

Implementering av specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) inom vuxenpsykiatri i Gävleborgs län

Arbetsrapport från en lärande utvärdering

Kaj Gustafsson, Emelie Lundin &
Susanna Mixer

FoU Valfärd

Arbetsrapport 2026:2

Sammanfattning

FoU Valfärd har bedrivit en lärande utvärdering i anslutning till vuxenpsykiatrins prehospitla utvecklingsarbete sedan 2023. I denna slutrapport fokuseras utvecklingen och implementeringen av specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT). För att utvärdera implementeringen av SPOT i Gävleborg har data samlats in via intervjuer, statistik, deltagande observationer, en referensgrupp med brukare samt omvärldsbevakning.

Utvärderingen visar att SPOT i Gävleborg, som startade vården 2025, ännu befinner sig i en initial implementeringsfas och har karaktären av pilotverksamhet i både Gästrikland och Hälsingland. Resultatet av intervjuer med operativ SPOT-personal samt ledning och strategisk personal inom vuxenpsykiatrien visar ett starkt stöd för vårdformen. SPOT ses som ett svar på brister i kontinuitet och personcentrering samt fragmenterade vårdinsatser och svårigheter att nå patienter som riskerar att falla ur systemet. Samtidigt identifieras utmaningar i form av tydliga gränsdragningar samt upprättande av fungerande samarbete med psykiatrins öppenvård, slutenvård och beroendevård samt kommunala resurser. Kapaciteten att möta patienternas behov inom exempelvis öppenvården och slutenvården påverkar också förutsättningarna för SPOT. En central frågeställning att hantera framöver är även hur stor resurs och vilken organisering av SPOT som krävs för att möta brukarnas behov inom länets tio kommuner.

En referensgrupp av brukare i anslutning till utveckling av SPOT ser mycket positivt på implementeringen av vårdformen. Brukarna betonar värdet av delaktighet, personcentrering, kontinuitet samt främjande av egenmakt och hopp som viktiga komponenter att uppmärksamma inom såväl SPOT som generellt sett i arbetet med psykisk ohälsa.

Erfarenheterna från Region Västernorrland, som bedrivit SPOT sedan 2017, bekräftar vårdformens potential i form av minskat slutenvårdsbehov, hög tillgänglighet, patientnöjdhet och kostnadseffektivitet. Ett medskick från Västernorrland är vikten av tillräckliga resurser inom SPOT och välfungerande samverkansformer med kringresurser.

Den lärande utvärderingen visar sammantaget att vårdformen SPOT har goda förutsättningar att stärka vårdkedjan i Gävleborg och svara upp mot behovet av flexibla, individuellt utformade och uppsökande insatser.

För att lyckas med en fullskalig och långsiktigt hållbar implementering av SPOT bedöms det finnas främjande faktorer som är viktiga att beakta. Dessa är ett tydligt ledarskap, brukardelaktighet, kompetensutveckling, formaliserad samverkan med involverade verksamheter, kontinuerlig uppföljning samt resurser som möjliggör stabila och hållbara team.

Innehåll

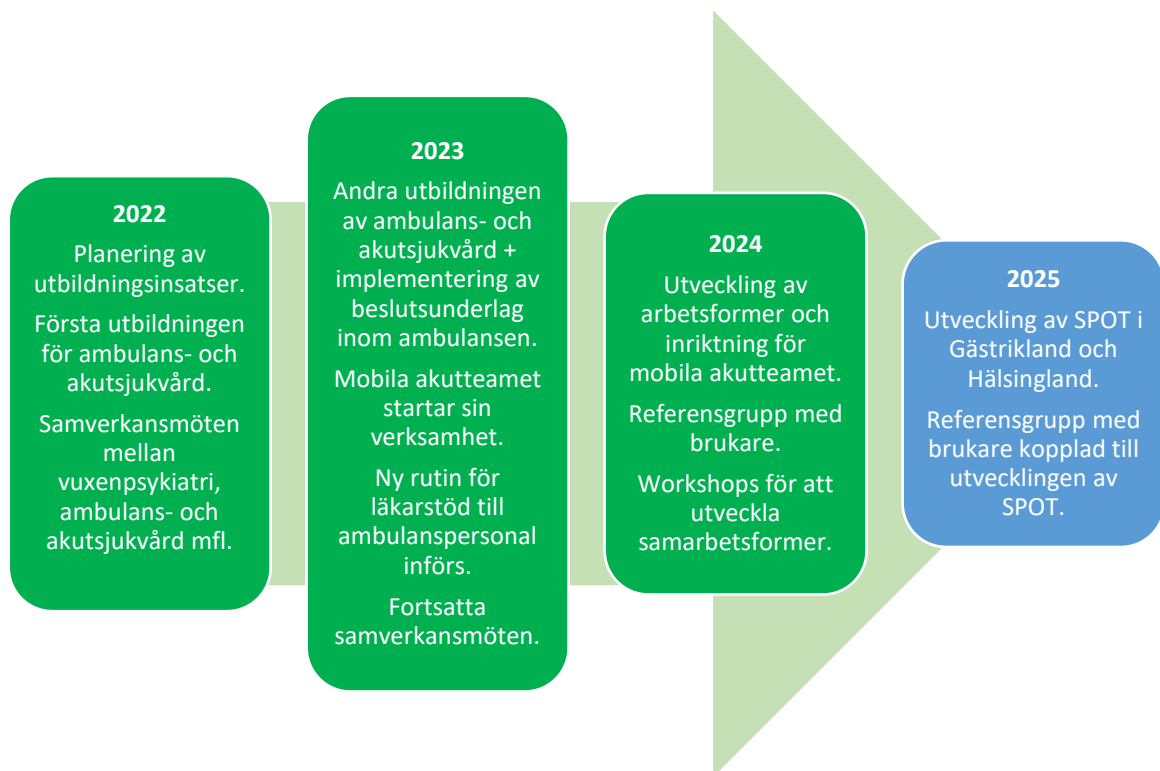
Inledning	3
Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam i Sverige – forskningsläge och erfarenheter.....	5
Region Örebro län	5
Region Jämtland/Härjedalen	6
Region Norrbotten	6
Region Västernorrland	6
Region Dalarna	6
Sammanfattning	6
Metod.....	7
Syfte och frågeställningar	7
Analys	8
Etiska överväganden	8
Resultat.....	10
Intervju med personal inom SPOT i Gästrikland	10
Intervju med personal inom SPOT i Hälsingland	12
Intervjuer med ledning och annan strategisk personal inom vuxenpsykiatri och beroendevården	14
Brukarkunskap i utvecklingen av SPOT.....	16
Övergripande erfarenheter och tankar från brukarna i referensgruppen	18
Intervjuer med företrädare för SPOT i Västernorrland	19
Hälsoekonomiska analyser av specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT).....	22
Metod	22
Antaganden och beräkningar	23
Slutsats och rekommendation.....	25
Analys och slutsatser	26
Avslutande diskussion.....	29
Referenser.....	30

Inledning

Sedan 2019 har det fördelats riktade statsbidrag till regionerna för att stärka prehospitla insatser¹ till människor med psykisk ohälsa. Medlen har använts till bland annat utveckling av psykiatriambulanser, mobila team och utbildningsinsatser (Uppdrag psykisk hälsa, 2025; SKR, 2023). Inom ramen för satsningen *God och nära vård* har Socialstyrelsen även utlyst medel för att förbättra ambulanssjukvårdens arbete med psykisk ohälsa och suicidprevention (Socialstyrelsen, 2021).

I Gävleborgs län har det pågått ett prehospitalt utvecklingsarbete inom psykiatriområdet sedan 2022 med stöd av statsbidrag. Från och med hösten 2023 har FoU Välfärd, Region Gävleborg, haft uppdraget att bedriva en lärande utvärdering i anslutning till utvecklingsarbetet.

I en tidigare delrapport från den lärande utvärderingen (Gustafsson & Mixter, 2025) redovisades resultat och analyser som omfattade utvecklingsarbetet till och med 2024 (de gröna delarna i figuren nedan).



Figur 1: Tidslinje för det prehospitla utvecklingsarbetet i Gävleborgs län.

Som figuren visar har det genomförts utbildningar av ambulans- och akutpersonal inom området psykisk ohälsa. Den aktuella personalen, totalt 450 medarbetare, har genomgått två utbildningar med fokus på psykisk ohälsa. Det första utbildningstillfället, som var under 2022, inriktades på bemötande av patienter med psykisk ohälsa. Under våren 2023 genomfördes en andra utbildning för ambulans- och akutpersonal som var inriktad på

¹ Prehospital vård innebär psykiatrisk bedömning, vård och stöd i hemmet innan en person når sjukhus eller specialistmottagning.

olika psykiatriska tillstånd samt implementering av ett standardiserat bedömningsinstrument kring psykisk ohälsa, suicidrisk samt beroende- och abstinensproblematik. Syftet med bedömningsinstrumentet är att uppnå säkrare och mer enhetliga bedömningar av vårdbehoven hos patienter med psykisk ohälsa. Hösten 2023 infördes en ny rutin om läkarstöd från psykiatri till ambulanspersonal vid bedömning av personer med psykisk ohälsa. Vid samma tidpunkt startades ett mobilt akutteam i Gästrikland som utgår från den psykiatriska akutmottagningen vid Gävle sjukhus. Parallellt med de beskrivna aktiviteterna har det bedrivits samverkansmöten och workshops för involverade verksamheter (ambulans, psykiatri, akutsjukvård, primärvård, polis, kommunala verksamheter m.fl.). Det har även organiserats referensgrupper med brukare för att ta tillvara erfarenheter och kunskaper från brukarled vid utvecklingen av insatser och arbetsformer,

Under maj 2025 startades specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) i Gästrikland och Hälsingland. SPOT är organiserad under de psykiatriska akutmottagningarna i Gävle respektive Hudiksvall. Den här rapporten har sitt fokus på att utvärdera utvecklingen och implementeringen av SPOT i Gävleborg.

Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam i Sverige – forskningsläge och erfarenheter

Specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) är en vårdform inom svensk psykiatri som erbjuder specialiserad psykiatrisk vård i patientens hemmiljö som alternativ till slutenvård. Arbetssättet är mobilt och personcentrerat samt anpassas efter patientens behov och situation. Syftet är att förebygga inläggningar i slutenvården, stödja återhämtning och skapa trygghet i vardagen. SPOT arbetar med flexibel intensitet, där insatserna kan vara täta vid akuta skeden och sedan glesas ut när patienten stabiliseras. Vårdformen inrymmer både planerade och akuta hembesök, ofta med tillgänglighet från morgon till kväll, och insatser kan snabbt mobiliseras vid försämrat mående. Insatserna omfattar stödsamtal, medicinering, riskbedömning och omvårdnadsåtgärder, samt samverkan med kommun, primärvård och närstående för att skapa ett helhetsstöd. Teamstrukturen är ofta multidisciplinär och kan inkludera sjuksköterskor, skötare, läkare, kuratorer och arbetsterapeuter. Patienter aktualiseras oftast till SPOT via psykiatrisk öppenvård eller slutenvårdsavdelningar i samband med utskrivning eller via jourläkare som bedömer att hemvård är möjlig (se exempelvis Region Dalarna, 2025; Region Örebro län, 2025 eller Region Västernorrland, 2025).

Det pågår ett treårigt forskningsprojekt vid Luleå tekniska universitet, finansierat av FORTE, som undersöker SPOT ur flera perspektiv. Projektet inkluderar policyanalys, intervjuer med patienter och personal samt kvantitativ utvärdering av vårdkonsumtion och kostnadseffektivitet. Syftet är att förstå hur SPOT fungerar i praktiken och vilka värden som ligger bakom införandet (Luleå tekniska universitet, 2025). Förutom forskningen vid Luleå tekniska universitet, som ännu inte publicerats, har det gjorts relativt omfattande utvärderingar av en försöksverksamhet med SPOT i Sörmland under åren 2014 - 2016. Flera delrapporter från utvärderingen visar sammantaget att införandet av psykiatriska omvårdnadsteam ökat tillgänglighet och flexibilitet genom att erbjuda vård i hemmet. Det har i sin tur minskat behovet av slutenvård och stärkt kontinuiteten i vårdkedjan (Ekermo & Svensson, 2015). Vårdgrannar upplever att teamen förbättrar samverkan och minskar vårdglapp, även om behovet av tydligare kommunikationsvägar efterfrågas (Ekermo & Svensson, 2016). Slutrapporten drar slutsatsen att modellen har stor potential som ett tredje vårdalternativ mellan öppenvård och slutenvård, men kräver fortsatt utveckling av strukturer och rutiner för långsiktig hållbarhet (Ekermo & Svensson, 2017).

Det pågår verksamhet med SPOT i många svenska regioner. I avsnittet nedan beskrivs exempel på verksamheten i en handfull regioner.

Region Örebro län

Regionen har etablerat SPOT i norra, västra och centrala länsdelen. Arbetssättet är personcentrerat och flexibelt, med täta hembesök som kan glesas ut när patientens mående förbättras. SPOT används både som stöd vid utskrivning och som förebyggande insats. Samverkan med kommuner och vårdcentraler är en viktig del av arbetsmodellen (Region Örebro län, 2025).

Region Jämtland/Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen har etablerat SPOT i Östersund. Teamet fungerar som ett alternativ till heldygnsvård och ett komplement till öppenvården med fokus på att erbjuda vård i hemmet för patienter med större behov än vad öppenvården kan tillgodose, men som inte bedöms behöva slutenvård. SPOT används vid utskrivning från slutenvård, vid frekventa akutbesök, eller när patientens funktionsnivå gör det svårt att ta del av traditionell öppenvård (Region Jämtland Härjedalen, 2025a; 2025b).

Region Norrbotten

SPOT har införts i Piteå, Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog. Erfarenheterna är positiva – patienter upplever ökad tillgänglighet och bättre bemötande, medan personalen ser arbetet som meningsfullt. Statistik visar att behovet av slutenvård minskat med upp till 63 procent. Ett akutteam med koppling till blåljusverksamhet ingår också (Region Norrbotten, 2025).

Region Västernorrland

SPOT har etablerats i Sollefteå, Kramfors, Sundsvall, Härnösand och Örnsköldsvik. I Sollefteå ersatte SPOT tio slutenvårdsplatser. Interna utvärderingar visar att SPOT fått effekter i form av bättre arbetsmiljö, ökad patientnöjdhet och minskade kostnader (Region Västernorrland, 2023). SPOT i Västernorrland har varit föremål för en fördjupad omvärldsbevakning och beskrivs mer utförligt i rapportens resultatkapitel.

Region Dalarna

Två mobila psykiatriska team är baserade i Falun och Mora. Fokus ligger på akuta insatser, suicidprevention och samverkan med ambulanssjukvård, primärvård och kommunala verksamheter. Teamens mål är att nå 90 procent av befolkningen inom en timme. Arbetssättet har visat sig minska behovet av transporter till psykiatriska mottagningar (Region Dalarna, 2024).

Sammanfattning

SPOT och andra mobila arbetsformer, exempelvis akutpsykiatriska team, är ett växande arbetssätt inom svensk psykiatri. Det finns ännu begränsad forskning om SPOT i svensk kontext. Regionala utvärderingar och erfarenheter visar dock positiva effekter för patienter, personal och samhällsekonomi. Fortsatt forskning och evidensbaserad implementering bedöms avgörande för att säkerställa långsiktig hållbarhet och kvalitet (Ekermo & Svensson, 2017). Forskning avseende verksamheter av typen SPOT i Storbritannien och USA visar positiva effekter i samma riktning som de svenska erfarenheterna (Peters et. al, 2025; Berghmans. Et. al, 2024; Koshy & Melnychuk, 2024). Världshälsoorganisationens riktlinjer (WHO, 2021) förespråkar samhällsnära, rättighetsbaserade modeller inom psykiatrin som ökar tillgänglighet och minskar stigmatiseringen av patientgruppen. De eftersträfvansvärda insatser som lyfts fram av WHO är mobila team, peer-support samt integrering med primärvård.

Metod

Vid en lärande utvärdering samlas data in och analyseras löpande under pågående utvecklingsarbete. Tanken med denna metod är att uppnå ett lärande i realtid som kan användas för att styra utvecklingsarbetet mot de uppsatta målen. För en närmare beskrivning av lärande utvärdering som metod, se exempelvis Svensson et. al, (2009), Brulin & Svensson, (2011) eller Tillväxtverket, (2011). Som ett led i utvärderingens lärande och processinriktade ansats har det regelbundet gjorts återföringar av resultat från utvärderingen vid olika typer av möten, analysseminarium och workshops.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den lärande utvärderingen i denna avslutande fas är att utvärdera utvecklingen och implementeringen av SPOT i Gävleborgs län.

Följande frågeställningar besvaras i arbetsrapporten:

1. Hur har implementeringen av SPOT fungerat?
2. Vad är viktigt att uppmärksamma i den fortsatta utvecklingen av verksamheten i Gävleborgs län?

För att utvärdera utvecklingsarbetet kring SPOT har det samlats in olika typer av data enligt nedanstående:

- Intervjuer av ledning och strategisk personal inom vuxenpsykiatri samt operativ SPOT-personal i Gästrikland och Hälsingland.
- Diskussioner och workshops inom ramen för en referensgrupp av brukare inom vuxenpsykiatri.
- Insamling av statistik och annan relevant dokumentation.
- Deltagande observationer vid möten och andra aktiviteter inom utvecklingsarbetet.
- Dokumentation från workshops och analysseminarium.
- Omvärldsbevakning avseende SPOT på nationell nivå.
- Insamling av data som underlag för samhällsekonomiska analyser.

Intervjuerna av professionella har genomförts semistrukturerat med stöd av intervjuguider indelade i temaområden (Kvale & Brinkman, 2014). Informanterna var verksamma inom SPOT, öppen-, sluten- och akutpsykiatri samt brukardelaktighet och beroendevård. Temaområdena anpassades i viss utsträckning efter informanternas profession och roll men spände över följande områden med bäring på implementering och utveckling av SPOT i Gävleborg: *Planering och förankring; styrning och ledning; organisering och resurser; samarbete och gränsdragningar; målgruppens sammansättning och behov; brukardelaktighet; planerade arbetssätt; möjligheter och förväntade effekter* samt *upplevda utvecklingsbehov i den fortsatta implementeringen*.

Totalt intervjuades 22 personer. Intervjuerna dokumenterades med anteckningar som renskrevs. Efter renskrivning ställdes vid behov kompletterande frågor till informanterna muntligt och via mail.

När det gäller referensgruppen av brukare sattes den samman med hjälp av länets brukarinflytandesamordnare. Urvalet styrdes av att engagera brukare med erfarenhet av psykiatrisk slut- och öppenvård som kan antas tillhöra målgruppen för SPOT. Urvalet var strategiskt utifrån brukarnas erfarenheter av psykiatrisk vård och förmåga att kommunicera. Några men inte alla av brukarna var medlemmar i brukarorganisationer. Syftet med referensgruppen var att samla in och dokumentera egenerfaren kunskap från patientled som kan användas vid utveckling av SPOT samt vuxenpsykiatrins arbete rent generellt. Referensgruppen genomförde fem möten under perioden december 2024 – april 2025. Sammankomsterna för referensgruppen spände över följande teman:

- Helheten i livet och olika delar som på olika sätt upprätthåller hälsa
- Risker och möjligheter med SPOT –ur ett patientperspektiv
- Heldygnsvård i förhållande till SPOT
- Samordning och delaktighet vid SPOT
- Summering och framåtblick

Referensgruppens möten, som innehöll diskussioner och workshops ledda av utredaren samt länets brukarinflytandesamordnare, dokumenterades på blädderblock, post-i-lappar samt med anteckningar. Efter varje möte skickades det ut skriftliga sammanställningar och de skisser som arbetats fram som ett led i återkoppling och kommunikering. Resultaten från föregående möte diskuterades under inledningen av nästa möte, vilket gav upphov till ytterligare diskussioner och reflektioner. Aktiviteterna i referensgruppen präglades på det sättet av en interaktiv arbetsmodell (Svensson et. al, 2002; Johannisson et. al, 2008).

Analys

Under den här typen av utvärdering, som i stor utsträckning är interaktiv, samlas data in kontinuerligt och sätts i relation till pågående processer på olika nivåer. Analysen är en pågående reflektiv process som kräver flexibilitet och helhetssyn. Denna ansats kan beskrivas som att kombinera teorier, perspektiv och metoder som bedöms ändamålsenliga för analysen (Sil & Katzenstein, 2010). I fråga om analysen av materialet från intervjuerna med professionella kan den beskrivas som i grunden tematisk (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkman, 2014). När det gäller analys av processen att införa SPOT som vårdform används teorier från implementeringsområdet (se exempelvis Ogden & Fixsen, 2014 eller The National Implementation Research Network, 2013).

Den lärande utvärderingen har som strävan att integrera ett utpräglat brukarperspektiv vid utvecklingen av SPOT i Gävleborg. Det vill säga väga in brukarnas uttryckta behov, önskemål och kontextuella förutsättningar som en central kunskapskälla i enlighet med utgångspunkterna inom evidensbaserad praktik (se exempelvis Kunskapsguiden, 2016).

Etiska överväganden

Brukarna som medverkade i referensgruppen uttryckte muntligt samtycke att delta efter information om aktivitetens syfte, inriktning och arbetsform. De som inkluderades bedömdes ha ett hälsotillstånd och en livssituation som inte påverkades negativt av medverkan. Denna bedömning gjordes av länets brukarinflytandesamordnare genom samtal och fysiska möten. Förhållningssättet under träffarna med referensgruppen var inriktat på att uppnå ett gott samtalsklimat präglat av hänsyn och respekt. Inga känsliga personuppgifter dokumenterades då syftet var att tillvarata brukarnas erfarenheter och

kunskaper i förhållande till implementeringen av SPOT. Redovisningen av data från referensgruppen har gjorts på aggregerad nivå så att enskilda personer inte kan identifieras.

De professionella som intervjuats har gett muntligt samtycke till sin medverkan och användandet av insamlad data. Inga känsliga personuppgifter samlades in då syftet var att samla data kring implementering och utveckling av SPOT i Gävleborg. Utskrifter från intervjuerna kodades. Kodnyckel och data förvaras åtskilda från varandra. Redovisning av resultat har skett på en aggregerad nivå så att enskilda personer inte kan identifieras.

Insamlad data i form av intervjuutskrifter samt sammanställningar av materialet från referensgruppen av brukare sparas vid FoU Velfärd, på Region Gävleborgs server i tio år utan åtkomst för obehöriga. Material i pappersform från referensgruppen av brukare (blädderblock och post it lappar och anteckningar) samt anteckningar från intervjuer med professionella destruerades efter sammanställning.

Resultat

I det här kapitlet redovisas resultatet av datainsamlingen vilket inkluderar intervjuer, arbetet med referensgruppen av brukare, statistik och samhällsekonomiska data.

Intervju med personal inom SPOT i Gästrikland

SPOT i Gästrikland består av en sjuksköterska och en skötare i operativ verksamhet samt läkare och kurator kopplad till verksamheten. Alla kommuner i Gästrikland utgör upptagningsområdet för verksamheten. Teamet började arbeta med de första patienterna under maj 2025. Från starten till och med oktober samma år har SPOT arbetat med närmare 60 patienter. Vid intervjutillfället i mitten av oktober var 17 patienter pågående. Vårdtiden har i snitt varit fyra – sex veckor. Inflödet av patienter kommer framför allt via den psykiatriska öppenvården, psykakuten och slutenvården men också från beroendevården och mobila akutteamet.

SPOT arbetar 08.00 – 16.30 måndag till fredag. Verksamheten samarbetar nära med andra resurser inom psykiatrin, hälso- och sjukvården i övrigt samt kommunala resurser (boendestöd, personligt stöd, socialtjänstens vuxen- och boendeenheter) samt härbärgat för bostadslösa som drivs i ideell regi.

Den intervjuade personalen beskriver att de använder olika metoder flexibelt utifrån patientens behov och situation, exempelvis hembesök, telefonkontakter, träffar på stan och medföljande till andra verksamheter. Utgångspunkten är att arbeta så att de får en bra kontakt och fungerande allians med patienten.

Konsultation: SPOT-personalen berättar att de arbetar med konsultation framför allt gentemot ambulansen och kommunala verksamheter men också Hela människan (härbärgat). Ofta handlar det om frågor kring hur individer kan få hjälp av psykiatrin och guidning inom vården. De berättar att SPOT blir lättillgängligt för rådgivning och konsultation eftersom de är nåbara genom ett mobilnummer och de som ringer hamnar inte i en ”teleQ – lina”, som de uttrycker det.

Förebyggande av slutenvård: SPOT-personalen diskuterar att det på kort sikt kan vara svårt att belägga effekter i form av minskad slutenvård som resultat av SPOT. En metod de föreslår för att mäta effekter är att göra journalgranskningar och se hur ofta patienterna kontaktade psykakuten, ambulans eller aktiverade polis före och efter insats av SPOT. SPOT-personalen menar emellertid att det handlar om ett långsiktigt arbete som ger effekter på sikt. De märkte dock att inläggningarna ökade under den tid SPOT låg nere under sommaren 2025 pga. semester.

”Vi måste blicka 10 år framåt i tiden för att se effekterna”, säger en av de intervjuade.

Fördelar med SPOT: En viktig utgångspunkt med SPOT, som informanterna lyfter, är att denna verksamhet bidrar till att göra planeringar och säkra upp vården kring patienter som får effekter på lång sikt. Den intervjuade läkaren berättar att vissa patienter kanske ”farit runt i systemet” under många år, sökt akutvård, avbrutit planeringar, skrivits ut från öppenvård utan att det gått att upprätta någon god och sammanhängande vård. Med SPOT tänker hen att sådana fragmenterade och ineffektiva ”vårdresor” kan förebyggas. Det leder enligt informanten också till att individer kan återhämta sig i större utsträckning och kortare sjukskrivningsperioder.

En av de intervjuade beskriver även att det finns människor som lämnat vuxenpsykiatri och sedan inte klarat eller vågat ta kontakt igen. SPOT kan fånga upp sådana personer som har behov av fortsatt specialistpsykiatri och slussa in dem igen.

En bild som förmedlas under intervjun är att det är för lång tid för vissa patienter mellan besöken på öppenvården. En av de intervjuade säger:

Vissa patienter behöver en ganska tät upprätthållande kontakt för att inte falla ur. Det händer också att patienter inte klarar att sköta bokade tider på en mottagning utan måste sökas upp [...] med nuvarande resurser inom öppenvården tillämpas i första hand besök på mottagningen. SPOT ser helheten kring patienten bättre [...] kan lättare aktivera nätverk och kommunala resurser samt har ett helt annat observandum än öppenvården som oftast bara träffar patienten på mottagningen.

Mångsökare: I anslutning till diskussionen ovan diskuteras ”mångsökare” som är i behov av mycket resurser från akutsjukvård och ambulans. De intervjuades uppfattning är att SPOT kan vara en bra resurs som minskar mångsökares aktiviteter. De intervjuade berättar om en patient som sökte akut psykiatrisk vård 70 gånger under tre månader. Hen aktiverade också ofta ambulans vid dessa söktillfällen. ”Folk suckade när hon kom,” säger en SPOT-medarbetare. SPOT samt mobila akutteamet i Gästrikland vände på processen och började söka upp patienten intensivt, ringde och gjorde oannonserade hembesök. De beskriver att den aktuella patienten ibland till och med ringde 112 när de var hos hen. Patienten hade inte fått till någon ansökan om kommunala insatser då hen inte medverkade vid de nödvändiga kontakterna. Vid hembesök från kommunen, exempelvis av boendestöd eller biståndshandläggare, annonserades de i förväg, men patienten vågade inte släppa in dem eller gav sig i väg. ”Hen lekte katt och råtta med kommunens personal”, säger en av informanterna. SPOT gjorde en ADL-checklista och arbetade med mycket täta kontakter. Patienten led också av återkommande smärtor pga. gallsten (hen kunde inte sätta ord på denna åkomma och hade därför inte fått rätt vård). De ordnades då så hen fick en operation. Med SPOT arbetssätt har patienten fått en lägenhet på ett särskilt boende och situationen har lugnat ned sig. Patienten är mycket nöjd och har uttryckt sin uppskattning av SPOT.

Ensamhet och social mobilisering: SPOT-personalen berättar att många patienter är ensamma, kommer inte ut och har svårt att berätta för närstående om sin psykiska ohälsa. SPOT har därför börjat arbeta med ”walk and talk” för att patienterna ska komma ut. De har även tagit det ett steg längre och skickar sms till patienter som vill följa med på promenad. Det innebär att flera patienter sammanförs under promenaden och får möjlighet till social samvaro. En tanke som framförs av SPOT-personalen är att denna verksamhet framöver kan bli självgående utan att de behöver följa med. De har även dimensionen med att patienterna kan bjuda in en kompis om de behöver stöd för att våga sig ut. Personalen säger att det historiskt finns en ängslan över att patienter inom psykiatri ska veta om varandra. De menar att det synsättet hindrar den här typen av social mobilisering.

En patient de var ute och promenerade med ska ha sagt: ”Det är första gången jag är i skogen.”

Utmaningar: Under intervjun betonar informanterna vikten av att avgränsa SPOT till specialistpsykiatri. En av informanterna säger: ”Vi måste rama in att det är specialistpsykiatri – annars kommer vi inte att räcka till.” I diskussionen kring

avgränsningar beskriver informanterna att de kan se risker att SPOT kan användas för att täcka upp för en resurssvag öppenvård som saknar möjligheter att möta vissa patienters behov. Risken, som de intervjuade menar, är att SPOT utvecklas i riktning mot att bli en renodlad öppenvårdsverksamhet och glider från grundtanken, dvs. uppsökande verksamhet och att vara en brygga mellan öppen- och slutenvård.

Intervju med personal inom SPOT i Hälsingland

SPOT i Hälsingland består av 3,5 tjänster med arbetstid vardagar 8–16.30. Verksamheten har alla kommuner i Hälsingland som upptagningsområde. Helg- och kvällsturer har diskuterats om sådana behov skulle uppstå. Vårdtiden är tänkt att vara upp till åtta veckor men med undantag om behov av längre kontakt finns. Verksamheten har ett eget telefonnummer och en informationsbroschyr, men spridningen är ännu begränsad. SPOT samarbetar med boendestöd, biståndshandläggare, beroendevården och psykiatrins interna enheter. När det gäller öppenvårdsmottagningar strävar SPOT efter att ha en väg in till varje mottagning.

Uppstart och organisering av verksamheten: Informanterna berättar att starten av SPOT i Hälsingland har präglats av personalomsättning och sjukskrivningar, vilket fördröjt uppbyggnaden av verksamheten. Gruppen som bedriver SPOT består av fyra skötare. Det finns i nuläget ingen sjuksköterska eller läkare specifikt knuten till verksamheten. Det pågår i skrivande stund rekrytering av chef med ansvar för SPOT samt psykiatriska akutmottagningen i Hälsingland (PAK).

Geografisk spridning: SPOT har haft patienter med spridning bland kommunerna i Hälsingland, bland annat från Ovanåker och Söderhamn. På frågan om hur det fungerar att arbeta över ett så stort geografisk område, säger en av informanterna: ”Vi får jobba logistiskt [...] lägga in rutter för att träffa flera patienter under samma resa och planera lite mer.”

Inflödet av patienter till SPOT sker via slutenvård, PAK och öppenvårdens behandlargrupper. SPOT-personalen säger att den vanligaste problematiken bland patienterna är ångest, depression och ibland neuropsykiatriska diagnoser. Psykos, bipolär sjukdom och samsjuklighet med beroende förekommer i mindre omfattning. ”Jag tror det finns fler att hämta i psykosgruppen”, säger en av de intervjuade skötarna. Det diskuteras också att SPOT skulle kunna stödja patienter i poliklinisk abstinensbehandling, men sådana uppdrag har ännu inte förekommit. Sedan starten innan sommaren 2025 till och med oktober samma år ut har SPOT i Hälsingland arbetat med 20 patienter, 12 är avslutade och 8 pågående.

De intervjuade beskriver att SPOT använder olika arbetsmetoder på ett flexibelt sätt, exempelvis telefonkontakter, hembesök, konsultation, träffar på stan, promenader, och att följa med patienter till öppenvårdsläkare och socialtjänst mm. Informanterna säger att de vill vara frikostiga med vad de kan bistå med – i alla fall till en början när de inte har så många patienter.

Fördelarna med SPOT som den intervjuade gruppen beskriver är att avlasta psykiatrin, erbjuda uppsökande vård och möjligheten att skapa en helhetsbild av patientens vardag samt göra planeringar utifrån patientens behov. ”Vi får en bättre förståelse för att patienter ofta blir inskrivna på avdelningen. Vi ser hur de har det hemma [...] kanske saknas mat, det kan vara sanitärt eländigt och problematiska relationer i familjen.”, säger en av de

intervjuade. En annan av informanterna uttrycker sig kring fördelarna med SPOT på följande sätt: ”SPOT kan möta patienterna utanför psykiatrins lokaler, de behöver inte söka oss, vi söker upp dem. Patienterna upplever sig sedda och hörda när vi söker upp dem. Det förmedlar också omtanke [...] Vi finns därute för dem.”

SPOT – påverkan på slutenvård: Ett framtida behov av slutenvård är den rådande uppfattningen bland informanterna. De tror dock att SPOT kan bidra till kortare inläggningar och att det upprättas bättre planeringar kring patienterna som skrivs ut.

Mångsökare: En av de intervjuade säger angående så kallade mångsökare:

Vissa har diagnoser som gör dem till mångsökare [...] andra blir det mer av yttre omständigheter som är påverkbara [...] där det finns en möjlighet att påverka yttre omständigheter fyller SPOT en viktig funktion. Då kan vi förbättra omständigheterna runt dem, ordna så det sätts in fler och rätt resurser för att det ska fungera i vardagen.

I den här diskussionen säger de intervjuade att det skulle behövas en kuratorsfunktion. Någon som hade bra kunskap om samhällsresurser, exempelvis kommunala, och kunde arbeta med planeringarna runt patienter.

Avgränsningar: Det finns inte något mobilt akutteam i Hälsingland, vilket kan innebära att SPOT får uppdrag som ett sådant team borde sköta, är något som diskuteras under intervjun. En av informanterna berättar att det händer att de ”springer på” läkare i korridorerna som vill att de exempelvis ska skjutsa hem patienter vid permissioner, hämta tillhörigheter i patienters bostäder osv. ”SPOT ska vara tydliga vårdinsatser – inte taxiverksamhet”, säger en av de intervjuade.

Utmaningar: Upplevelsen bland de intervjuade är att utvecklingen av SPOT i Hälsingland i viss utsträckning har bromsats av ledningsförändringar och instabilitet i personalgruppen. En av de intervjuade beskriver vad som är viktigast framåt: ”Att få jobba utan att det ruckas på något [...] fortsätta som vi gör idag och att det är stabilt i personalgruppen.”

Kommentar: SPOT i Gävleborg håller på att arbeta fram statistik som visar patientgruppens struktur, vårdtider, inflöden från olika verksamheter samt patienternas problematik och vad de får för insatser efter avslutad SPOT-kontakt. Det ska också genomföras en brukarundersökning med start under december 2025. I den här rapporten redovisas endast grundläggande statistik som kunnat insamlas och är jämförbar mellan verksamheterna i Gästrikland och Hälsingland. Det är av stort värde framöver att arbeta fram gemensamma variabler för statistiken avseende SPOT i Gävleborg då det kan bidra till ett bra underlag för verksamhetsutveckling.

Intervjuer med ledning och annan strategisk personal inom vuxenpsykiatri och beroendevården

Intervjuerna gav ett rikt material som spänner över många områden och i stor utsträckning även berör psykiatriens grundförutsättningar. I den här redovisningen fokuseras i första hand utsagor och uppfattningar med bäring på utvecklingen av SPOT. Utsagorna från företrädare för olika verksamheter inom vuxenpsykiatri ger en samstämmig bild av att utvecklingen av SPOT i Gävleborgs län uppskattas. Den grundläggande uppfattningen som återkommer under intervjuerna är:

- SPOT utgör en viktig utveckling i framtidens mer flexibla och personcentrerade psykiatri.
- SPOT fyller ett tomrum som en mellanvårdsform mellan öppen- och slutenvård.
- SPOT kan förebygga inläggningar, minska vårdtider och avlasta den psykiatriska öppenvården.
- SPOT ser situationen i hemmet samt hjälper patienter att träna autonomi och lösa problem i sin vardag.
- SPOT främjar anhörig- och nätverksperspektiv inom psykiatri.

Organisering och drift: Från ledningshåll framförs planeringen att SPOT i länet ska starta i liten skala, utveckla rutiner och arbetsformer samt utökas succesivt. Målgruppen för SPOT är patienter aktuella inom specialistpsykiatri. Det resoneras kring vikten att rekrytera personal med intresse och rätt kvalifikationer för att vara med och utveckla verksamheten. När det gäller resurser till och hur omfattande den framtida verksamheten med SPOT bör vara framträder ingen klar uppfattning bland informanterna från ledningsnivå. Flera framför uppfattningen att det behov som framträder får ligga till grund för verksamhetens omfattning och utformning, exempelvis gällande personalresurs, involverade professioner och arbetstider. En allmän uppfattning bland informanterna är också att det i grunden är en politisk fråga hur resurser tilldelas och fördelas inom vuxenpsykiatri, vilket påverkar förutsättningarna för i hur stor omfattning SPOT kan bedrivas.

I förhållande till möjligheten att rekrytera personal till SPOT framhåller flera av informanterna att det i andra regioner visat sig lättare att rekrytera sjuksköterskor till SPOT än psykiatrisk slutenvård. När det gäller personal- och kompetensförsörjningen gällande SPOT och vuxenpsykiatri generellt är en allmän uppfattning bland informanterna att distanspersonal och digital teknik utgör en viktig del av lösningen. SPOT-personalen kan exempelvis koppla upp läkare eller sjuksköterska med en Ipad. Digitala lösningar framhålls i stor utsträckning även som nödvändiga för att klara de geografiska utmaningarna för SPOT i ett vidsträckt län. En av de intervjuade cheferna säger: "Får de en patient i exempelvis Los så kanske det första besöket blir fysisk men att kontakterna sedan sköts digitalt." En annan av cheferna säger: "Vi sätter upp för många hinder i sjukvården [...] Vi måste skapa nytt, inte bara imitera gammalt."

Kontextens påverkan: Att utvecklingen av SPOT sker i samspel med och påverkas av den övriga kontexten inom psykiatriområdet, är något som diskuteras under alla intervjuer. Flera av informanterna ger uttryck för att en rad faktorer påverkar förutsättningarna inom psykiatri. Det som nämns är bland annat personalförsörjningen, särskilt avseende legitimationsyrken, som läkare, sjuksköterskor och psykologer. Det leder till att slutenvården upplever bemanningsproblem och att avdelningarna slås samman. Likaså får det som konsekvens att öppenvård psykiatri har långa köer till

utredning och behandling med centralstimulerande läkemedel samt inte har kapacitet att arbeta med förstärkt öppenvård i önskad utsträckning. Det har också under senare år framförts kritik mot vuxenpsykiatri i Gävleborg, exempelvis efter sammanslagning av vårdavdelningarna i Hudiksvall samt i samband med akuta händelser och incidenter. Till detta kan fogas instabilitet i ledningsstrukturer. Politik, brukare, personal och media har agerat i denna debatt, i synnerhet under år 2025. Sammantaget upplever informanterna att den beskrivna turbulensen påverkat verksamheten i stor utsträckning.

Samarbete och samordning: Under intervjuerna diskuterades SPOT:s samarbete med andra resurser kring patienternas behov. De viktigaste samarbetspartners som nämns under intervjuerna är andra verksamheter inom specialistpsykiatri, primärvården, ambulansen, polisen och kommunala verksamheter. När det gäller samarbetet säger en av informanterna: ”Samarbete med kommunala aktörer och andra professioner avgörande för framgång.” Informanterna lyfter farhågor kring komplexiteten med många aktörer runt patienten och betonar behovet av tydliga vårdplaner, krisplaner och en fast vårdkontakt som samordnar insatserna. Flera av de intervjuade framhåller att SPOT-personalen måste ha bred kunskap om olika samhällsresurser och god kommunikation med andra involverade aktörer, exempelvis kommunala verksamheter eller öppenvård psykiatri. En av de intervjuade uttrycker: ”Samarbete och kommunikation måste fungera, annars blir patienten informationsbärare.”

Beroendevårdens perspektiv: Under intervjuerna med företrädare för slutenvård framkommer att en stor andel av patienterna bedöms ha samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende i kombination med psykisk ohälsa. Som ett led i det har det gjorts intervjuer med ledningen inom regionens beroendevård i Gästrikland och Hälsingland. Den uppfattning informanterna förmedlar är att patienter inom SPOT under utvecklingsskedet förutsätts vara aktuella inom specialistpsykiatri och inte endast inom beroendevården. De intervjuade från beroendevården är mycket positiva till utvecklingen av SPOT och ser goda möjligheter att denna verksamhet efterhand kan inkludera beroendevårdens patienter. ”Kanske kan vi ha en bil med kombinerad kompetens från beroendevård och psykiatri”, säger en informant. Informanterna från beroendevården resonerar även i termer av att även den egna verksamheten kan komma att utveckla mobila och digitala arbetsformer som ett sätt att överbrygga geografiska avstånd. Denna tanke diskuteras i samband med den centraliseringsprocess som pågår avseende beroendemottagningarna i Gävleborgs län. Under intervjun diskuteras vilka möjligheter informanterna ser med SPOT som vårdform för patienter med beroendeproblematik. De tankegångar som florerade sammanfattas på nästa sida:

- Fördelen med SPOT i beroendevård är att personalen kan se situationen i hemmet.
- SPOT kan rigga vid utskrivning från behandlingshem, exempelvis kolla hur läget är i hemmet samt förekomsten av läkemedel och suicidrisk.
- SPOT kan vara en bra insats under eftervård efter behandling på behandlingshem.
- SPOT kan arbeta med sprutbyte, läkemedelsassisterad behandling samt användas vid poliklinisk avgiftning.

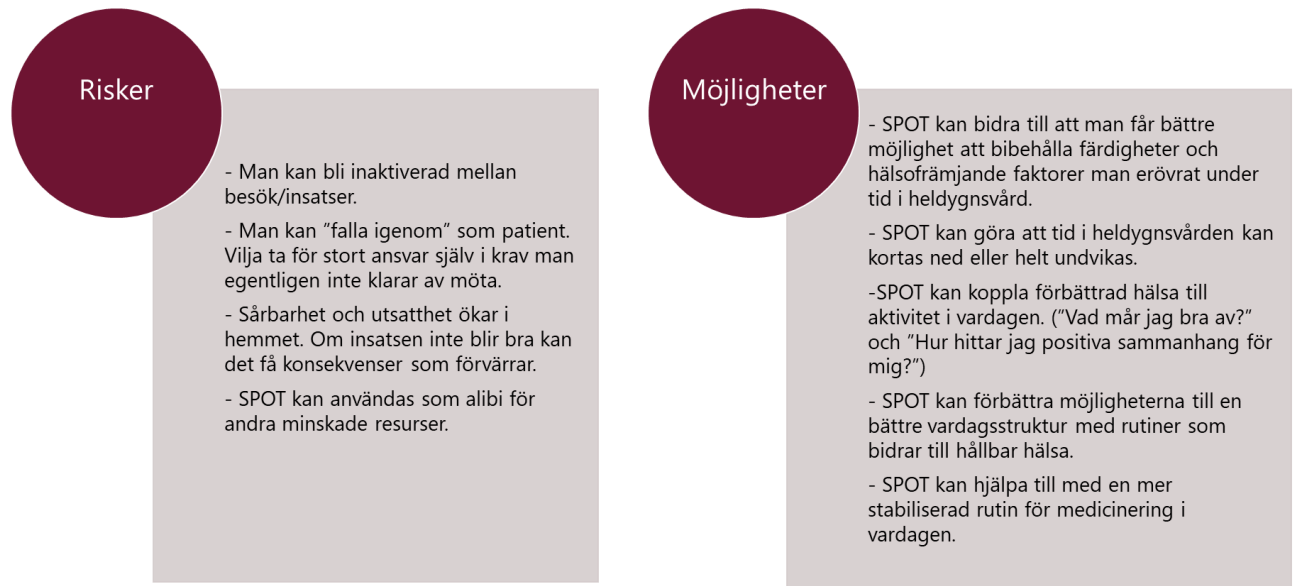
Brukarkunskap i utvecklingen av SPOT

I det här avsnittet redovisas resultatet från arbetet med en referensgrupp av brukare inom vuxenpsykiatri som genomfördes under våren 2025. Referensgruppen var sammansatt av sex personer med erfarenhet av psykiatrisk akut-, sluten- och öppen vård. Gruppen träffades fysiskt vid tre tillfällen och digitalt vid två sammankomster. Vid träffarna diskuterades teman med fokus på brukarnas erfarenheter och uppfattningar kring vad som är viktigt att väga in vid utvecklingen av SPOT i Gävleborgs län (se metodavsnittet). Då SPOT ännu inte kommit i gång under arbetet med referensgruppen diskuterades vårdformen hypotetiskt utifrån en beskrivning av hur den är tänkt att utformas och bedrivas. Sammantaget kan sägas att deltagarna i referensgruppen är mycket positiva till utvecklingen av SPOT. Det framkom emellertid även farhågor kring potentiella nackdelar med vårdformen. För att inventera referensgruppens uppfattningar kring vilka fördelar respektive nackdelar deltagarna tänker på i förhållande till SPOT, gjordes en övning med följande instruktion: *Vi tänker oss in i en vårdssituation med SPOT. Vilka för- respektive nackdelar skulle kunna upplevas?* Resultatet av övningen som genomfördes med stöd av white board och post-it-lappar presenteras i nedanstående tabell:

Fördelar	Nackdelar
1. Känns tryggt för den som är patient när man ska tillbaka hem efter heldygnsvård. 2. SPOT ger här ökade möjligheter att individanpassa insatser som passar personen. 3. Arbetskläder som visar att man kommer från sjukvården signalerar professionalitet och trygghet nära i vardagen. 4. Vårdpersonal kan enkelt "kolla läget". 5. Man kan få hjälp av organisera hemma utifrån sin funktionsnedsättning. 6. Minskad känsla av ensamhet. 7. Social kontakt i hemmet. 8. Anhöriga är med och finns nära. 9. Man kan få hjälp med veckoplanering, rutiner och struktur. 10. Vårdpersonal kan stötta i ens vardagssituation ("peppa", "self love"). 11. Man lär sig mer om sin diagnos och hur den påverkar vardagen. 12. Slippa stökig och kall avdelning. 13. Slippa lång obehaglig tid i ett väntrum. 14. Bättre framförhållning och samarbete med fast vårdkontakt enligt vårdplan. 15. Man slipper möta omgivningen ensam men kan ändå få yttre koll av ens hälsostatus. 16. Hjälp med medicinen i hemmamiljö.	1. Jobbigt om det är stökigt och misär hemma. 2. Jobbigt att släppa in okända människor hemma. 3. Om man sitter hemma och väntar på sin insats kan det upplevas jobbigt och passiviserande. 4. Ansvar för anhöriga blir tyngre vid försämrade mående hemma. 5. Ett besök som endast varar en stund kanske inte kan visa hela bilden av det försämrade måendet. 6. Det öppnar upp för ensamhetskänslor när besöket är över. 7. Om vårdpersonalen inte bemöter på ett bra sätt skapar det en större utsatthet i det egna hemmet. 8. "Inte störa-syndromet", dvs. man tonar ner sina problem och behov. 9. Oro för om det finns resurser kvar till heldygnsvården när vården dessutom ska komma hem till den som är patient?

Figur 2: Fördelar och nackdelar med SPOT.

Det genomfördes även en närliggande övning på samma sätt med inriktningen att inventera risker och möjligheter med SPOT som vårdform. Nedanstående figur illustrerar de risker och möjligheter som framträdde under inventeringen.



Figur 3: Risker och möjligheter med SPOT.

Arbetet med referensgruppen mynnade ut i ett "medskick" utifrån patientens perspektiv kring hur SPOT bör utformas och utvecklas som presenteras i nedanstående figur.



Övergripande erfarenheter och tankar från brukarna i referensgruppen

Utöver den data som samlades in med direkt bäring på utvecklingen av SPOT, framkom utsagor och berättelser från brukarna som handlar om grundläggande värden som är eftersträvangsvärda i arbetet med psykisk ohälsa. I det följande avsnittet redovisas de fem nyckelord som framträdde tydligast.

Kontinuitet och relationell kvalitet: Många diskussioner i referensgruppen handlade om värdet av kontinuitet i kontakten med vårdpersonal och att relationen mellan patient och professionell får utvecklas över tid.

Sociala sammanhang och gemenskap: Dessa värden lyfts av referensgruppen som avgörande för återhämtning från psykisk ohälsa. Omvänt anses ensamhet, isolering och utanförskap vara centrala orsaker till psykisk ohälsa. I referensgruppen diskuteras vikten av att bryta sådana tillstånd, exempelvis genom att skapa mötesplatser för ensamma och isolerade människor.

Egenmakt: I referensgruppen fördes diskussioner om att personal inom psykiatri i större utsträckning bör visa intresse för den unika människan och efterforska hennes egna resurser som trycks undan av sjukdomen. ”Att aktivera sina dolda resurser – hur kan man få hjälp med det?” frågade sig en av deltagarna.

Egenvärde: Individens tankar om sig själv och upplevelsen av sitt värde i samhället framhölls ofta av referensgruppen som starkt relaterat till förutsättningarna för hälsa. Frågeställningar i anslutning till det här är: Vad kan psykiatri göra för att stärka individens känsla av egenvärde, och hur kan samhället i stort främja individers upplevelse av egenvärde?

Hopp och framtidstro: Brukarna i referensgruppen diskuterade mycket kring betydelsen av hopp som en viktig faktor i återhämtningen från psykisk ohälsa. Förmågan bland professionella inom vården att förmedla hopp är därför något som uppskattas unisont.

Det värden och önskemål som framkom under arbetet med referensgruppen av brukare inom vuxenpsykiatri kan i stor utsträckning relateras till dimensionerna inom existentiell hälsa. (För en närmare beskrivning av de åtta dimensionerna inom existentiell hälsa², se exempelvis Folkhälsomyndigheten, 2024 eller Ilic och Martinsson, 2022).

² De åtta dimensionerna inom begreppet existentiell hälsa är: *Harmoni och inre lugn, upplevelse av helhet, existentiell styrka och kraft, upplevelse av sammanhang, tillit som livskraft, meningen med livet, upplevelse av förundran samt förhoppning* (SKR, 2021).

Intervjuer med företrädare för SPOT i Västernorrland

Utredaren har intervjuat en företrädare för SPOT-verksamheten i Västernorrland vid flera tillfällen under 2024 och 2025 i syfte att ta del av erfarenheter och kunskaper som genererats sedan länet startade sin SPOT-verksamhet 2017. Västernorrland bedöms utgöra ett exempel på hur SPOT kan bedrivas i ett län med liknande struktur som Gävleborg.

Bakgrund: Den psykiatriska slutenvårdsavdelningen med 13 platser vid Örnsköldsviks sjukhus (avdelning 61) stängdes i under 2021. Nu finns endast slutenvård i Sundsvall. Det finns fem vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i länet.

SPOT i Västernorrland bedrivs enligt nedanstående:

- Kramfors/Sollefteå startades i september 2017 (13 skötare/behandlingsassistenter, 4 sjuksköterskor samt 20 procent läkare per vecka).
- Örnsköldsvik startades i februari 2021 (14 skötare/behandlingsassistenter, 8 sjuksköterskor samt 1.0 läkare).
- Sundsvall startades vid årsskiftet 2022/2023 (17 skötare/behandlingsassistenter, 11 sjuksköterskor, 1.0 kurator, 1.0 arbetsterapeut samt 1.0 läkare).

Totalt arbetar ca 70 personal inom SPOT i Västernorrland.

Då den intervjuade har bäst inblickar i hur SPOT bedrivs i Sollefteå/Kramfors får denna verksamhet utgöra ett exempel på organisering och utformning av vårdformen.

Organisering och resurser: SPOT i Sollefteå/Kramfors leds av en blandad styrgrupp som består av enhetschefer från psykiatrins verksamheter samt en insatssamordnare från kommunen. Det finns även en ärendegrupp som hanterar SIP, aktualisering och uppföljning av patienter. I ärendegruppen medverkar en samsjuklighetskoordinator, finansierad via samordningsförbundet, för att skapa enkla vägar in till psykiatri och ersätta traditionella remisser för den aktuella målgruppen. Inom ramen för SPOT finns också läkemedelsbehandling vid opioidberoende (LARO). Under diskussionen kring styrning och ledning av SPOT framhåller informanten att det är av stor betydelse att någon tar en samordnande roll och stödjer processen för att det ska fungera bra.

På en fråga om slutenvårdsplatserna sedan nedläggningen av avdelningen i Örnsköldsvik täcker behoven, upplever informanten att så är fallet, men att det saknas platser för ineliggande abstinensbehandling. När det gäller personalstyrkan inom SPOT säger informanten: ”Det är viktigt att satsa på ett stort team – annars blir det bara att släcka bränder.”

Verksamheten: Informanten beskriver att SPOT ska vara en tillfällig insats med målet att upprätta en vårdplan som gör att det fungerar utan denna insats. Informanten säger dock att SPOT kan ha lågintensiv kontakt med vissa patienter flera år, exempelvis psykopatienter, som regelbundet blir instabila. Inom ramen för SPOT finns specialiserade team inom exempelvis psykos, beroende, ätstörning, neuropsykiatri (NPF) och ett akutteam. Det leder enligt informanten till att de kan arbeta bättre med specifika problemområden och ha kontaktpersoner som är insatta i den aktuella problematiken. Informanten beskriver att SPOT har öppet alla dagar mellan 07:00 och 21:30. Hen menar

att det är bättre att lappa över dagverksamheter än att tjänstgöra på natten. ”Det händer inte mycket efter 21.30 som inte kan vänta”, säger den intervjuade. Dagtid består personalen inom SPOT i Sollefteå/Kramfors av ca 10–12 personer. Efter kl. 16.00 är det ca tre-fem personal.

Samsjuklighet: I fråga om samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och beroende/skadligt bruk uppskattar informanten att en stor andel, drygt hälften av patientgruppen, har någon form av alkohol- eller drogrelaterad problematik. Informanten säger att verksamheten arbetar enligt samsjuklighetsutredningen intentioner. Hen framhåller: ”Det är viktigt att patienten stannar kvar trots pågående missbruk [...] att vården står kvar, då händer något. Vi kan inte låta patienten straffa ut sig [...] SPOT kan minska avbrottstiden efter återfall.”

SPOT arbetar ofta med unga vuxna som bor hemma hos föräldrarna. Den intervjuade beskriver att de oftast inte vill ha hembesök, utan att möten sker på offentliga platser eller via videomöten. Verksamheten är dock nätverksorienterad och strävar efter att involvera föräldrar på sikt om det tillför vårdplaneringen.

SPOT i Sollefteå/Kramfors som spänner över ett relativt stort geografiskt område och arbetar med flera digitala lösningar, exempelvis läkare via Ipad eller digitala behandlingssamtal.

Samarbete: SPOT samarbetar med många aktörer, exempelvis andra verksamheter inom psykiatri samt primärvården, kommunala verksamheter och personliga ombud. Informanten beskriver i sammanhanget även att samarbetet med psykakuten är centralt för att kunna styra patienter med behov av SPOT direkt till denna verksamhet efter akutbesök. Detta gäller i synnerhet så kallade mångsökare. Hen beskriver olika aktiviteter som hon upplevt främjat samarbetet: ”Utbildning tillsammans, gemensamma träffar då dilemman diskuteras, att ”klä” på primärvården, visa goda exempel på samarbete som kommer patienten till godo, men även dåliga exempel då det inte blivit så bra.” När det gäller samarbetet med kommunen säger informanten: ”Vi har jobbat upp ett bra samarbete med kommunen. Det behövs ofta kommunala insatser för att det ska fungera för patienten. Man förstår varför vissa patienter åker in och ut i psykiatri.”

Upplevda vinster med SPOT: Företrädaren för SPOT i Västernorrland ser vinster med verksamheten utifrån flera perspektiv. Nedan listas olika typer av mervärden som SPOT bedöms ha tillfört:

- Det är ett stort gap mellan sluten- och öppen vård som SPOT täcker upp.
- Främjar sammanhållen vårdkedja.
- Utformas flexibelt utifrån patientens behov och livssituation.
- Ökad delaktighet för patienten vid vårdplanering och uppföljning.
- Hög tillgänglighet och närhet samt vård och möte i trygg hemmiljö.
- Ger en helhetsbild av personens situation och nätverk.
- Fångar upp patienter som mår väldigt dåligt och mångsökare.
- Psykiatrimottagningar slipper arbeta med akuta tider och uppföljning vid utskrivning från slutenvården och kan bedriva sin planerade verksamhet.
- Minskar behovet av inneliggande vård både i antal vårdtillfällen och i vårdtid
- Fler patienter kan få insatser och hjälp.

- Större möjligheter till läkemedelsrensning för att förebygga intoxicationer.
- De brukarundersökningar som genomförts inom SPOT visar sammantaget stor nöjdhet med verksamheten.

Ytterligare en vinst med SPOT som den intervjuade enhetschefen lyfter är kopplad till personalförsörjningen. Hen beskriver att det varit lätt att rekrytera personal till SPOT, låg personalomsättning samt en upplevelse bland medarbetarna av trivsel samt att teamarbetet är omväxlande och självständigt.

Samhällsekonomi: Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv beskriver informanten att de gjort beräkningar som visar att SPOT kostar hälften av vad slutenvården gör och ändå når ut till betydligt fler patienter. Kostnaden för ett dygns vård inom SPOT är ca 2800 kr i jämförelse med ca 8000 kr för slutenvård/dygn. Enligt informanten har slutenvården minskat med ca 40 procent sedan införandet av SPOT. Informanten resonerar också i termer av att förebyggande insatser och tidiga möten med patienter kan ge stora besparingar, inte minst avseende mångsökare som förbrukar mycket samhällsresurser. Informanten uttrycker: ”Vi byggde en verksamhet utifrån medborgarnas behov – ändå blir det mycket billigare.”

Utmaningar: Informanten beskriver att det varit höga förväntningar på SPOT samt att stor personalomsättning inom kringresurser ibland försvårat samarbetet. En central utmaning tycks även ha varit att uppnå samsyn och förståelse för varandras verksamheter bland de resurser som ska samverka kring patienterna. SPOT har också fått arbeta med gränsdragningar gentemot närliggande verksamheter. Informanten nämner några exempel i sammanhanget: ”Vi ska inte ta över hemsjukvården eller VUP-mottagningarnas läkemedelsdelning.”

Informanten beskriver att rådande patientavgifter påverkar tillgängligheten av SPOT. Under 2025 kostade hembesök 410 kr och distanskontakt 120 kr, vilket ibland gör att patienter avstår från den förstnämnda insatsen. Kommunerna i Västernorrland täcker ibland kostnader upp till högkostnadsskyddet, och politiker har kontaktats för att sänka avgifterna.

Hälsoekonomiska analyser av specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT)

Som ett led i den lärande utvärderingen i anslutning till vuxenpsykiatrins prehospitala utvecklingsarbete har det genomförts en hälsoekonomisk förhandsanalys som underlag för implementeringen av SPOT i Gävleborgs län. Analysen är genomförd av Samhällsmedicin Gävleborg under våren 2025. Vid tidpunkten för analysen saknades data som krävs för en hälsoekonomisk analys men de data som fanns tillgängliga redovisas och diskuteras som underlag och rekommendationer för framtida analyser.

Det finns några tidigare studier som undersökt både akutpsykiatriska omvårdnadsteam samt SPOT i Sverige, och samtliga uppvisar goda effekter när det gäller till exempel patientnöjdhet och personalens erfarenheter. Dock har de flesta studier använt sig av kvalitativ metod och fokuserat på implementeringsprocesser samt upplevelser (Ekermo & Svensson, 2015; Todorova, 2022). Mycket få tidigare utvärderingar verkar ha undersökt rena effektmått. Det närmaste vi kommer hälsoekonomiska beräkningar på nära vård i Sverige är en rapport av Socialstyrelsen från 2023 som sammanställde hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmet (Socialstyrelsen 2023). Vad vi vet finns ingen tidigare klassisk hälsoekonomisk beräkning för varken akutpsykiatriska omvårdnadsteam eller SPOT i Sverige.

Det finns dock internationella forskningsstudier som undersökt hemvård som ett alternativ till sjukhusvård inom psykiatri. En randomiserad studie som inkluderande cirka 700 patienter visade att hemvård kan minska antalet sjukhusdagar per patient med 30 procent, och att sociala utfall samt patientnöjdhet är jämförbara med sjukhusvård (Stultz et. al, 2019). En annan, icke randomiserad studie med 400 patienter, visade att psykiatrisk hemvård resulterade i bland annat 18 procent lägre andel återinskrivningar, jämfört med sedvanlig sjukhusvård (Bechdolf et. al, 2024).

Västernorrland har gjort en beräkning på rena kostnader för slutenvård jämfört med SPOT, exklusive effektmått³. I Västernorrland lades vissa avdelningar för slutenpsykiatrisk vård ned i samband med att SPOT-verksamhet startades. I samband med detta flyttades heltidstjänster från slutenvården till SPOT. Trots samma antal tjänster blev kostnaden betydligt lägre. Personalen tjänstgör inte längre nattetid vilket innebär lägre OB-kostnader. De har heller inte några driftskostnader för lokaler, och tar heller inte in vikarier eller personal på övertid om någon är sjuk, har semester eller är på utbildning. Läkarkostnaderna har också minskat, då man använder sig av jour i större utsträckning.

Metod

På grund av avsaknad av effektmått kan det inte göras en klassisk hälsoekonomisk analys. Vi kan heller inte jämföra mellan två existerande verksamheter/behandlingar, då SPOT inte har kommit i gång än och inga nedskärningar gjorts i existerande verksamheter. Beräkning av ekonomi för SPOT i Gävleborg kommer därför att baseras på ett hypotetiskt resonemang om hur många inläggningar och vårddygn vi kan undvika.

^{3 3} Personlig kommunikation med enhetschef för SPOT vid Region Västernorrland.

För att inhämta information om tidigare införande av SPOT har vi haft kontakt med en företrädare för SPOT-verksamheten inom Region Västernorrland, som har levererat siffror för beräkning av ekonomisk vinst vid införande av SPOT-verksamhet. I Västernorrland lade man ner avdelningar för psykiatrisk slutenvård i samband med införande av SPOT, vilket innebär att man kunde jämföra kostnader rakt av.

- Hur kan vi räkna när vi inte lägger ned avdelningar som i Västernorrland? Slutenvården läggs inte ned varken i Gästrikland eller Hälsingland. I Gästrikland finns dessutom redan ett akutpsykiatriskt mobilt team.
- Det är i dagsläget tänkt att man i Hälsingland ska ta av den befintliga personalen till SPOT, vilket inte kommer generera några ökade kostnader för rekrytering. Varifrån personalen ska rekryteras vet vi inte vid tidpunkten för analysen.
- Effektmått? Den hälsoekonomiska beräkningen verkar i nuläget bara kunna fokusera på rena kostnadsberäkningar, vilket egentligen inte är en hälsoekonomisk beräkning.

Antaganden och beräkningar

För att kunna beräkna kostnaden för psykiatrisk slutenvård i Gävleborg har vi använt oss av Kostnad Per Patient (KPP). Siffrorna är hämtade från Cyklop i Region Gävleborg. I tabell 1 ses en översikt av kostnader för 2023 samt 2024. Siffrorna rör endast psykiatrisk slutenvård för vuxna. Tabellen inkluderar inte kostnader för slutenvård inom barn- och ungdomspsykiatri och inte heller rättspsykiatrisk vård, eftersom de patienterna inte tillhör målgruppen för SPOT.

Det finns sannolikt patienter som idag behandlas inom den slutna psykiatriska vården, som är särskilt vårdkrävande och inte skulle vara målgrupp för vård och omhändertagande i hemmet. Exempel på problematik kan vara psykoser och aktivt missbruk. Därför har vi gjort olika kolumner i tabell 1, två inkluderar alla patienter 2023 och 2024, och två kolumner för alla patienter 2023 och 2024, där vi exkluderat patienter med fler än 70 vård dagar.

Tabell 1. Kostnad per patient (KPP) för psykiatrisk slutenvård i region Gävleborg, 2023 och 2024. Barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatrisk vård är exkluderat. Siffrorna är hämtade från Cyklop.

	2023 inklusive alla patienter	2023 exklusive patienter med över 70 vård dagar	2024 inklusive alla patienter	2024 exklusive patienter med över 70 vård dagar
Antal unika individer	1421	1402	1397	Inga pat, se tidigare kolumn
Vårdkontakter	2502	2484	2441	-
Vård dagar totalt⁴	19 738	18 170	20 072	-
Vårdtid totalt⁵	17 236	15 759	17 582	-
Kostnad per vårdkontakt	84 648	82 014	81 181	-
Kostnad per vård dag	10 730	10 772	9949	-
Kostnad per vårdtid	12 288	12 420	11 358	-
Vårdkostnad total	211 791 777	195 185 375	199 699 804	-

För att få en uppfattning av hur många patienter per personal och år som SPOT skulle kunna omhänderta, har vi använt siffror rörande beläggning från SPOT Västernorrland. I tabell 2 redovisas antal kontakter, antal unika patienter och antal kontakter i medel per patient och år för SPOT Sollefteå-Kramfors⁶. Vi har ännu inte fått siffror från Sundsvallsteamet.

Tabell 2. Beläggning SPOT Sollefteå-Kramfors per år 2020–2024.

År	Totalt antal kontakter	Totalt antal unika patienter	Antal kontakter/patient i medel
2020	6586	290	23
2021	7454	280	27
2022	7019	188	37
2023	7733	238	33
2024	7842	267	29
Medel	7327	253	30

SPOT Sollefteå-Kramfors har i nuläget ca 17 personer anställda, med en bemanning på cirka sju till tio medarbetare per dag. Om man räknar på antal unika patienter i medel och dividerar detta med totalt antal anställda ger detta cirka 15 patienter per personal och år.

⁴ Vård dagar=vårdtid dag exklusive natt (exempelvis måndag morgon till måndag kväll).

⁵ Vårdtid= dygn med natt (exempelvis måndag eftermiddag till tisdag förmiddag).

⁶ Personlig kommunikation, med enhetschef för SPOT vid Region Västernorrland.

För att kunna räkna på eventuella kostnadsbesparingar för SPOT i Gästrikland behöver vi veta den tänkta bemanningen för teamen samt i vilken utsträckning som läkarresurser ska tas i anspråk. Dessa siffror har vi ännu inte fått.

Andra faktorer som kan påverka:

- Samarbete mellan SPOT och mobila teamet i Gästrikland? Kommer de att synka sitt arbete så att SPOT kan ta emot fler patienter. Avgränsning i arbete mellan mobila teamet/SPOT kan vara fortsatt otydlig.
- Skillnader i infrastruktur (tex geografiska avstånd) mellan Gästrikland och Hälsingland kan påverka hur många patienter man kan ta emot. Två personal kommer bara kunna bemanna en bil och det är långa avstånd tex mellan Hudiksvall och Los. Å andra sidan har Sollefteå/Kramfors också långa avstånd.

Slutsats och rekommendation

Med de siffror vi haft tillgång till är det inte möjligt att göra en hälsoekonomisk beräkning för införande av SPOT i Gävleborg. Vi har inte fått någon uppskattning av bemanning, lönekostnader och andra kringkostnader för kommande SPOT-verksamhet.

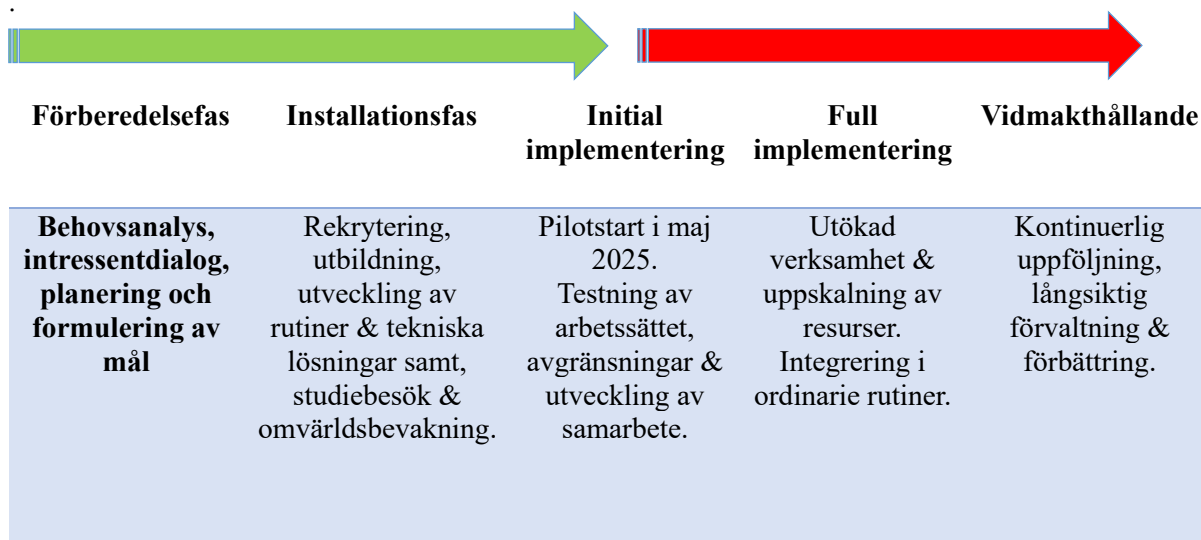
Det vi kan säga är att SPOT och andra liknande prehospitla verksamheter inom psykiatri verkar ha stor effekt på patient- och personalnöjdhet. Det verkar också minska antalet inläggningar samt återinskrivningar inom den psykiatriska slutenvården. SPOT i Västernorrland har sett stora effekter med kostnadsbesparingar.

Vi rekommenderar att man gör en hälsoekonomisk beräkning när SPOT i Gästrikland och Hälsingland är helt implementerat och bedrivits under minst ett år.

Analys och slutsatser

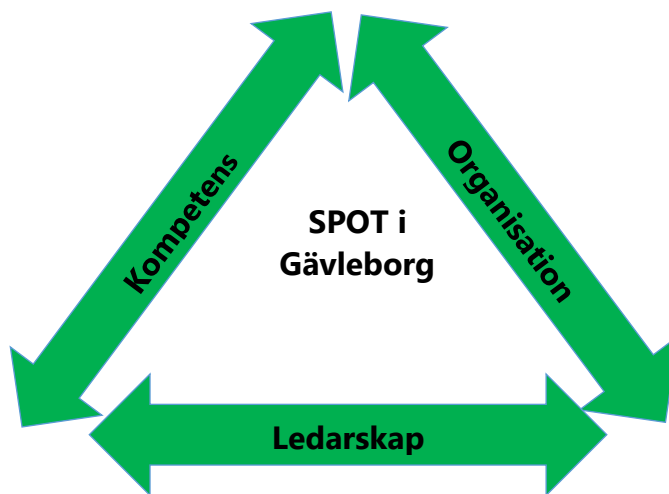
Sammantaget kan konstateras att utvecklingen av SPOT i Gävleborg har gott stöd inom vuxenpsykiatrien samt referensgruppen av brukare för att vara en vårdform med stor potential att förbättra vårdkedjan. Det antagandet stöds också av nationella erfarenheter och forskning (se exempelvis Region Västernorrland, 2025 eller Ekermo & Svensson, 2017).

Inom implementeringsforskningen delas införandet av nya insatser eller arbetsformer in i fem olika faser enligt figuren nedan (Fixsen et. al, 2015; 2005). SPOT i Gävleborg har genomgått faserna under den gröna pilen i figuren, dvs. förberedelsefas och installationsfas samt befinner sig i skrivande stund i fasen initial implementering. De två teamen, ett i Gästrikland respektive ett i Hälsingland, har bedrivit verksamhet sedan maj 2025. De nystartade teamen kan på många sätt liknas vid pilotverksamheter där arbetsformer, avgränsningar och samarbetsformer alltmer utformas. Under denna fas är det av stort värde att dokumentera som underlag för systematisk uppföljning och utvärdering. Det kan göras genom att ta fram nyckeltal kring patienternas ålder, kön, vårdtid, problematik, geografiska spridning mm. Det kan även vara av stort värde att på längre sikt göra journalgranskningar för att få en bild av vilka effekter vårdformen har på antal vårdtillfällen och vårdtid inom slutenvård. Brukarundersökningar med enkät eller intervjuer tillför också mycket kunskap kring hur den nya vårdformen upplevs och möter patienternas behov. Den initiala verksamheten med SPOT ger möjlighet att utforska behovet av vårdformen i Gävleborg. Det vill säga hur stort patientunderlaget är, den geografiska spridningen av ärenden samt vilken problematik patienterna uppvisar. Lärandet från den uppföljning som beskrivits ovan bör ligga till grund för de kommande implementeringsfaserna under den röda pilen. Vid full implementering handlar det i den bästa av världar om att skala upp verksamheten och fylla den med kompetenser som kan möta de behov hos brukarna som framträder. Vidmakthållandefasen löper framåt i tiden utan någon slutpunkt. Under denna fas handlar det om att säkerställa att det som har införts inte bara fungerar initialt, utan fortsätter att användas och utvecklas över tid. Likaså att behålla de kärnkomponenter som visat sig framgångsrika och undvika metodglidning (Fixsen et. al, 2005; Ogden & Fixsen, 2014).



Figur 5: Implementeringsfaser.

Tre faktorer beskrivs som centrala för att lyckas med implementering enligt figuren nedan. Dessa är, överfört till SPOT: *Kompetens* hos den operativa personalen, *en stödjande organisation* och ett *effektivt ledarskap*. Aktiviteter som endast syftar till att stödja en av faktorerna, till exempel öka medarbetarnas kompetens, leder sällan till en framgångsrik implementering. Detta innebär att implementering av nya arbetsformer ofta kräver mycket planering, organisering, resurser, engagemang och kontinuerlig uppföljning för att uppnå långsiktig hållbarhet (The National Implementation Research Network, 2013).



Figur 5: centrala faktorer för att lyckas med implementering.

Ett rimligt antagande är, utifrån ett vidare perspektiv, att förutsättningar för SPOT även står i direkt relation till den övriga vårdkedjans resurser och funktion, exempelvis hur den psykiatriska öppen- och slutenvården fungerar liksom första linjens psykiatri inom primärvården.

Slutsatser och rekommendationer

I tabellen på nästa sida sammanfattas utvärderingens analys med fokus på identifierade nyckelfaktorer som bedöms centrala i den fortsatta utvecklingen av SPOT i Gävleborgs län.

Tabell 3: Nyckelfaktorer i den fortsatta utvecklingen av SPOT.

Analysområde	Nyckelfaktorer
Organisering och ledning	Tillräckligt stora multiprofessionella team. Hög tillgänglighet och flexibilitet. Tydlig och stödjande ledning. Digitala lösningar för att hantera geografiska avstånd.
Kompetensutveckling	Bred kompetens med möjlighet till specialisering inom olika områden. Integrering av kompetens kring samsjuklighet med skadligt bruk/beroende. Utbildning och handledning.
Samverkan	Tydliga samarbetsformer med öppenvård, slutenvård och beroendevård. Nära och formaliserat samarbete med kommunala verksamheter. Gemensamma utbildningar för att uppnå samsyn och en plattform för samverkan.
Brukarinflytande	Delaktighet och personcentrering. Säkerställ att brukarnas perspektiv och behov integreras i utvecklingen av SPOT. Tillämpa nätverksperspektiv. Viktiga värden att sträva efter är de åtta dimensionerna inom existentiell hälsa.
Hälsoekonomi	Långsiktig analys av kostnadseffektivitet och vårdresultat för att undersöka den hälsoekonomiska nyttan av SPOT.
Uppföljning och utveckling	Systematisk uppföljning genom nyckeltal, brukarundersökningar och journalgranskning som underlag för utvecklingsarbete.
Långsiktig hållbarhet	Förankra SPOT i ordinarie strukturer, säkerställ stödjande ledarskap och tillräckliga resurser samt gör kontinuerlig uppföljning av verksamheten.
Potentiella utmaningar	Höga förväntningar. Ekonomiska resurser. Personal- och kompetensförsörjning. Samarbete och kommunikation. Gränsdragningar. Det omgivande resurssystemets kapacitet och förutsättningar. Metodglidning.

Avslutande diskussion

Psykisk ohälsa utgör ett stort samhällsproblem och kan på många sätt betraktas som en av vår tids största folksjukdomar. Hela samhället behöver medverka i arbetet med att främja psykisk hälsa hos medborgarna. Specialistpsykiatri har sin roll, liksom övrig hälso- och sjukvård, kommunala verksamheter, brukarorganisationer samt civilsamhället i stort.

Utvecklingen av SPOT och andra mobila arbetssätt är en pågående nationell utvecklingsprocess inom specialistpsykiatri. SPOT kan inte lösa alla strukturella utvecklingsbehov inom psykiatri och samhället i stort när det gäller arbetet med psykisk ohälsa. Vårdformen visar dock stor potential att minska det ofta alltför stora gapet mellan öppen och sluten psykiatrisk vård, samt knyta ihop vårdkedjor, och driva utvecklingen mot en mer personcentrerad vård.

Mobila vårdinsatser som kommer hem till patienten, i stället för att patienten ska besöka en vårdinrättning, utgör på många sätt ett paradigmskifte inom psykiatri. Att möta patienten i dennes hem innebär också ett skifte både i observandum och i maktpositioner.

SPOT i Gävleborg, som sätts under våren 2025, har fortfarande karaktären av ett pilotprojekt – men ett sådant med god vind i seglen. Alla vidtalade intressenter i Gävleborg inom vuxenpsykiatri, ambulans, akutsjukvård, polis och kommunala verksamheter efterfrågar mobila, flexibla och lättillgängliga insatser. Forskning, utvärderingar och erfarenheter av SPOT i andra svenska regioner ger också stöd för vårdformens fördelar ur ett brukar-, verksamhets- och hälsoekonomiskt perspektiv. Referensgruppen av brukare ser en stor potential i SPOT, inte minst när det gäller att se den enskilda människans utifrån ett helhetsperspektiv, flexibilitet och personcentrering.

SPOT i Gästrikland och Hälsingland befinner sig nu i ett skede där verksamheten ska utveckla arbetssätt, samarbetsformer och de resurser som krävs för att på bästa sätt kunna möta brukarnas behov.

Förhoppningen med denna rapport är att den ska vara användbar som underlag vid den fortsatta utvecklingen av SPOT i Gävleborgs län.

Referenser

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., et al. (2024). *Utilization of psychiatric hospital services following intensive home treatment: A nonrandomized clinical trial*. *JAMA Network Open*, 7(11), e2445042.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45042>
- Berghmans, E., Vliegen, N., Destoop, M., & Luyten, P. (2024). *Engagement strategies in an assertive outreach context: A mixed-methods systematic review*. *Journal of Mental Health*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brulin, G., & Svensson, L. (2011). *Att äga, styra och utvärdera stora projekt*. Studentlitteratur.
- Charon, R., DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E., & Colleagues. (2016). *The principles and practice of narrative medicine*. Oxford University Press.
- Ekermo, M., & Svensson, R. (2017). *Psykiatrisk vård i hemmet: Ett tredje vårdalternativ under framväxt? [Slutrapport]*. Mälardalens högskola.
<https://mdh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1155867>
- Ekermo, M., & Svensson, R. (2016). *Vårdgrannarnas perspektiv på de psykiatriska omvårdnadsteamerna: Rapport från ett utvecklingsarbete i Landstinget Sörmland. Delrapport 2 [Rapport]*. Mälardalens högskola. <https://mdh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1074916/FULLTEXT01.pdf>
- Ekermo, M., & Svensson, R. (2015, juni). *Mobila omvårdnadsteam inom psykiatrin: Rapport från ett utvecklingsarbete i Landstinget Sörmland. Delrapport 1 [Rapport]*. Mälardalens högskola. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:889750/FULLTEXT01.pdf>
- Erling, A. (2024). *Narrativ medicin – en introduktion*. Region Stockholm FoU.
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2015). *Implementation science*. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 11, pp. 695–702). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.10585-4>

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. National Implementation Research Network.

Folkhälsomyndigheten. (2024). *Kartläggning av definitioner och förståelse av existentiell hälsa utifrån litteraturen* (Artikelnummer 24205 3).
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/.../definitioner-forstaelse-existentiell-halsa-utifrån-litteraturen.pdf>

Gustafsson, K., & Mixter, S. (2025). *Prehospitalt utvecklingsarbete kring personer med akut psykisk ohälsa i Gävleborgs län: Arbetsrapport från en lärande utvärdering* (FoU Välfärd Arbetsrapport 2025:3).
<https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/forskning-och-utbildning/fou-valfard/prehospitalt-utvecklingsarbete-i-gastrikland-med-inriktningen-psykisk-ohalsa.pdf>

Ilic, M., & Martinsson Axell, C. (2022). *Existentiell hälsa: En litteraturstudie* [Bachelor's thesis, University of Skövde]. DiVA.z

Johannisson, B., Gunnarsson, E., & Stjernberg, T. (Red.). (2008). *Gemensamt kunskapande – den interaktiva forskningens praktik*. Växjö University Press (Acta Wexionensia Nr 149).

Koshy, G. V., & Melnychuk, E. (2024). *Unique Psychiatric Care: The Role of EmPATH Units*. EMRA.

Kunskapsguiden. (2016). *Publikationer om evidensbaserad praktik*.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/publikationer/> [Hämtad 2026-01-07].

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Luleå tekniska universitet. (2025). *Forskning om SPOT-modellen: Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) – god och nära psykiatrisk vård i hemmet?* <https://www.ltu.se> [Hämtad 2025-12-15]

National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. (2013). *Module 4: Implementation stages*. University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute.
<https://implementation.fpg.unc.edu/modules/module-4/>

NYC Health. (2022). *Mobile Crisis Teams*. <https://www.nyc.gov>
Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation science: A brief overview and a look ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 4–11.
<https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000160>

Peters, R. L., Fine, J., Newton, H., Dalack, G. W., Watson, A., &

- Hassmiller Lich, K. (2025). *Mobile crisis effectiveness: A systematic review and associated functions and forms framework*. BMC Health Services Research. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41361428/>
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). *Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: Qualitative study*. British Journal of Psychiatry, 187(5), 438–443.
- Region Dalarna. (2025). *Nytt mobilt psykiatriskt team*. Region Dalarna. <https://www.regiondalarna.se/contentassets/43ce6ed0748f4cff9c430e8df7107439/nytt-mobilt-psykiatriskt-team.pdf> [Hämtad 2025-12-15].
- Region Gävleborg. (2025a). *Prehospitalt utvecklingsarbete kring personer med akut psykisk ohälsa i Gävleborgs län: Arbetsrapport från en lärande utvärdering (FoU Valfärd, Arbetsrapport 2025:3)*. <https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/forskning-och-utbildning/fou-valfard/prehospitalt-utvecklingsarbete-i-gastrikland-med-inriktningen-psykisk-ohalsa.pdf>
- Region Jämtland Härjedalen. (2025a). *SPOT – specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam. Psykiatri | Vårdgivarwebb RJH*. <https://www.rjh.se> [Hämtad 2025-12-15].
- Region Jämtland Härjedalen. (2025b). *SPOT Region Jämtland Härjedalen* [PowerPoint-bildspel, internt dokument].
- Region Norrbotten. (2025). *SPOT – en vinnande verksamhet: Goda erfarenheter av de mobila SPOT-teamen i Piteås psykiatri*. <https://www.norrbotten.se> [Hämtad 2025-12-15].
- Region Örebro län. (2025). *Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam – SPOT*. <https://www.regionorebrolan.se> [Hämtad 2025-12-15].
- Region Västernorrland. (2025). *Mobila team gav nöjdare patienter – och sparar miljoner: God och nära vård Västernorrland – SPOT (Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam)*. <https://www.rvn.se/sv/v1/Arkiv/Nyhetsarkiv/mobila-team-gav-nojdare-patienter--och-sparar-miljoner/> [Hämtad 2025-12-15].
- Sil, R., & Katzenstein, P. J. (2010). *Beyond paradigms: Analytic eclecticism in the study of world politics*. Bloomsbury.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2025a). *Innovationsguiden: Metoder och mallar för användardriven innovation och tjänstedesign*. <https://www.innovationsguiden.se> [Hämtad 2025-12-16].
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Prehospital akutpsykiatri – Uppdrag Psykisk Hälsa*. <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/prehospital-akutpsykiatri/> [Hämtad 2025-12-16].
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Existentiell hälsa – från teori till praktik*. Uppdrag Psykisk Hälsa.

<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kalender/existentiell-halsa-fran-teori-till-praktik/> [Hämtad 2025-12-16].

- Socialstyrelsen. (2023). *Kunskapsunderlag – hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmet: Del 1. Litteraturöversikt av de ekonomiska vinsterna av hemrehabilitering i en internationell kontext; Del 2. Ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021). *Statsbidrag för utveckling av den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/utlysningar/statsbidrag-for-utveckling-av-den-prehospitla-akutsjukvarden-for-patienter-med-psykisk-ohalsa> [Hämtad 2025-12-15].
- Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S., & Sjöberg, K. (Red.). (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*. Studentlitteratur.
- Svensson, L., Ellström, P.-E., & Brulin, G. (2002). *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik* (Arbetsliv i omvandling 2002:7). Arbetslivsinstitutet.
- SVT Dalarna. (2025). *Mobila team i Dalarna ger psykiatrisk vård i hemmet – vill hjälpa fler*. SVT Nyheter. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/dalarna/mobila-team-i-dalarna-ger-psykiatrisk-var-d-i-hemmet-nu-kan-fler-fa-hjalp> [Hämtad 2025-12-15].
- Stultz, N., Wyder, L., Maeck, L., et al. (2020). *Home treatment for acute mental healthcare: Randomized controlled trial*. The British Journal of Psychiatry, 216, 323–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>
- Tillväxtverket. (2011). *Vad kan vi lära genom projektföljeforskning?* Rapport 0079. Tillväxtverket.
- Todorova, M., et al. (2021). *A prehospital emergency psychiatric unit in an ambulance care service from the perspective of prehospital emergency nurse: A qualitative study*. Healthcare, 10, 50. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010050>
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (2025). *Prehospital akutpsykiatri*. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/prehospital-akutpsykiatri/> [Hämtad 2025-12-15].
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO.
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL-SRPB field-test instrument: WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) field-test instrument: The WHOQOL-100 questions plus 32 SRPB questions (2012 revision)*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-04> [Hämtad 2025-12-15].
- Zeller, S., Calma, N., & Stone, A. (2014). *Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments*. Western Journal of Emergency Medicine, 15(1), 1–6.