteraturöversikt om akutpsykiatrisk hemsjukvård ger en bild av två huvudteman. Dessa rör sig från mikronivå; hur själva vårdsituationen i en människas hem tar sig uttryck avseende bemötande, maktförhållande och valfrihet - via mesoperspektivet; hur sjuksköterskor upplever situationen och organisationen i ett mobilt team - till makroperspektivet; och vilka effekter vårdformen får på strukturell nivå, till exempel gällande ekonomiska konsekvenser och lagstiftning.

Utifrån den organisatoriska aspekten - på mesonivå - beskrivs hur vårdssystemet och de befintliga vårdformerna påverkas, på gott och ont, när ett nytt angränsande vårdssystem, i form av akutpsykiatrisk hemsjukvård, skapas. De organisatoriska komponenterna får även effekter på mikronivå eftersom de påverkar patienternas situation. På så sätt ämnar diskussionen illustrera en tematisk kedja som går från patientens mikroperspektiv via strukturella nivåer, tillbaka till patientnivån. Som komplement till detta kommer även Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans att vävas in (Orem, 2001).

### 10.2.1 Påverkan på vårdens tillgänglighet

Resultatdelen i denna litteraturöversikt innehåller två arkitektoniska metaforer, sänkt tröskel till vård och dörrvaktandet. Den första syftar på att det blir lättare att få vård när patienten inte behöver ta sig till en akutmottagning vid psykiskt ohälsa. Detta medför ofta tidigare och mer förebyggande insatser vilket visat sig minska behovet av slutenvårdsinskrivningar, något som är positivt. Även den andra metaforen, dörrvaktarfunktionen, har effekten att färre blir



inskrivna och det är oftast positivt. För det gäller att de som behöver slutenvård får det. Detta belyser vikten av att dörrvaktaruppdraget är omsorgsfullt formulerat och utförs av personal som gör korrekta bedömningar. De personalreflektioner som finns i resultatdelen vittnar om väldigt engagerad och kompetenta vårdare som gör ett utmärkt jobb. Men där finns också patientberättelser om att inte få den vård man vill ha. Detta tyder på att de mobila teamen ibland kanske inte fungerar så flexibelt och bra som de borde, och själva tror sig göra. Om dörrvaktandet tillämpas alltför nitiskt kan det få förödande konsekvenser och sjuka människor kan bli utan den vård de behöver. I kombination med svårighet att rekrytera kompetent personal till de mobila teamen noterar vi här en risk med akutpsykiatrisk hemsjukvård som vårdform för vissa patienter.

### 10.2.2 Psykiatrisk egenvårdsbalans i hemmet

Det visar sig i vår resultatanalys att akutpsykiatrisk hemsjukvård i de flesta fall åstadkommer bra resultat. När man som sjuksköterska kommer hem till någon blir man en gäst hos hen, vilket gör något med mötet. I föreliggande material har vi tagit del av många patientreflektioner om olika faktorer som gör mötet i hemmet positivt och konstruktivt, jämfört med hur det kan se ut på en psykiatrisk akutmottagning. Det handlar om att ta sig tid, se patienten man möter som en människa, och den respekt och lyhördhet som personalen i teamen visar.

Om en persons psykiska tillstånd gör att hen inte själv kan tillfredsställa sina egenvårdsbehov på grund av att egenvårdskapaciteten har sjunkit så uppstår en egenvårdsbrist (Orem, 2001). Personen kan helt enkelt inte fullt ut ta hand om sig själv och sitt liv. En sjuksköterska i ett mobilt akutpsykiatriskt team kan då kompensera för egenvårdsbristen så att egenvårdsbalans uppstår igen. Denna kompenserande handling kan till exempel vara att säkerställa att patienten tar sin medicin. Sjuksköterskan ingår då i omvårdnadssystemet kring patienten. När resonemangen i de granskade resultatartiklarna läses med Orem's teori om egenvårdsbalans för ögonen förefaller det som om skillnaden mellan att få ett hembesök och att behandlas på en psykiatrisk akutmottagning blir att den sjuke i sin hemmiljö känner sig tryggare, har bättre kommando över situationen och har bättre förutsättningar att bevara eller återskapa sin egenvårdskapacitet. Därmed behöver insatsen från vården inte bli lika omfattande. Sjuksköterskan kan ägna sig mer åt stödjande och guidande än inom slutenvården. Målet med detta är att öka patientens egenmakt, empowerment. Det sker genom att det asymmetriska maktförhållandet som kan finnas i en vårdssituation (Dalberg & Segesten, 2010), i hemsjukvårdskontext blir mer utjämnat (Sjølief et al., 2010). Den egna

beslutskapaciteten stärks så att patienten i framtiden ska kunna handleda sig själv i att finna nya hanteringsstrategier. Att på detta sätt stärka egenvårdskapaciteten är något som Orem (2001) förordar och som flera av studierna i detta arbete betonar som en viktig del av behandlingen de mobila teamen ger hemma.

Att nå potentiella patienter i ett tidigt stadium av sjukdomsförloppet är av stor vikt för att uppnå en snabb återhämtning. Hopkins och Niemiec (2007) menar att det är i krisskedet som ett frö till förändring kan sås. När en psykiatrisk kris uppstår tar skilda individer till olika strategier för att bemästra sitt förändrade mående. Vissa hanteringsstrategier kan vara lindrande i stunden men destruktiva i det långa loppet. Det framstår tydligt i föreliggande litteraturöversikt att ett akutpsykiatriskt hemsjukvårdsteam kan fungera understödande i att hitta konstruktiva handlingsalternativ i denna krisfas. Utifrån Orem's (2001) teori om egenvårdsbalans är detta ett förnämligt exempel på hur patientens egenvårdsbrist kan kompenseras genom guidning och stöd. Att på detta sätt hjälpa till att lokalisera patientens styrkor och understödja konstruktiva beteenden är, menar vi, den av de mobila teamens uppgifter som korresponderar tydligast med Orem's teoribildning.

Även när teamen kommer in i en senare del av det psykiatriska krisförloppet är denna lösningsfokuserade hållning viktig (Hopkins och Niemiec, 2007). Om en vårdrelation finns etablerad sedan tidigare känner personalen förhoppningsvis till patientens resurser och styrkor och kan hjälpa till att fokusera på dessa. Om inte så kan det mobila teamet ta hjälp av anhöriga, eller helt enkelt bara finnas där som en lyssnande medmänniskor. Att möta patienter, och deras anhöriga, mitt i en psykisk kris innebär att möta dem när de är som mest sårbara. Det kräver lyhördhet men är även i vissa fall ett tillfälle då vardagliga murar och skyddsmekanismer är satta ur spel, vilket öppnar upp för en möjlighet till beteendeförändring. Sådan förändring måste följas upp över tid, menar Hopkins och Niemiec (2007), och att bli lyssnad på och tagen på allvar i krisen är ofta en underskattad, men värdefull del av, den initiala vården av psykiskt sjuka individer.

### 10.2.3 Patientens egenmakt

Den sammantagna bild som framträder i denna litteraturöversikts resultatdel visar på en förväntan från både patienter, anhöriga och personal om att vård som ges i hemmet även ska kunna lösa de uppkomna svårigheterna på plats hemma. Får man vården på en akutmottagning betraktas i stället lösningen vara inläggning. Hopkins och Niemiec (2007) belyser dessutom att patienterna inom den psykiatriska slutenvården har liten påverkan på den vård som ges och få vårdalternativ efter utskrivning. Denna brist på val försämrar patienternas

möjlighet att återskapa egenvårdskapacitet och därmed dröjer det längre innan eventuell egenvårdsbalans uppnås (Orem, 2001). De mobila teamens flexibilitet gör i detta sammanhang att patienten lättare kan förhandla fram det som passar bäst för just hen (Hopkins & Niemiec, 2007). En lyhördhet inför patienten understödjer hens egenmakt och syftar i slutänden till att en aktiv process hos patienten ska göra hen mottaglig för den vård som erbjuds. Som en del av egenmakten finns dock risken att patienten väljer att avstå från vård. Detta, för vårdgivaren, tvivelaktiga beslut måste ändå finnas med som en möjlighet för patienten, och respekteras, för att det ska vara frågan om verkligt självbestämmande (Rønning, 2007). Möjligheten till samförstånd i vårdssituationen ökar dock när den utspelar sig i patientens hem (Hopkins & Niemiec, 2007). Den akutpsykiatriska hemsjukvårdens bekräftande av patientens egenmakt hjälper även till att reducera stigmatiseringen av patienten. Stigmatisering i dess mest snäva tolkning föds, enligt Hopkins och Niemiec (2007), ur fokuseringen på sjukdom och dysfunktionella beteenden. Vårdinsatsen från det mobila teamet är i sig en väg bort från detta eftersom det centrala i arbetsmetodiken är vad som fungerar, vilket i sin tur skapar en känsla hos patienten av att bli behandlad som en normal, icke-stigmatiserad, person.

Hopkins och Niemiec (2007) tar också upp hur en inskrivning på psykiatrisk avdelning ofta får andra viktiga instanser och personer i den sjukes liv att dra sig tillbaka. Det kan handla om hjälp från socialtjänst, öppenvård, eller anhöriga men också deltagande i föreningsliv etcetera. Det bidrar till det som benämns patologisering, vilket innebär att en människa med psykiska problem ses som enbart sin diagnos. Detta kan även komma att införlivas hos individen som en del av hens identitet. Denna nya roll som sjuk patient, tillsammans med tillbakadragandet av viktiga externa instanser, försvårar och förlänger patientens återhämtning. En hjälpsamt insats från ett mobilt team, som undviker inläggning i slutenvård, kan här bidra till att den sjukes omgivande goda strukturer bevaras.

Här måste dock påpekas att det inte passar alla med hembesök. Det kan till exempel bero på att hemförhållandena är dysfunktionella eller att personen är så sjuk att det inte går att utföra någon vård annat än inom den psykiatriska slutenvården. Om egenvårdsbristerna överstiger vad det mobila teamet eller sjuksköterskan kan kompensera för, så kan bristerna minskas genom att patienten lämnar en destruktiv social eller materiell miljö. Det kan också hända att patienten helt enkelt inte vill få in främlingar i sitt hem, vilket understryks både i detta arbetes resultatartiklar och av Hannigan (2013). Eftersom ett mobilt team inte kan rå på alla omständigheter i en patients liv så är det således viktigt att den traditionella psykiatriska akutmottagningen, med tillhörande slutenvård, finns kvar som ett alternativ.

#### 10.2.4 Vad som händer i den psykiatriska strukturen

På den strukturella makronivån inom vården finns många fördelar med akutpsykiatrisk hemsjukvård jämfört med traditionella akutmottagningar. Den mest omtalade är det kraftigt minskade antalet inläggningar på psykiatriska slutenvårdsavdelningar, samt kortade vårdtider eftersom de mobila akutpsykiatriska teamen kan stötta patienterna även efter utskrivning. Detta gör givetvis att vården sparar betydande summor som förhoppningsvis kan användas till annan vård. De resultatartiklar som redovisar den akutpsykiatriska hemsjukvårdens inverkan på antalet inläggningar i slutenvård, visar alla på en signifikant förändring i form av minskande inläggningar från 20-60 %. Det framkommer också att det är skillnad i hur de mobila teamen arbetar och hur effektiva de är. Att inskrivningsminskningen är betydande, men också att den varierar, bekräftas av Hopkins & Niemiec (2007). En aspekt som kan lägga en kritisk sordin på de goda resultaten är effekten av nyhetens behag. Det vill säga att en ny vårdform som akutpsykiatrisk hemsjukvård innebär, gör att dess personal initialt har hög motivation och presterar bra samt att även patienterna är positivt inställda till nyheten - just för att den utgör en nyhet. Detta är givetvis bra. Man gör ju förändringar för att få positiva resultat. Men eftersom akutpsykiatrisk hemsjukvård generellt sett är ett nytt fenomen blir vi nyfikna på hur mycket av den positiva effekten som hänger kvar när andra och tredje generationens sjuksköterskor kommer in i en befintlig och etablerad verksamhet, utan positiv nybyggeranda.

Andra problematiska aspekter på vårdsituationen i hemmet är att både vårdpersonalen och patienten blir mer utlämnade. På ett mesoplan står personalen inför en möjlig våldssituation och andra svåra akuta överväganden (Hannigan, 2013). Teamet, som ofta leds av en sjuksköterska, får större bedömningsansvar då de oftare än inom slutenvården får göra avancerade bedömningar utan direkt läkarmedverkan (Sjølie et al., 2010). Patienten å sin sida - på mikronivån - blir utlämnad åt hur personkemin fungerar med just de, oftast två, personer som tillfälligtvis dyker upp i hans hem. På en akutavdelning finns det som regel mer personal och därmed ett bättre stöd i svåra, kritiska eller våldsamma lägen samt en bredare kompetens i personalgruppen, vilket underlättar personalbyten i de fall då förtroendeglapp uppstår mellan patienter och enskild personal.

Något som är viktigt att inse för organisationer som inför mobila akutpsykiatriska team är att de aldrig kan ersätta de psykiatriska akutmottagningarna. De bör istället betraktas som ett effektivt och viktigt komplement till dessa. De mest akuta fallen kommer även fortsättningsvis att behöva akutmottagningar (Hannigan, 2013). Därför är det av yttersta vikt att dessa finns kvar med goda resurser. Så är tyvärr inte alltid fallet. Hannigan (2013) belyser

hur de nya glamorösa jobben inom de akuta mobilteamen har dränerat akutmottagningar och andra enheter på deras bästa och mest motiverade personal. En chef inom den engelska akutpsykiatri uttrycker det som att de som blir kvar är de mindre motiverade, tillsammans med de nytexaminerade. Dessa lämnas att ta hand om de allra sjukaste patienterna - det vill säga de som efter akutteamens sortering bedömts vara i ett så dåligt skick att de inte är aktuella för hemsjukvård utan måste läggas in.

### **10.3 Kliniska implikationer**

Då resultatet visar på både samhällsekonomiska och mänskliga vinster med akutpsykiatrisk hemsjukvård är det relevant att överväga hur detta bäst skulle kunna tillämpas i en svensk kontext. Detta föranleder oss att tro att en vidareutveckling av akutpsykiatrisk hemsjukvård enligt den modell som utarbetats i Storbritannien eller Norge skulle kunna vara intressant även för svenskt vidkommande. Denna utveckling skulle naturligtvis behöva kompletteras med studier av huruvida implementerandet av denna modell är samhällsekonomiskt fördelaktigt och av hur det upplevs av patienter, anhöriga och personal.

### **10.4 Förslag till fortsatt forskning**

De studier som ingår i föreliggande litteraturöversikt följer till stor del implementeringen av mobila team. En svaghet med detta är att man inte vet vad som händer med denna typ av arbetslag över tid. När den initiala uppstartsfasen klingat ut är en tänkbar utveckling att entusiasmen för arbetsformen svalnar något. Det vore därför intressant med en studie av akutpsykiatriska hemsjukvårdsteam över tid, både ur patient-, anhörig- och vårdgivarperspektiv.

Ett annat intressant forskningsområde skulle kunna vara hur denna vårdform skulle kunna förverkligas inom barn- och ungdomspsykiatri, där föräldrar axlar ett stort ansvar för sina psykiskt sjuka barn. Det är tänkbart – och väl värt att beforska närmare – att både anhöriga och patienter inom denna grupp skulle ha stor glädje av akutpsykiatrisk vård i hemmiljö.

## **11. Slutsats**

Psykisk ohälsa finns överallt i vårt samhälle. Oavsett om man jobbar som allmänsjuksköterska eller specialistsjuksköterska kommer man komma i kontakt med patienter och anhöriga som mår psykiskt dåligt. Därför är psykiatrisk kompetens och handlingsberedskap viktig inom sjuksköterskans alla områden. Detta understöds av en tydlig och effektiv vårdorganisation för att ta hand om de drabbade. I föreliggande litteraturöversikt

framkommer att akutpsykiatrisk hemsjukvård kan utgöra ett både kostnadseffektivt och mänskligt gynnsamt komplement till psykiatrisk slutenvård. Trots vissa invändningar mot modellen förefaller den över lag generera nöjdare patienter och anhöriga, kortare vårdtider och i vissa fall ett minskat behov av vidare psykiatrisk vård. Man kan därför tycka att författarna till denna litteraturöversikt är orättvist kritiska. Men just för att den akutpsykiatriska hemsjukvården hyllas så mycket blir detta kritiska förhållningssätt viktigt, för att undvika att en okritisk självgodhet uppstår hos de som hyllas.

## Referensförteckning

### \* Resultatartikel

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. (3:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

\* Barker, V., Taylor, M., Kader, I., Stewart, K. & Le Fevre, P. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist*, 35, 106-110. Hämtad via sekundärsökning. doi: 10.1192/pb.bp.110.031344

\* Baumann, P.S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., Bonsack, C., Do, K.Q. & Conus, P. (2013). Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP- Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 322-328. Hämtad från databasen PubMed. doi: 10.1111/eip.12037

Brenner, E., Rydell, P. & Skoog, I. (2011). Allmänt om akutpsykiatri. I E. Brenner, P. Rydell & I. Skoog (Red.). *Akutpsykiatri*. (s.29-90). Lund: Studentlitteratur.

\* Brimblecombe, N., O'Sullivan, G. & Parkinson, B. (2003). Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 683-687. Hämtad från databasen MedLine.

\* Brooker, C., Ricketts, T., Bennet, S. & Lemme, F. (2007). Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1313-1322. Hämtad från databasen Cinahl.

Bäärnhielm, S. (2014) *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (s.91-107). Lund: Studentlitteratur.

\* Currier, G., Fisher, S. & Caine, E. (2010). Mobile Crisis Team Intervention to Enhance Linkage of Discharged Suicidal Emergency Department Patients to Outpatient Psychiatric Services: A Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*, 17(1). Hämtad från databasen Cinahl. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00619.x

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatts*. (2. uppl.). (s.23-35). Lund: Studentlitteratur.

Dyches, H., Biegel, D., Johansen, J., Guo, S. & Min, M. (2002). The Impact of Mobile Crisis Services on the Use of Community-based Mental Health Services. *Research on Social Work Practice*, 12(6), 731-751. Hämtad från databasen Cinahl. doi: 10.1177/104973102237470

- Ellis, C. & Hodge, L. (2014). Introduction of the Home Treatment Accreditation Scheme: a welcome development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 180-183. Hämtad från databasen Psyc Info.
- Erdner, A. & Magnusson, A. (2010). Vård i hemmet av människor med psykisk ohälsa. I E. Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (s.157-174). Lund: Studentlitteratur.
- 2005/484/EU. *Kommissionens Grönbok – Förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen*. Bryssel: Europeiska Unionen. Från <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0484&from=SV>
- Ferris, L., De Siato, C., Sandercock, J. Williams, J. & Shulman, K. (2003). A Descriptive Analysis of Two Mobile Crisis Programs for Clients with Severe Mental Illness. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 233-237. Hämtad från databasen Cinahl.
- Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (2. uppl.). (s.199-221). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatts*. (2. uppl.). (s.37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatts*. (2. uppl.). (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- \* Fulford, M. & Farhall, J. (2001) Hospital versus home care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experienced both forms of service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 619–625 Hämtad från databasen PubMed.
- Försäkringskassan (2015). Hämtad 12 mars, 2015, från <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Sjukfranvaro-Psykiska-Diagnoser-2014.pdf>
- Guo, S., Biegel, D.E., Johansen, J.A. & Dyches, H. (2001). Assessing the Impact of Community- Based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. *Psychiatric Services*, 52(2), 223-228. Hämtad från databasen PubMed.
- Hannigan B. (2013) Connections and consequences in complex systems: Insights from a case study of the emergence and local impact of crisis resolution and home treatment services. *Social Science & Medicine* 93, 212-219. Hämtad från databasen Cinahl. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.044
- \* Hasselberg, N., Gråwe, R., Johnson, S. & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*, 11(96). Hämtad från databasen Cinahl.
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 53-66). Lund: Studentlitteratur.



- Hopkins, C. & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and hinders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 310-318. Hämtad från databasen Cinahl.
- Huang, X-Y., Lin, M-J., Yang, T-C. & Hsu, Y-S. (2010). The function of hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 368-379. Hämtad från databasen Cinahl. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03052.x
- \* Hultberg, K.B. & Karlsson, B. (2007). Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 44(7), 900-905. Hämtad via sekundärsökning.
- Hugo, M., Smout, M. & Bannister, J. (2002). A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 504-508. Hämtad från databasen Cinahl.
- Hunt, S. (2012). The effectiveness of crisis resolution home treatment. *Mental Health Practice*, 15(10), 26-28. Hämtad från databasen Cinahl.
- Insulander, L. & Björvell, H. (2013). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (3:e uppl.). (s.135-158). Lund: Studentlitteratur.
- \* Jones, R. & Jordan, S. (2010). The Implementation of Crisis Resolution Home treatment Teams in Wales: Result of the National Survey 2007-2008. *The Open Nursing Journal*, 4, 9-19. Hämtad från databasen PubMed.
- Josefsson, K. & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (s.15-36). Lund: Studentlitteratur.
- Kalucy, R., Thomas, L., Lia, B., Slattery, T & Norris, D. (2004). Managing increased demand for mental health services in a public hospital emergency department: A trial of 'Hospital- in- the- home' for mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 275-281. Hämtad från databasen Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lesage, A.D., Gélinas, D., Robitaille, D., Dion, É., Frezza, D. & Morissette, R. (2003). Toward Benchmarks for Tertiary Care for Adults With Severe and Persistent Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(7), 485-492. Hämtad från databasen Psychology and Behavioral Sciences Collection.

- Lindfors, P. (2010). Perspektiv på hälsa – omvårdnad utifrån individens styrkor. I E. Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (s.53-74). Lund: Studentlitteratur.
- LOV 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*. Hämtad 13 mars, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008962-om-valfrihetssy\\_sfs-2008-962/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008962-om-valfrihetssy_sfs-2008-962/)
- \* Lyons, C., Hopley, P., Burton, C.R. & Horrocks, J. (2009). Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 424-433. Hämtad från databasen PubMed. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01393.x
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Inc.
- Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige – vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Perseius, K-I. (2012). *Att tämja en vulkan; om emotionell instabilitet och självskadebeteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Prop. (1998). *Stärkt patientinflytande*. Hämtad 2 juni, 2015, från Regeringen, <http://www.regeringen.se/contentassets/81e809a2f81e4729b84a06752d4f671f/starkt-patientinflytande>. Proposition 1998/99:4
- Prop. (2007). *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*. Hämtad 31 mars, 2015, från Regeringen, <http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/92/45/c019e40b.pdf> Proposition 2007/08:70
- Regeringen (2015). *Vårdsystem i andra länder*. Hämtad 31 mars, 2015. Från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/43/cc3c5053.pdf>
- Rosen, A., Meuser, K.T. & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment-Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6), 813-826. Hämtad från databasen PubMed.
- Rønning, R. (2007). *Brukarmedverkan och empowerment – gammalt vin i ny flaska*. I Askheim P.O. & Starrin B. (Red.). *Empowerment – I teori och praktik*. (s 33-47). Malmö: Gleerups.
- SBU, Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (2005). Hämtad 31 mars, 2015, från <http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/publicationer/prioriteringscentrums-rapportserie-2004-2006/1.192899/2005.2.pdf>
- SBU, Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (2015). Hämtad 12 mars, 2015, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/hemsjukvard\\_1999/hemsjukvard/Hemsjuk\\_kap3.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/hemsjukvard_1999/hemsjukvard/Hemsjuk_kap3.pdf)
- Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatts*. (2. uppl.). (s.47-56). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 31 mars, 2015, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 31 mars, 2015, från Sveriges Riksdag, [www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk\\_sfs-19911128/](http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-19911128/)

SFS 2008:415. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 31 mars, 2015, från Sveriges Riksdag, <http://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=27529&docId=184109&propId=5>

\* Singh, R., Rowan, J., Burton, C. & Galletly, C. (2010). How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australian Psychiatry*, 18(6). Hämtad från databasen Psychology and Behavioral Sciences Collection. doi: 0.3109/10398562.2010.526214

\* Sjølie, H., Karlsson, B. & Binder, P-E. (2013). Professionals' Experiences of the Relations between Personal History and Professional Role. *Nursing Research and Practice*, 2013. Article ID 265247. 12 pages. Hämtad via PubMed. doi: 10.1155/2013/265247

Sjølie, H., Karlsson, B. & Kim, H.S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 881-892. Hämtad från databasen PubMed.

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Hämtad 12 mars, 2015, från <http://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajakforelser/halsoochsjukvard.1563.html>

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring - en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och indikatorer*. Hämtad 13 mars, 2015, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf)

Socialstyrelsen (2015). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 13 mars, 2015, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=hemsjukv%C3%A5rd&fSubject=0.0.0>

Trudel, J-F. & Lesage, A. (2006). Care of Patients With the Most Severe and Persistent Mental Illness in an Area Without a Psychiatric Hospital. *Psychiatric services*, 57 (12), 1765-1770. Hämtad från databasen Cinahl.

Tung, W-C. & Beck, S.L. (2007). Family caregivers' satisfaction with home care for mental illness in Taiwan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 62-69. Hämtad från databasen Cinahl. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00446.x

Uddin, M.S. (2006). Making progress in mental healthcare: the Crisis Resolution and Home Treatment Service for Leicestershire County. *Diversity in Health and Social Care*, 3, 289-299. Hämtad från databasen Cinahl.

Vahlne Westerhäll, L. (2014). *Suicidnärhet- medicinsk vård och behandling i ett rättsligt*

*perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

WHO, World Health Organisation (2015). Hämtad 12 mars, 2015, från  
[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatts*. (2. uppl.).  
(s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

**Bilaga 1. Sökmatrix**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal lästa abstrakt</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</b>
Cinahl	psychiatric home care inpatient home treatment nursing	10	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	7	3	Brooker, C., Ricketts T., Bennet, S. & Lemme, F. (2007)
Medline	psychiatric home care inpatient home treatment nursing	23	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	13	4	Brimblecombe, N., O'Sullivan, G. & Parkinson, B. (2003)
Cinahl	mental health and mental care and mobile team	17	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	7	4	Currier, G., Fisher, S. & Caine, E. (2010)
Psychology and Behavioral Sciences Collection	psychiatric home care inpatient home treatment nursing	24	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	12	5	Singh, R., Rowan, J., Burton, C., Galletly, C. (2010)
PubMed	psychiatric home care inpatient home treatment nursing	84	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	13	6	Lyons, C., Hopley, P., Burton, CR. & Horrocks, J. (2009)

PubMed	mental health and mental care and mobile team	38	2000-2015 Peer Reviewed Ålder: 18-65 år	12	8	Baumann, P.S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., Bonsack, C., Do, K. Q. & Conus, P. (2013)
Cinahl Complete	Crisis resolution and home treatment	42	2000-2015 Peer Reviewed	8	3	Jones, R. & Jordan, S. (2010) Sjølie, H., Karlsson, B. & Binder, P.E. (2013)
PubMed	Crisis resolution team Mental health	47	2000-2015 Peer Reviewed	8	4	Hasselberg, N., Gråwe, R., Johnson, S. & Ruud (2011)
PubMed	“AU Author” Sjølie, Karlsson, Kim	1	2000-2015 Peer Reviewed	1	1	Fullford, M. & Farhall, J. (2001)
PsycINFO	“AU Author” Hasselberg, Gråwe, Johnson, Šaltytė-Benth, Ruud  Finns ej i referenslistan. Sökt i PubMed. "Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a	1	2000-2015 Peer Reviewed	1	1	Barker, V., Taylor, M., Kader, I., Stewart, K. & Le Fevre, P. (2011).

	prospective multicentre study."					
Personlig kontakt <a href="http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=28232&amp;a=2">http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=28232&amp;a=2</a>	"AU Author" Sjølie, Karlsson, Kim	1	2000-2015 Peer-Reviewed	1	1	Hultberg, K.B. & Karlsson, B. (2007)

## Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Barker, M., Taylor, M., Kader, I. Stewart, K. & Le Fevre, P.	Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital	2011, Storbritannien, The Psychiatrist	Att utvärdera införandet av CRHT- team (akutpsykiatriska hemsjukvårdsteam) i Skottland.	Standardiserade frågeformulär till brukare och anhöriga (n=175) samt analys av rutinemässigt insamlad rådata under en sexårsperiod (2003 - 2009)	i) Minskad inskrivning i slutenvård. ii) Förkortad vårdtid för de patienter som trots allt skrivs in i slutenvård. iii) Stabil nivå på återinskrivningar iv) Ökad nöjdhet med vården hos brukare och anhöriga.
Baumann, P.S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J. Bonsack, C., Do, K.Q. & Conus, P.	Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP- Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland	2013, Schweiz, Early Intervention in Psychiatry	Att beskriva införandet av ett specialiserat vårdprogram för ökad upptäkt och patientmedverkan i behandling av psykospatienter i Schweiz.	Jämförande studie över en treårsperiod mellan det nyinförda akuta mobila teamet, en öppenvårdsmottagning och en slutenvårdsmottagning.	Kostnaden är inte högre men kontinuiteten och brukarnöjdheten är större för det mobila teamet än de jämförda vårdinrättningarna.
Brimbelcombe, N., O'Sullivan, G. & Parkinson, B.	Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization.	2003, Storbritannien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att beskriva och jämföra två psykiatriska akutsjukvårdsteam	Dataanalys utifrån 293 individer under en 12-månadersperiod.	Två signifikanta faktorer sticker ut för att ha en ökad risk för att bli slutenvårdsplacerad under pågående psykiatrisk hemsjukvårdsbehandling: i) Hög suicidalitet vid den initiala bedömningen. ii) Tidigare slutenvårdsplacering.
Brooker, C., Ricketts, T., Bennet, S. & Lemme, F.	Admission decision following contact with an emergency	2007, Storbritannien, Journal of Clinical Nursing	Att studera orsakerna till att patienter blir inskrivna, eller inte inskrivna, i slutenvård efter kontakt med ett "bedömnings- och	Deskriptiv studie som visar på vilka beslut som fattas i anslutning till bedömning relaterat till demografiska data och symptomens	Eftersatta områden har en högre andel psykisk ohälsa. Därför behöver uppsökande psykiatrisk hemsjukvård fokusera på dessa områden och komplettera sina arbetsinsatser med socialarbetare.



	mental health assessment and intervention service		uppföljningsteam”. Genom att förstå kliniska och demografiska faktorer hoppas man kunna identifiera tänkbara slutenvårds-, respektive hemsjukvårds-, patienter. Samt identifiera vilka färdigheter som krävs för att leverera effektiv psykiatrisk hemsjukvård.	svårighetsgrad enligt två fastslagna standardmanualer.	
Currier, G.W., Fisher, S.G. & Caine, E.D.	Mobile Crisis Team Intervention to Enhance Linkage of Discharged Suicidal Emergency Department Patients to Outpatient Psychiatric Services: A Randomized Controlled Trial	2010, USA, Academic Emergency Medicine	Att undersöka huruvida ett mobilt akutpsykiatriskt team skulle vara mer effektivt än standardförfarandet när det gäller uppföljning av suicidala patienter efter utskrivning från en psykiatrisk akutavdelning.	En rater-blind control trial där 120 patienter delas in i två grupper varav den ena får stöd av ett mobilt team och den andra får sedvanlig uppföljning i enlighet med akutavdelningens uppföljanderutiner.	Mobila team är effektiva för att hålla kontakt med potentiellt suicidala patienter efter utskrivning. Däremot går det inte att se några skillnader i mående eller beteende efter utskrivning i de båda grupperna.
Fulford, M. & Farhall, J.	Hospital versus home care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experienced both forms of service	2001, Australien, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.	Att utröna om anhöriga till svårt psykiskt sjuka föredrog hospital at home (HAH) eller inläggning vid akut psykisk sjukdom hos deras anhöriga.	77 anhöriga till personer som fått psykiatrisk vård både som ineliggande och via HAH-team intervjuades.	55% av de anhöriga önskade att deras nära skulle få slutenvård istället för behandling av HAH-team. Demografiska faktorer påverkade inte resultatet, men det gjorde den anhöriges förväntningar.
Hasselberg, N., Gråwe, R.W., Johnson, S. & Ruud, T.	An implementation study of the crisis resolution team model in	2011, Norge, Health Services Research	Att beskriva karaktärstiken hos brukare av psykiatrisk hemsjukvård (levererad av CRT-team), undersöka skillnaden mellan olika CRT-	Samtliga CRT-team utom ett som redovisar sitt arbete i en egen studie deltar (n=8). Data från 680 patienter avseende diagnoser, inläggningstal och	Det fanns en tydlig tendens att de team som arbetade mer obekväma tider även möter svårare sjuka patienter. Inget arbetslag arbetade 24/7 vilket gjorde internationella jämförelser svåra.

	Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role?		team och undersöka huruvida norska CRT-team organiseras på samma sätt som internationell standard.	jämförandeinformation mellan de olika arbetslagen samlas in och analyseras.	
Hultberg, K.B. & Karlsson, B.	Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem	2007, Norge, Tidsskrift for Norsk Psykologforening	Att utvärdera patienters subjektiva upplevelse av krisintervention i hemmet utförd av ett psykiatriskt team.	<b>Metod:</b> En kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tillämpning. <b>Urval:</b> 7 informanter intervjuades. De hade tidigare kontakt med teamet, varit inskrivna i slutenvård. Vårdas inte av teamet vid intervjutillfället.. <b>Analys:</b> Hermeneutisk innehållsanalys. Av inspelat och ordagrant transkriberat material.	Fem olika teman. 1: Egenkontroll. Informanterna uppskattade förbättrad egenkontroll. 2. Att bli sedd och hörd. Informanterna upplevde att de blev sedda och lyssnade på på ett bra sätt. 3: Ansvar. Ansvar gav kontroll vilket uppskattas. 4: Flera åsikter. Det uppskattas att även anhörigas åsikter lyssnas på. Trygghet. Upplevelsen av trygghet var positiv.
Jones, R. & Jordan, S.	The Implementation of Crisis Resolution Home Treatment Teams in Wales: Results of the National Survey 2007-2008	2010, Storbritannien, Open Nursing Journal.	Att undersöka hur CRHT-team i Wales fungerar och hur urbana teammodeller kunnat införas på landsbygden.	Personal på 15 CRHT-team svarade på ett formulär med både öppna och slutna frågor. Det statistiska sammanställdes i diagram. De öppna frågorna gjordes tematisk innehållsanalys.	Teamen fungerade som gatekeepers för att minska inskrivningen via akutmottagningar. De flesta teamen skattade att de fungerade bra och uppfyllde sina uppdrag. Största hindret för framtida utveckling var brist på kompetent personal och pengar.
Lyons, C., Hopley, P., Burton, C.R. & Horrocks, J.	Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations	2009, Storbritannien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att skapa en förståelse för vad brukare och anhöriga menar med "mental health crisis" (akut psykiatrisk ohälsa) och vilken vård de efterfrågar och vill ha.	Postade frågeformulär kompletterat med sammanlagt 24 gruppträffar, i såväl full grupp som i mindre grupper, med brukare och anhöriga. Rådata analyseras och sorteras i teman utifrån före-, under- och efter- akut psykisk kris vilket resulterar i sju rubriker.	Förebyggande psykiatrisk hemsjukvård kan minska andelen "onödiga" inläggningar och förhindra stigmatisering.
Singh, R., Rowan, J. Burton, C. & Galletly, C.	Howe effective is a hospital at home service for people with	2010, Australien, Australian Psychiatry	HAH, Hospital at Home services (en form av somatisk hemsjukvård), i dess psykiatrianpassade form	Statistik och kvantitativ data samlas in från HAH-patienter (n=111) under 1 år och jämförs med nationell slutenvårdsdata.	i) Patienterna är nöjda, känner sig mer sedda och upplever sig själva som snabbare tillfrisknande. ii) Familj och nätverk upplever HAH som

	acute mental illness?		utvärderas avseende personer med akut psykiatrisk ohälsa som annars skulle varit aktuella för slutenvård..		stöttande. iii) Tidigare upptäckt av förändringar i mående och beteende.
Sjølie, H., Karlsson, B. & Binder, P-E.	Professionals Experiences of the Relation between Personal History and Professional Role	2013, Norge, Nursing Research and Practice	Att undersöka hur CTHT-personal upplever förhållandet mellan deras egna personliga historia i med deras yrkesroll.	Kvalitativ studie med 13 djupintervjuer av personal. Fenomenologisk- hermeneutisk analysmetod.	Ger en levande bild av hur personliga erfarenheter och egenskaper påverkar yrkesrollen. Familjemedlems psykiatriska sjukdom, anhörig som jobbat inom psykiatri samt personliga upplevelser spelar roll.