



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona

**HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI EN SALUT
MENTAL: SATISFACCIÓ DELS PACIENTS I
EXPERIÈNCIA DE LES INFERMERES**

DAVID GIMÉNEZ DÍEZ



Universitat Autònoma de Barcelona

**HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI EN
SALUT MENTAL: SATISFACCIÓ DELS
PACIENTS I EXPERIÈNCIA DE LES
INFERMERES**

Tesi Doctoral

DAVID GIMÉNEZ DÍEZ

PROGRAMA DE DOCTORAT EN MEDICINA
DEPARTAMENT DE MEDICINA

Directora: Dra. Maria Dolors Bernabeu Tamayo

Tutor: Dr. Vicent Fonollosa Pla

2021

AGRAÏMENTS

Als meus pares, per la seva estima, empena i suport incondicional, i per ensenyar-me el valor de l'esforç.

Al meu germà, per ser un exemple d'innovació incansable.

Als meus avis, l'estima dels quals m'acompanya avui.

A la meva parella, Maria, per donar-me sempre forces i creure en mi.

Al meu amic Rubén, per acompanyar-me en l'aventura de la recerca implicant-se amb mi en el que han acabat sent projectes de tots dos.

A la meva directora de tesis, Dra. Bernabeu, per la seva guia, paciència, expertesa i animar-me sempre a seguir endavant.

A la Dra. Granel, per les seves aportacions en aquesta investigació.

A Eva Gausachs, per donar-me la oportunitat de dedicar-me a l'hospitalització a domicili en salut mental, emprenent un projecte pioner amb el seu entusiasme.

A Silvia Rodriguez i Lidia Torrent, per les seves aportacions.

A totes les persones usuàries i familiars així com a les meves companyes i companys de la UHPAD CPB SSM – HSCSP, de les que tant aprenc dia a dia.

INDEX

RESUM	8
ABTRACT	10
I. INTRODUCCIÓ	12
II. MARC TEÒRIC	15
2.1- Hospitalització a domicili en salut mental	15
2.1.1 Ús clínic	20
2.1.2. Breu història de l'hospitalització a domicili en salut mental	25
2.1.3. Hospitalització a domicili en salut mental a Espanya i Catalunya	29
2.1.4. El model d'Hospitalització a Domicili en salut mental de Centre Psicòteràpia Barcelona Serveis de Salut Mental (CPBSSM) – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP): Unitat d'Hospitalització Parcial a Domicili (UHPAD)	31
2.1.5.El concepte de crisi en salut	

mental en l'hospitalització a domicili.	35
2.2.- Satisfacció del pacient	37
2.2.1. La satisfacció amb les cures infermeres	37
2.2.2. La satisfacció dels usuaris en l'àmbit de la salut mental	41
2.3. Experiència del "tenir cura"	44
2.3.1. Les experiències dels professionals de l'hospitalització a domicili en salut mental	44
2.3.2. El "tenir cura" en salut mental	46
2.3.3. El "tenir cura" des de la mirada de les infermeres	48
III. OBJECTIUS	52
IV. METODOLOGIA	53
4.1. Article 1	53
4.2. Article 2	65

V. RESUM GLOBAL DELS RESULTATS	74
VI. RESUM GLOBAL DE LA DISCUSSIÓ DELS RESULTATS OBTINGUTS	99
VII. CONCLUSIONS	108
VIII. LÍNIES DE FUTUR	110
IX. BIBLIOGRAFIA	112
X. ANNEXES	144
10.1. Entrevista semiestructurada article 1	145
10.2. Entrevista semiestructurada article 2	150
10.3. Altres activitats de recerca realitzades durant el doctorat	156

RESUM

Introducció: Els equips d'hospitalització a domicili en salut mental proporcionen un tractament intensiu a curt termini a les persones que pateixen crisis de salut mental. La satisfacció del pacient s'ha identificat durant molt de temps com un element clau de la qualitat assistencial; no obstant això, la satisfacció amb les cures d'infermeria com a part d'aquest servei encara no s'ha estudiat. Hi ha investigacions limitades sobre les experiències de les infermeres en aquest àmbit.

Objectiu: Analitzar la satisfacció i l'experiència dels professionals, usuaris i familiars amb les cures infermeres durant l'hospitalització a domicili en salut mental en un programa que ofereix un hospital de Catalunya.

Mètode: Es va realitzar un disseny de recerca de mètodes mixtos, amb un estudi transversal que incloïa dades d'enquestes quantitatives i dades d'entrevistes qualitatives amb un enfocament fenomenològic, per avaluar la satisfacció dels pacients i les seves famílies. I es va adoptar un estudi de cas per comprendre les experiències de les infermeres del servei de CRHTT de salut mental sobre l'atenció en les resolucions de crisi.

Resultats: Les evidències proporcionen nous coneixements, incloent com el tractament a domicili en salut mental tendeix a igualar les relacions de poder entre infermeres i pacients/família i com les infermeres augmenten la sensibilitat en centrar-se en les necessitats i prioritats dels usuaris, cosa que provoca una elevada satisfacció del pacient i de la família. Els resultats també van revelar que les infermeres experimentaven una satisfacció més gran proporcionant atenció a la llar i, per tant, això afectava positivament en la qualitat de les cures.

Conclusions: Explorar la satisfacció de pacients i familiars amb les cures infermeres permet identificar com millorar les intervencions i aconseguir una millor situació de salut per als pacients en crisi, el que al seu torn comporta un millor tractament. Reconèixer les experiències i les perspectives de les infermeres en les cures que proporcionen podria ajudar a canviar els paradigmes clínics i millorar la qualitat de l'atenció per el seu potencial per guiar les pràctiques d'infermeria.

ABSTRACT

Introduction: Crisis resolution home treatment teams (CRHTT) provide short-term, intensive home treatment to people experiencing mental health crises. Patient satisfaction has long been identified as a key element of quality of care; however, satisfaction with nursing care as part of this service has not been studied yet. There is limited research on nurses' experiences with CRHTTs.

Aim: To assess the satisfaction and experience of professionals, users and relatives with nursing care during home hospitalization in mental health in a program offered by a hospital in Catalonia.

Method: A mixed methods research design was conducted. A cross-sectional study including quantitative survey data and qualitative interview data with a phenomenological focus was conducted, to assess patients' and their families' satisfaction. And a case study was adopted to understand mental health nurses' experiences of the care at crisis resolutions home treatment teams were performed to nursing staff working in CRHTT services.

Results: Evidence provides new insights, including how home health treatment in mental health tends to equalize power

relations between nurses and patients / family and how nurses increase sensitivity by focusing on the needs and priorities of users, leading to high patient and family satisfaction. The results also revealed that nurses experienced greater satisfaction in providing home care and therefore this positively affected the quality of care.

Conclusions: Exploring patient and family satisfaction with nursing care allows us to identify how to improve interventions and achieve a better health situation for patients in crisis, which in turn leads to better treatment. Recognizing the experiences and perspectives of nurses in the care they provide could help change clinical paradigms and improve the quality of care for their potential to guide nursing practices.

I. INTRODUCCIÓ

L'hospitalització a domicili en salut mental es una alternativa al tractament d'hospitalització psiquiàtric tradicional per a persones en un procés de crisi de salut mental aguda (Johnson et al. 2008). D'aquesta manera, de forma mòbil, en el domicili i en els entorns més propers dels pacients i les seves famílies, equips multidisciplinaris on les infermeres tenen un paper clau ofereixen una atenció de salut mental intensiva amb accessibilitat durant tot el dia visitant a les persones ateses i les seves famílies .

Encara que la hospitalització a domicili en salut mental està establerta àmpliament en diferents sistemes de salut mental d'arreu del món (Wheeler et al. 2015), la evidència que avala aquesta modalitat de tractament per el moment es moderada (Murphy et al. 2015).

A Catalunya, l'hospitalització a domicili en salut mental com a modalitat de tractament es va iniciar l'any 2016, essent la Unitat d'Hospitalització Parcial a Domicili (UHPAD), de Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis de Salut Mental (CPBSSM) – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), una de les unitats pioneres, desenvolupant-se de forma simultània aquest model amb altres unitats arreu de Catalunya.

La satisfacció del pacient s'ha identificat durant molt de temps com un element clau de la qualitat de l'atenció i es pot contribuir a la prestació de serveis de qualitat avaluant la satisfacció del pacient amb les cures infermeres (Karaca i Durna; 2019). Malgrat això, la satisfacció amb les cures d'infermeria en l'hospitalització a domicili en salut mental encara no ha estat estudiada al nostre país.

Així doncs, és rellevant avaluar la satisfacció dels pacients en salut mental amb les cures infermeres especialment quan s'introdueixen nous dispositius i modalitats terapèutiques, com està essent el cas de la hospitalització a domicili en el nostre territori, ja que això pot facilitar millores en el l'atenció prestada i la recuperació dels pacients.

Investigacions prèvies han indicat que la comprensió de les percepcions infermeres sobre la seva pràctica podria millorar les cures que les infermeres proporcionen als seus pacients (Xie et al., 2019).

Sensibilitzar els proveïdors d'atenció a la salut mental sobre les cures infermeres en salut mental podria ajudar a implementar sistemes de suport a les necessitats dels professionals.

A Espanya, s'ha estudiat l'organització i el desenvolupament de l'hospitalització a domicili, però l'experiència de les infermeres de salut mental que treballen en aquestes unitats encara no s'ha estudiat.

Per tant, a la llum d'una manca de recerca al voltant de les experiències de les infermeres de salut mental que treballen en hospitalització a domicili en salut mental en el nostre país, es fa necessari ampliar la base actual de l'evidència científica infermera així com treballar per millorar els nivells de la qualitat assistencial. Davant la manca d'estudis en aquest àmbit, el propòsit de la present tesi, es d'una banda analitzar la satisfacció i experiència dels usuaris i familiars amb les cures infermeres en l'hospitalització a domicili en salut mental i, per l'altre, explorar les percepcions i construccions sobre el tenir cura per part de les infermeres en aquest àmbit.

II. MARC TEÒRIC

2.1. Hospitalització a Domicili en Salut Mental

L' Hospitalització a Domicili en Salut Mental també coneguda com “equips de resolució de crisi” o “tractament domiciliari intensiu en salut mental” té com a objectiu proporcionar una avaluació ràpida en salut mental de les crisis i, sempre que sigui possible, oferir un tractament a la llar com a alternativa a l'ingrés agut en un hospital (Johnson, 2013).

L'hospitalització a domicili en salut mental s'ha definit en el nostre entorn com una alternativa assistencial del sector de la salut que consisteix en un model organitzatiu capaç de dispensar un conjunt d'atencions i cures mèdiques i d'infermeria de rang hospitalari al domicili dels pacients que necessiten control actiu i assistència complexa (Vegué i García-Ribera, 2016).

L'objectiu principal d'aquesta modalitat terapèutica és oferir assistència a la persona en procés de crisi amb un tractament domiciliari com alternativa al ingrés hospitalari (Alba Palé, 2019).

Diversos països, especialment els anglosaxons (Burns et al., 2002), han desenvolupat estratègies d'atenció domiciliària i intervenció en crisi en salut mental, basant-se fonamentalment en

l'estudi pioner del grup de Leonard Stein als Estats Units d'Amèrica (Stein i Test, 1980).

El desenvolupament d'aquests tractaments s'ha donat fonamentalment des dels anys 90 en diferents regions d'Europa, Austràlia i els Estats Units d'Amèrica (Alba Palé, 2019). De fet, per posar un exemple, al Regne Unit, el tractament domiciliari intensiu en salut mental està implementat com estratègia nacional de salut en diferents països, per tal de que, sempre que calgui i sigui possible, s'ofereixi un tractament alternatiu a l'ingrés agut en el domicili dels afectats (Department of Health, 2011).

El desenvolupament d'aquests programes, habitualment anomenats Equips d'Atenció Domiciliària en Crisis o en anglès 'Crisis Resolution Home Treatment Teams' (CRHTT) o 'Assertive Community Treatment' (ACT), no ha estat homogeni en aquests països (Wright et al., 2003) tant pel que fa a les infraestructures com en la cartera d'oferta de serveis. De fet, des de fa anys es reclama un aclariment de quins son els components essencials d'aquests programes, la seva funcionalitat i la seva eficiència (Priebe et al., 2003).

Distingim en l'inici d'aquestes iniciatives de tractament, per una banda els grups britànics amb un marcat enfocament social

(Orme, 2001), i per altra banda els grups australians amb una mirada més biomèdica (Carroll et al., 2001).

Actualment, no hi ha un model uniforme d'hospitalització a domicili en salut mental que estigui implantat arreu del món, el model anglès, que ha anat evolucionant en les últimes dues dècades, és el que marca tendència i té més acceptació internacional (Barker et al., 2011). Tot i així, els aspectes claus del model no s'han identificat clarament i la implementació ha estat inconsistent (Morant et al., 2017).

Alguns serveis amb models innovadors tenen una clara base teòrica: per exemple, la intervenció primerenca dels serveis de salut mental es basa explícitament en teories sobre els efectes nocius de la llarga durada sense tractament dels trastorns mentals severes (Birchwood, 1997). En canvi, el marc teòric dels CRHTT ha tendit a ser menys explícit, amb molts dels principals investigadors dedicant poc espai a la fonamentació teòrica: els primers equips de tractament domiciliari semblen haver estat sovint desenvolupats per pioners enèrgics i pragmàtics en resposta a les dificultats trobades al servei sanitari imperant en què treballaven. Tanmateix una revisió de la literatura suggereix una divergència considerable entre aquests pioners en els seus marcs teòrics (Johnson, 2008a).

Malgrat aquestes divergències teòriques, existeixen alguns principis sobre els quals els líders del desenvolupament d'aquest model semblen estar d'acord (Johnson, 2008b). Aquests principis es poden resumir de la següent manera:

- L'ingrés hospitalari tradicional en salut mental és, per a molts pacients, nociu a efectes terapèutics i inacceptable, i presenta un fort estigma (Rose, 2001).
- Les crisis tenen una importància social i ambiental important, així com desencadenants (Polak, 1970). El tractament a domicili permet avaluar-los i abordar-los millor.
- Les habilitats d'afrontament s'apliquen de manera més eficaç al context en què s'han après (Stein, 1980). Així, després del tractament domiciliari, els pacients és més probable que puguin aplicar les habilitats apreses per prevenir o reduir la gravetat de futures crisis.
- Les relacions entre pacients i professionals són diferents i estan menys dominades per les desigualtats de poder quan les crisis es gestionen a les pròpies cases dels pacients (Mezzina, 1995).

Respecte a les principals característiques organitzatives dels equips CRHTT del model del Regne Unit, model imperant en l'actualitat, son:

- Equip multidisciplinari.
- Fer un tractament intensiu a casa dels afectats en comptes d'ingressar a l'hospital quan sigui possible.
- Baixa ràtio pacient-personal sanitari.
- Disponibilitat les 24 hores.
- Treballar en col·laboració amb altres serveis de la xarxa de salut mental.
- Desenvolupar el tractament mitjançant un enfocament en equip.
- Avaluacions de situació d'emergència ràpides, amb respostes en el termini d'una hora si és necessari.
- Programa de tractament a casa a curt termini i intensiu fins a sis setmanes i després alta a altres serveis (Johnson, 2007; Johnson et al., 2008a).

En aquest model els equips de resolució de crisi i tractament en la llar són l'enllaç entre els serveis de salut mental aguts i comunitaris; estan centrats en la recuperació i l'empoderament dels pacients, són una alternativa a l'ingrés hospitalari, proporcionant tractament en un ambient menys restrictiu, i han

demonstrat reduir la taxa d'hospitalitzacions convencionals (Laugharne i Shankar, 2009).

De fet, els processos de tractament i de recuperació en l'hospitalització a domicili en salut mental poden incloure el tractament a domicili, l'ingrés a l'hospital quan el tractament a la llar no resol la crisi, i la continuïtat de cures en els serveis apropiats (Lloyd-Evans et al., 2018).

Per a que un servei pugui ser denominat d'hospitalització a domicili cal que sigui accessible durant les 24 hores del dia, o almenys durant amplis períodes de temps, el que és important i té grans avantatges des del punt de vista assistencial, en la mesura en què en aquesta mena de pacients més del 21% de les derivacions per demandes d'atenció ocorren fora de l'horari de treball convencional dels professional (Harrison et al., 2003).

2.1.1. Ús clínic

L'hospitalització a domicili en salut mental ha estat avaluada en varies revisions sistemàtiques (Malone et al., 2007; Murphy et al., 2015; Dieterich et al., 2017) les quals han conclòs que aquesta modalitat de tractament es equiparable a l'atenció hospitalària convencional, i ha demostrat ser superior en relació a l'acceptació

de la intervenció terapèutica, en l'adherència al tractament i en la reducció dels ingressos hospitalaris.

De fet, Malone et al. (2007) destaquen que la efectivitat del tractament a l'hospitalització domiciliària no es inferior a l'assistència psiquiàtrica convencional, mentre que ha mostrat ser millor en reduir les taxes d'ingrés hospitalari o per fomentar una major acceptació al tractament, així com lleugerament millor per evitar les conductes autolítiques i suïcides.

Murphy et al. (2015) van trobar evidència d'alta qualitat de que l'atenció domiciliària intensiva en salut mental redueix els reingressos als hospitals, així com podria reduir la càrrega familiar, millorar l'estat global dels pacients o la seva satisfacció amb l'atenció rebuda. De fet, aquesta revisió sistemàtica conclou que l'atenció domiciliària sembla ser una forma viable i acceptable per tractar a persones amb malalties mentals greus, així com podria reduir els costos que es desprenen d'aquest tractament.

Tanmateix, l'atenció domiciliària en salut mental està recomanada a les actuals guies clíniques de tractaments eficaços com a opció terapèutica per a pacients amb trastorns mentals (Guehne et al., 2018).

L'efectivitat de l'assistència aguda i intensiva domiciliària subministrada pels “equips de resolució de crisi/tractament domiciliari intensiu” ha estat estudiada centrant-se fonamentalment en la reducció dels ingressos hospitalaris. També s’ha estudiat i demostrat que aquesta forma d'assistència disminueix els costos i incrementa el nivell de satisfacció dels pacients, sent per tant més eficient en termes de la relació “cost/efectivitat” que l'assistència hospitalària tradicional (Joy et al., 2006).

En un estudi de prova controlada aleatoritzada (Stulz et al; 2020) es va trobar que l’atenció domiciliària reduïa la mitjana d’hospitalització per pacient dins dels 24 mesos posteriors a la crisi de salut mental un 30,4% (p. <0,001), així com reduïa la duració mitjana de tractament global (dies d’hospitalització + dies d’atenció domiciliària) o el numero mitjà d’ingressos hospitalaris per pacient (sig. 0,969).

Altres estudis (Johnson et al., 2005) també han corroborat aquesta reducció dels ingressos hospitalaris conjuntament amb una reducció de les visites a urgències (Aagaard et al., 2017). Jethwa (2007) indica una recuperació més ràpida dels pacients en aquest tipus d’unitats en comparació amb les unitats de tractament tradicional.

Un altre estudi apunta que, en comparar pacients ingressats en una unitat estàndard d'hospitalització aguda de salut mental amb pacients assignats aleatòriament a un servei de CRHTT, els pacients atesos en hospitalització a domicili, en un seguiment als 12 mesos, van passar menys temps hospitalitzats. Tanmateix, l'estudi va demostrar que els costos derivats de la intervenció domiciliària no van ser significativament diferents dels resultants del tractament en règim d'hospitalització convencional a temps complet i que fins i tot dels derivats del tractament en un hospital de dia d'aguts (Harrison et al., 2003).

Pacients assignats a un programa de “intervenció en crisi amb assistència domiciliària” van presentar menys probabilitat de ser ingressats a l'hospital 8 setmanes després de la crisi (Johnson et al., 2005). Estudis posteriors van donar suport a aquestes dades (Glover et al., 2006). És important ressaltar que aquesta reducció en els percentatges d'hospitalització s'observa especialment en aquells equips de resolució de crisi que assumeixen la responsabilitat tant dels problemes de salut com dels de tipus social, i que realitzen amb regularitat visites i intervenció domiciliària (Burns et al., 2001; Joannette et al., 2005). Un benefici addicional d'aquesta modalitat de tractament domiciliari es deriva del fet que molts d'aquests pacients troben més

estigmatitzant rebre tractament agut en els serveis tradicionals de salut mental (les sales d'hospitalització). Tant és així que es va trobar que al voltant d'un terç dels pacients tractats a nivell domiciliari prefereixen no acudir en cap moment als serveis ambulatoris o d'internament de salut mental tradicionals, la qual cosa té com a conseqüència que el 45% de tots els contactes dels professionals de la salut mental amb aquests pacients ocorren a la casa d'aquests (Harrison et al., 2003).

Malgrat els equips de resolució de crisi i tractament domiciliari i l'assistència domiciliària intensiva semblen ser una intervenció comunitària efectiva, no haurien de ser vists com una alternativa exclusiva a l'atenció oferta pels serveis tradicionals d'hospitalització psiquiàtrica aguda (Minghella i Ford, 1998a), ni tampoc hauria de ser implementada com una estratègia terapèutica aïllada.

Per la continuïtat de les cures i de l'optimització dels recursos disponibles, la intervenció en crisi mitjançant tractament agut domiciliari podria ser considerada com una eina molt útil en una provisió integrada de l'assistència per als pacients mentals aguts i greus dins de la comunitat (Espanya, 2012).

Diversos autors conclouen que el model d'intervenció en crisi amb assistència domiciliària intensiva és un model viable,

eficient i acceptable per a tractar a les persones amb malalties mentals greus i agudes (Espanya, 2012).

2.1.2. Breu història de l'hospitalització a domicili en salut mental

Durant la segona meitat del segle XX es va viure un procés clau en l'assistència sanitària, la desinstitucionalització de les persones amb malalties mentals i, de la seva mà, el desenvolupament de la Salut Mental Comunitària. Aquest procés va suposar la posada en marxa d'unitats de Salut Mental als hospitals generals i de recursos comunitaris a nivell ambulatori. Als països anglosaxons es va acompanyar aviat de la creació de tractaments intensius a nivell domiciliari, a través de models que van evolucionar en equips de gestió de casos o tractament assertiu comunitari i en diferents programes de continuïtat de cures (Stein i Test, 1980).

El primer servei d'atenció domiciliària intensiva en salut mental el va fundar el psiquiatre Arie Querido a Amsterdam als anys trenta del segle XX (Querido, 1935). Querido va instituir un sistema d'atenció psiquiàtrica a tota la ciutat, amb la visita a casa dels pacients d'un psiquiatre i un treballador social sempre que es

derivava un pacient agut per ingrés, amb un pla de tractament amb visites de seguiment a casa.

Al Regne Unit, als anys 50 es van instaurar en algunes zones del país, serveis d'atenció domiciliària a les crisis de salut mental, que consistien en visites a domicili d'un psiquiatra i un treballador social. Aquest servei domiciliari va demostrar que reduïen els reingressos als hospitals locals en un 79% (Carse, 1958).

En els anys seixanta i principis dels setanta, es van anar desenvolupant més iniciatives d'aquestes terapèutiques a diferents parts del món de parla anglesa. Una de les més remarcables va ser la xarxa de serveis desenvolupada per Paul Polak a Denver, Colorado, als anys setanta (Polak 1976). Polak va incloure diverses innovacions a l'atenció domiciliària en salut mental, com oferir tractament les 24 hores del dia sempre que fos possible, la integració de serveis de tractament hospitalari i comunitari i la creació d'una xarxa de cases d'acollida de pacients, entre altres. A la vegada, Polak va eliminar les clíniques o oficines del personal per entrevistar a pacients, promovent per tant que tot contacte amb els pacients havia de tenir lloc a les llars o altres indrets de la comunitat.

Els "equips de resolució de crisi" i "d'assistència aguda domiciliària", que proporcionen tractament intensiu a nivell

domiciliari, van aparèixer en els anys 70 al Regne Unit i als països de parla anglesa com una alternativa al tractament hospitalari convencional, per a individus amb malaltia mental greu en un estat clínic agut (España, 2012). En aquest sentit De Dennis Scott Barnet Family Service, al nord de Londres, va sorgir com a equip especialitzat dedicat al tractament domiciliari intensiu en salut mental (Scott, 1985).

A més, aquests programes van intentar donar resposta a les necessitats de les persones que abandonaven els antics manicomis i a les de les que debutaven amb processos de malaltia mental, especialment, a les persones amb trastorns mental greus.

Així doncs, al Regne Unit a finals dels anys vuitanta i noranta, els equips de resolució de crisi van ser els principals proveïdors de resposta de les crisi de salut mental a la comunitat. La majoria, però, funcionava només en horari d'oficina (de 09.00 a 17.00), cinc dies a la setmana, cosa que en limitava considerablement la capacitat de resposta a les crisis i funcionar com a substitució de l'ingrés d'aguts.

Amb el pas del temps, es va començar a experimentar amb models que implicaven cures més intensives i especialitzades en alguns centres; com per exemple, Christine Dean i els seus col·laboradors van establir un innovador servei especialitzat en el

tractament a domicili al Birmingham de la comunitat asiàtica. Van trobar que el servei reduïa els ingressos hospitalaris i era molt ben valorat pels familiars dels usuaris del servei (Dean, 1993).

Aproximadament al mateix temps, al Maudsley Hospital de Londres, es va desenvolupar el programa Daily Living, que era una rèplica de l'original de Stein i Hoult, però combinava els models de crisi al domicili i d'atenció domiciliària a més llarg termini, tot demostrant una reducció dels ingressos hospitalaris i altres beneficis psicosocials durant un seguiment de 18 mesos (Marks, 1994).

El 1995, John Hoult, va establir el Yardley Psychiatric Emergency Team (Minghella, 1998b). Aquest fet es pot considerar com la primera implementació completa al Regne Unit del model de Crisis Resolution Home Treatment Teams (CRHTT). El model de Hoult es va replicar a diversitat de centres, inclosos Bradford i Islington, Londres, abans de ser adoptada el 2000 com a política nacional del pla National Health System (Department of Health, 2000).

Com dèiem, malgrat que les primeres iniciatives d'aquestes modalitats de tractament s'inicien als anys 70, no es fins als anys 2000 que aquestes es desenvolupen plenament al Regne Unit, país

de referència en aquesta intervenció terapèutica (Dixon i Dewar; 2000).

Des dels seus orígens, l'atenció domiciliària en salut mental es va plantejar com una opció menys disruptiva, centrada en el pacient i en la comunitat, configurant-se com una alternativa als ingressos psiquiàtrics convencionals (Johnson et al., 2008).

2.1.3. Hospitalització a domicili en salut mental a Espanya i Catalunya

A Espanya, la desinstitucionalització dels pacients psiquiàtrics va suposar una notable millora en la qualitat de l'assistència que se'ls presta a les persones en procés de malaltia mental. Tot i això, aquesta reforma psiquiàtrica no ha estat exempta de dificultats, fonamentalment referent a la falta de recursos intermedis i a la sobrecàrrega del sistema familiar, tenint aquest problema abast internacional (Vázquez-Barquero et al., 2001).

En les últimes dècades s'han definit diversos models assistencials alternatius a l'ingrés hospitalari convencional (hospital d'aguts) en resposta a diversos factors. Entre ells, un canvi de perfil de pacient atès i, també del relativament limitat benefici observat per

un alta precoç després d'una estada hospitalària, emmarcada en la tendència universal dirigida a escurçar les estades a l'hospital.

De fet, retallar costos evitant admissions hospitalàries és un dels objectius central dels esquemes entre els quals està l'hospitalització domiciliària. Altres beneficis percebuts inclouen una reducció del risc d'efectes adversos associats amb la durada de l'estada hospitalària (deterioració funcional, per exemple) i el potencial benefici de rebre la rehabilitació, per exemple, dins de l'entorn familiar, donant-li als pacients l'oportunitat de seguir implicats en les activitats de la vida diària (Alepu et al., 2018).

Des de l'any 2004, amb l'objectiu d'una atenció més humanitzada, desestigmatitzant i equiparable a la resta de patologies, van desenvolupar equips d'hospitalització a domicili específics per a pacients de salut mental al nostre país (García-Iturrospe et al., 2012), formant-se els primers dispositius a la Comunitat Valenciana.

A Catalunya, en l'àmbit de l'Hospitalització a Domicili en Salut Mental seguint els criteris de referència dels CRHTT, la Unitat d'Hospitalització Parcial a Domicili (UHPAD), de Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis de Salut Mental (CPBSSM) – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), ha estat una de les

unitats pioneres, desenvolupant-se de forma simultània aquest model amb altres unitats arreu de Catalunya.

La UHPAD proveeix tractament intensiu al domicili per a la resolució de la crisi als usuaris dels serveis de salut mental, i seguint el model dels CRHTT té com a objectius reduir els ingressos hospitalaris en salut mental i oferir tractament al pacient dins de la seva comunitat (Killaspi et al., 2006). Els treballadors de la UHPAD proveeixen tractament curt i intensiu a persones que presenten emergències o complicacions psiquiàtriques en l'entorn del pacient, el que comporta un seguit de beneficis i particularitats.

2.1.4. El model d'Hospitalització a domicili en salut mental de Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis de Salut Mental (CPBSSM) – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP): Unitat d'Hospitalització Parcial a Domicili (UHPAD).

La UHPAD es va crear i s'ha desenvolupat des de Desembre de l'any 2016, com a projecte pilot del CatSalut d'atenció psiquiàtrica domiciliària.

Objectius de la UHPAD

La UHPAD té un doble objectiu prioritari: per una banda evitar l'hospitalització convencional d'aquelles persones en situació aguda que poden ser tractades al seu domicili, i, per altra banda, facilitar la transició cap al domicili dels pacients en situació d'ingrés hospitalari.

Criteris d'indicació i mecanismes de derivació

Són susceptibles d'atenció a la UHPAD els pacients majors de 18 anys, residents en el territori de referència que presentin un episodi psicopatològic agut tributari d'una intervenció intensiva, en el que es considera adequat el tractament en el seu entorn habitual.

Criteris d'exclusió:

- Absència d'entorn familiar contenidor i adequat per aquest model d'atenció.
- Alteracions conductuals greus (agitació, conductes violentes).
- Risc imminent de suïcidi.
- Trastorn per ús de substàncies com a diagnòstic principal.

- Determinades comorbiditats amb trastorns orgànics greus.
- Requeriment de l'aplicació de tècniques d'infermeria o utilatge mèdic complex.

L'equip de treball està format per:

- 4 Psiquiatres.
- 4 Infermeres especialistes en salut mental.
- 1 Coordinadora d'Infermeria .
- 1 Administrativa.
- 2 Coordinadors mèdics.

El procés de derivació s'entén com un treball conjunt i ben articulats entre el servei de procedència i la pròpia UHPAD.

Aquests fluxos de l'organització queden il·lustrats a la Figura 1.

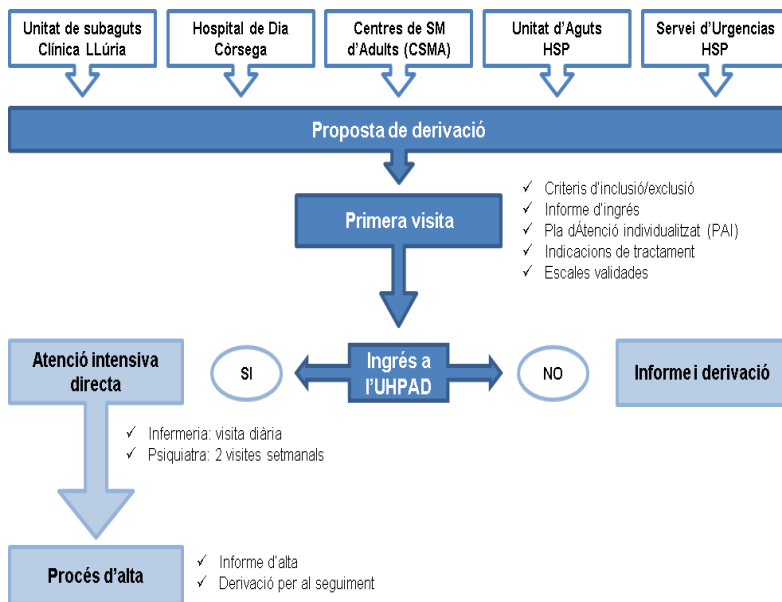


Figura 1. Fluxos de l'organització de la UHPAD. *Unitat d'hospitalització parcial a domicili AIS Barcelona Dreta. Projecte Funcional.* Per Vegué i García- Ribera, 2016. CPB Serveis de Salut Mental – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

L'equip de la unitat garanteix l'atenció diària al domicili del pacient els dies laborables (ofereix cobertura assistencial de 9.00 hores a 19.00 hores). Els festius i caps de setmana els usuaris de la UHPAD disposen d'un servei d'atenció telefònica les 24 h, del qual s'encarrega una infermera referent de la UHPAD de 9.00 a 14.00 hores, i la resta de l'horari d'atenció recau en el Servei

d'Urgències del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

2.1.5. El concepte de crisi en salut mental en l'hospitalització a domicili

Les crisis que s'atenen en l'hospitalització a domicili en salut mental estan relacionades amb un cert grau de "severitat", posant el focus en les persones ateses amb un trastorn mental greu (Smyth, 2003).

Johnson (2005) va definir les crisis ateses en l'hospitalització a domicili en salut mental i va apuntar que aquestes estaven marcades per un deteriorament substancial de la salut mental i / o del funcionament habitual de la persona i / o una interrupció de la xarxa de suport d'una persona en un episodi d'important malestar psíquic, així com per un augment del risc per la integritat de la pròpia persona (autolesió o negligència en l'autocura) o la de tercers.

Tobitt i Kamboj (2011) han investigat com entre els professionals de l'hospitalització a domicili en salut mental s'entén el concepte de crisi entrevistant 39 professionals de quatre equips CRHHT

diferents. Van trobar que el que es descrivia com "Caracterització de la crisi" es dividia en tres clústers: disrupció en el funcionament habitual, risc de dany a un mateix i necessitat de suport (Tobitt i Kamboj, 2011).

2.2. Satisfacció del pacient

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) indica que la qualitat d'un servei es pot determinar per “la satisfacció o insatisfacció del pacient i les expectatives de la població respecte el tractament que haurien de rebre, amb especial referència al respecte pels drets humans i la dignitat del pacient “(Torres i Buitrago, 2011).

Westaway et al., (2003) defineixen la satisfacció del pacient com un judici del pacient sobre la qualitat de l'atenció en tots els aspectes, però particularment pel que fa al procés interpersonal. Es relaciona amb el comportament tècnic i interpersonal, la creació d'associacions, el comportament no verbal immediat i positiu, l'observació social, la cortesia, la consideració, la comunicació i la informació clares, el tracte respectuós, la freqüència de contacte, la durada de la consulta, la disponibilitat del servei i el temps d'espera.

2.2.1. Satisfacció amb les cures infermeres

La satisfacció amb els serveis sanitaris reflecteix l'eficàcia i la qualitat dels serveis sanitaris (Donabedian, 2005) i la satisfacció del pacient amb les cures d'infermeria es considera fonamental

per avaluar la qualitat assistencial (Pat-Pech i Soto-Morales, 2017).

La satisfacció dels pacients amb les cures infermeres és un component important de la satisfacció del pacient. La satisfacció del pacient amb les cures infermeres ha estat descrita com el grau en què l'esperança del pacient d'una cura ideal és coherent amb l'atenció real (Risser, 1975).

Altres autors com Eriksen (1995) la defineixen com una avaluació subjectiva feta pels pacients segons les seves pròpies expectatives vers les cures infermeres, i les seves reaccions cognitives i emocionals davant la interacció dels serveis d'infermeria amb els receptors reals.

L'American Nurses Association (1999) defineix la satisfacció del pacient amb les cures infermeres com una avaluació del pacient vers la cura d'infermeria rebuda.

Ozsoy et al; (2007) defineixen la satisfacció del pacient amb les cures infermeres com l'avaluació subjectiva dels pacients de la seva reacció cognitiva i emocional, com a resultat de la interacció entre les seves expectatives en quant a les cures d'infermeria i la seva percepció de cures d'infermeria reals. És la combinació d'experiències, expectatives i necessitats percebudes. La manera

com els pacients perceben les cures d'infermeria depèn en gran mesura de la seva situació social, edat, nivell educatiu, antecedents culturals, experiències hospitalàries prèvies i suport, disponibilitat i respecte per part de les infermeres.

Les definicions anteriors són lleugerament diferents, però el que tenen en comú és que la satisfacció dels pacients amb les cures infermeres és un sentiment subjectiu, estretament relacionat amb les expectatives dels usuaris.

En els dispositius hospitalaris, des del moment de l'ingrés fins a l'alta, les infermeres proporcionen cures als pacients cada dia i participen en gairebé tots els aspectes de l'atenció en el procés salut - malaltia. Per tant, com a principals proveïdors d'assistència sanitària, les infermeres tenen un impacte significatiu en les percepcions dels pacients sobre la seva experiència de tractament (Seeber, 2012).

Es pot contribuir a la prestació de serveis de qualitat avaluant la satisfacció del pacient amb les cures d'infermeria per al desenvolupament i la millora de l'atenció d'infermeria en funció de les expectatives dels pacients (Karaca i Durna; 2019).

Existeixen pocs estudis relacionats amb la satisfacció del pacient referida específicament a l'atenció d'infermeria de salut mental (King et al; 2019).

Els pacients satisfets tenen una taxa de compliment terapèutic més elevada i millors processos de recuperació (Holikatti et al., 2012); per tant, major satisfacció pot conduir a una millor salut.

Els pacients satisfets tendeixen a informar que experimenten apropament, empatia i la comprensió de les infermeres, mentre que els pacients insatisfets tendeixen a comentar que se senten incompresos (Huiting i Ziqiang, 2013).

La satisfacció dels pacients es tradueix en un impacte directe sobre la funcionalitat i la viabilitat de la institució a qüestió, ja que els pacients no satisfets tendeixen a buscar serveis alternatius (Bustamante et al., 2013).

Identificar les percepcions de la satisfacció amb l'atenció pot ajudar els proveïdors a millorar tant l'atenció com la cura infermera (Chan et al., 2018).

La satisfacció del pacient s'ha identificat doncs durant molt de temps com un element clau de la qualitat de l'atenció; malgrat això, la satisfacció amb les cures d'infermeria en l'hospitalització

a domicili en salut mental encara no ha estat estudiada al nostre país.

Així doncs, és rellevant avaluar la satisfacció dels pacients en salut mental amb les cures d'infermeria, especialment quan s'introdueixen nous dispositius i modalitats terapèutiques, ja que això pot facilitar millores en el l'atenció prestada i la recuperació dels pacients.

2.2.2. La satisfacció dels usuaris en l'àmbit de la salut mental

Per tal de poder avaluar la satisfacció de l'usuari i els familiars d'aquest en l'àmbit de la salut mental, és necessari un marc teòric que expliqui l'associació entre satisfacció, usuari i servei de salut. Així, els aspectes conceptuals i teòrics han de conèixer-se abans de procedir als mesuraments.

La satisfacció amb els serveis de salut mental va ésser concebuda inicialment com un concepte multidimensional relacionat a l'accessibilitat/conveniència, disponibilitat dels recursos, continuïtat de la cura, eficàcia/resultats de la cura, finances, humanisme, informació procurada, informació rebuda, comoditat de les instal·lacions i qualitat/competències (Ware, 1976; Ware et al., 1978).

La satisfacció dels usuaris de salut mental amb els serveis afecta els resultats clínics d'aquests i l'atenció centrada en el pacient (Stamboglis i Jacobs; 2020). Per tant, és una mesura vital per al control dels serveis de salut i sovint s'inclou com un indicador important de qualitat dels serveis de salut mental (Ruggeri et al; 2007).

La variació en la prestació del servei, juntament amb les diferències en les necessitats dels pacients, implica que la satisfacció del pacient en salut mental pot variar considerablement entre individus i proveïdors (Stamboglis i Jacobs; 2020).

Els homes, les persones grans i els pacients amb major nivell educatiu estan generalment més satisfets amb els serveis de salut mental (Bener i Ghuloum; 2013). L'etnicitat també afecta la satisfacció del pacient; és a dir, pertànyer a un grup ètnic pot estar associat a variabilitat en les conceptualitzacions de satisfacció i en les expectatives associades a l'atenció (Yimer et al; 2016).

La literatura científica subratlla que les necessitats dels pacients en tractament, ja siguin directament relacionades amb salut mental o no, són consideracions més vitals que les

característiques clíniques en relació a la satisfacció amb els serveis (Fortin et al; 2018).

En salut mental, la importància de la satisfacció del pacient ha estat investigada i els estudis han posat de relleu que és fonamental perquè els pacients sentin que se'ls està donant suport professional (Newman et al., 2015).

Per tant, la satisfacció dels pacients en l'àmbit de la salut mental amb el els serveis que reben són una construcció rellevant en la recerca actual (Miglietta et al., 2018)

2.3. Experiència del “tenir cura”

2.3.1. Les experiències dels professionals de l'hospitalització a domicili en salut mental

Pocs estudis previs han examinat, fins ara, les experiències dels professionals que treballen en l'hospitalització a domicili.

Freeman, Vidgen i Davies-Edwards (2011) van intentar explorar les experiències del personal treballant a CRHTT. Van estudiar específicament l'estrès i l'afrontament descrits pels membres de l'equip del CRHTT (Freeman et al., 2011). Aquest estudi esmenta recursos individuals i d'equip que poden ser útils per fer front al treball diari, com ara regulació emocional, prendre precaucions, informació i suport emocional i de gestió.

Dos articles exploren la satisfacció i el benestar dels membres de l'equip a l'àmbit de l'hospitalització a domicili en salut mental.

Nelson, Johnson i Bebbington (2009) van explorar el nivell de burnout i fonts de satisfacció i estrès en equips CRHTT i els van comparar amb els trobats en equips assertiu – comunitaris, trobant que treballar en aquestes unitats sembla beneficiós per al personal però que calen més estudis per avaluar l'impacte a llarg termini.

En un altre estudi (Johnson et al., 2012) va descriure en relació al personal sanitari, la satisfacció, el benestar i els factors associats a dos en equips CRHTT.

Altres articles exploren les habilitats necessàries com a membre de l'equip CRHTT des de la perspectiva dels professionals.

L'estudi de Brooker et al; (2007) posa de manifest el valor que tenen els membres de l'equip per ser capaços gestionar i avaluar riscos en cas d'emergència de forma coordinada.

Un segon estudi (Morton, 2009) va descriure com la funció professional i la combinació d'habilitats van ser importants en els equips CRHT a l'hora de tractar als pacients.

Un tercer article (Johnson, 2013) esmentava la necessitat que l'equip fos multidisciplinari per tal de poder avaluar i intervenir de forma específica en cada cas.

Encara falta investigació sobre la perspectiva i les vivències dels professionals als equips CRHT.

2.3.2. El “tenir cura “en salut mental

Actualment, el “tenir cura”, o dit d’una altra manera, les “cures infermeres” en salut mental exigeixen a la infermera una postura d’agent terapèutic. Això requereix una postura que prioritzi l’establiment de la relació terapèutica, entesa com a mitjà de cura infermera, que constitueix l’acció central de la pràctica de la infermera en salut mental i la seva consolidació és a través del procés d’infermeria, que té com a finalitat la formulació de cures sempre de forma consensuada amb el pacient (Garcia et al., 2017).

L’afirmació que la infermeria de salut mental es terapèutica està basada en una visió post-moderna de la teràpia més orientada al cuidar que a la curació (Montgomery i Webster, 1994). En lloc de tenir un focus limitat en els símptomes i problemes de les persones, aquest enfocament té en compte múltiples necessitats, així com allò que pot donar a una persona un sentit de seguretat, dignitat i esperança.

L’anterior ressalta el potencial curatiu de la relació terapèutica, més que mètodes psicoterapèutics específics. Això està en línia amb la descripció de la relació terapèutica com el "factor comú" més poderós de la psicoteràpia, és a dir, un factor amb un

potencial terapèutic que no depèn d'un mètode terapèutic específic (Richardson, 2001; Wampold, 2001).

Les infermeres de salut mental han d'adquirir i mantenir la consciència de l'impacte i de la importància de la relació terapèutica per als resultats de salut dels pacients (Moreno-Poyato, 2019).

Aquesta visió de la infermeria de salut mental com a interpersonal i terapèutica es remunta a Peplau (1952) i diversos investigadors han exposat el valor terapèutic de les relacions infermeres-pacients a la pràctica (Altschul, 1971; Cahill et al., 2013; Delaney et al., 2017; Moreno-Poyato et al; 2020; Moreno-Poyato et al; 2021).

Els fonaments teòrics s'han aprofundit en diferents teòriques infermeres com Eriksson (1992), Travelbee (1971) i Watson (1996), contribuint així a la base de coneixement de la infermeria de salut mental.

Tot i que la disciplina de la infermeria promou i implementa l'atenció en tot l'espectre bio-psico-social-cultural-espiritual, hi ha, en la infermeria de salut mental, un enfocament específic en els resultats i les intervencions de caire psicoterapèutics. Les intervencions psicoterapèutiques estan basades en l'evidència,

però a més, es moderen amb la lent idiosincràtica que els usuaris aporten al procés de cures (Santangelo et al; 2018).

Tot l'anterior es tradueix des de fa anys en els moviments cap a rols de pràctica avançada per a infermeres de salut mental, especialment en l'àmbit de la salut mental comunitària (Elsom et al.; 2008).

2.3.3. El “tenir cura” des de la mirada de les infermeres

Les cures infermeres són un element essencial de les prestacions sanitàries i tenen un impacte directe i significatiu en els resultats del pacient (Rathert et al; 2013). Malauradament, quan les cures d'infermeria es fan de forma incorrecte o manquen, hi ha conseqüències greus (Aiken et al., 2014; Ball et al., 2016).

El rol de les infermeres en un entorn de salut mental aguda és multidimensional i complex. Inclou facilitar i promoure la salut, la dignitat i l'autodeterminació. També se centra en la importància de l'atenció centrada en la persona i en establir relacions de col·laboració amb els pacients (Bolton, 2000; Glover, 2012; Meehan et al., 2008; Wyder et al., 2017). En aquest enfocament es troben conceptes de relació terapèutica infermera com es posar l'orientació del tractament clarament en mans dels

pacients con comptes de exclusivament en els professionals de la salut mental (Meehan et al., 2008).

Seguint aquests principis pràctics, el paper de la infermera de salut mental en l'hospitalització a domicili és permetre als pacients prendre el control i convertir-se en el principal responsable en la presa de decisions del seu propi tractament assistencial i en la determinació dels seus objectius terapèutics (Glover, 2012).

Les cures infermeres en salut mental en l'àmbit d'hospitalització d'aguts requereixen un equilibri entre treballar amb les prioritats i objectius dels usuaris, gestionar les expectatives de la comunitat, les responsabilitats legals, professionals i de servei. Per millorar la prestació de serveis dins de les unitats de salut mental agudes, és important entendre les restriccions i els factors facilitadors per a una bona atenció (Wyder et al; 2017).

Les infermeres de salut mental que treballen en l'hospitalització a domicili en salut mental ho fan amb pacients en moments de crisi de salut mental. Atès que les infermeres es troben a l'avantguarda de l'assistència sanitària i tenen un paper important a l'hora de garantir que les unitats d'hospitalització a domicili en salut mental puguin complir la seva funció, és imprescindible assegurar-se que s'implementen pràctiques d'infermeria efectives

i que les infermeres tinguin confiança i competència en l'exercici de la pràctica clínica, així com que el servei satisfaci les necessitats dels pacients.

Per navegar per aquesta complexitat i millorar la prestació de serveis dins de les unitats de salut mental agudes, és important entendre les limitacions del sistema de les unitats d'hospitalització i, al contrari, com aquests sistemes poden facilitar una bona atenció. Son les infermeres de salut mental les que mantenen el contacte més constant amb els pacients hospitalitzats i les que millor coneixen el sistema (Wyder et al; 2017).

Investigacions prèvies han indicat que la comprensió de les percepcions infermeres sobre la seva pràctica podria millorar les cures que les infermeres proporcionen als seus pacients (Xie et al., 2019).

Sensibilitzar els proveïdors d'atenció a la salut mental sobre les cures infermeres en salut mental podria ajudar a implementar sistemes de suport a les necessitats dels professionals.

L'evidència relacionada amb les experiències amb les cures d'infermeria en l'àmbit de l'hospitalització a domicili en

salut mental és limitada (Winness et al; 2010; Begum i Riordan, 2016).

S'ha descrit que conèixer les experiències viscudes per les infermeres de salut mental pot proporcionar evidències allunyades del paradigma biomèdic (Tanaka, 2019).

Aquesta comprensió és important perquè pot orientar la pràctica infermera (Yous et al., 2019).

A Espanya, s'ha estudiat l'organització i el desenvolupament de l'hospitalització a domicili, però l'experiència de les infermeres de salut mental que treballen en aquestes unitats encara no s'ha estudiat.

Per tant, a la llum d'una investigació limitada al voltant de les experiències de les infermeres de salut mental que treballen en hospitalització a domicili en salut mental en el nostre país i arreu, estudiant l'experiència de les infermeres de salut mental que treballen en aquests serveis, es fa necessari ampliar la base actual de l'evidència científica infermera així com treballar per millorar els nivells de la qualitat assistencial.

III. OBJECTIUS

General:

- Analitzar la satisfacció i l'experiència dels professionals, usuaris i familiars amb les cures infermeres durant l'hospitalització a domicili en salut mental.

Específics:

1. Determinar els nivells de satisfacció general de usuaris i familiars referents amb l'hospitalització a domicili.
2. Explorar la satisfacció dels usuaris de l'hospitalització a domicili en relació als aspectes tècnics, instrumental, científic, comunicatius i de comoditat derivats de les cures infermeres.
3. Determinar les experiències principals del tenir cura en l'hospitalització a domicili des del prisma infermer.
4. Descriure segons les infermeres que treballen en una unitat d'hospitalització parcial a domicili quines experiències del tenir cura son més terapèutiques per als pacients en el moment de crisi.

IV. METODOLOGIA

4.1. Article 1.

Metodologia qualitativa amb un disseny de mètodes mixtos, amb estudi transversal que incloïa dades d'enquestes quantitatives i dades d'entrevistes qualitatives amb un enfocament fenomenològic.

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

4.2. Article 2.

Metodologia qualitativa amb estudi de cas amb entrevistes
semiestructurades en profunditat

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

- ✓ Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>

V. RESUM GLOBAL DELS RESULTATS

En la primera part de la recerca es van realitzar vint entrevistes semiestructurades en profunditat a pacients que també van completar uns qüestionaris amb dades quantitatives ($n = 20$). Els familiars referents dels pacients també van respondre els qüestionaris.

Aquestes entrevistes tenien com a finalitat explorar de forma qualitativa els mateixos indicadors que apareixien en les subescales de CARE - Q i les dimensions de la satisfacció amb les cures infermeres en relació a professionalitat, comunicació i relacions terapèutiques i entorns de cura.

Tant els pacients com els seus familiars van indicar una alta satisfacció amb les cures infermeres rebudes, cal destacar que la satisfacció dels pacients va ser superior a la dels seus familiars en aquest estudi, malgrat que la satisfacció dels familiars només va ésser estudiada de forma quantitativa.

La Figura 2 mostra les dades quantitatives en relació a la satisfacció amb les cures . La taula mostra que tots els participants van informar de alts nivells de satisfacció amb el seu tractament.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Stand. Dev.
CARE - Q	20	120	184	173.55	15.160
CSQ8fam	20	10	25	19.15	3.376
CSQ8pat	20	18	24	22.45	2.212
Ownfam	20	15	45	35.35	7.013
Ownpat	20	30	45	41.55	4.097
N valid (according to list)	20				

Abbreviations: CARE - Q, CARE - Q Questionnaire; CSQ8fam, family members' responses to the CSQ-8 Questionnaire; CSQ8pat, patients' responses to the CSQ-8 Questionnaire; Ownfam, family members' responses to the questionnaire designed for this study; Ownpat, patients' responses to the questionnaire designed for this study; Stand. Dev., Standard Deviation.

Figura 2. Estadístiques descriptives de les escales de satisfacció. Adaptat de “Treating mental health crises at home” (p. 5), per Giménez- Díez et al; 2020. *Jornal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3).

La Figura 3 mostra dades estadístiques descriptives i sociodemogràfiques dels enquestats.

	Frequency	Percentage	Valid percentage	Accumulated percentage
Gender				
Male	7	35.0	35.0	35.0
Female	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	
Couple				
No	14	70.0	70.0	70.0
Yes	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	
Civil status				
Married	2	10.0	10.0	10.0
Single	7	35.0	35.0	45.0
Living as a couple	1	5.0	5.0	50.0
Living with parents	8	40.0	40.0	90.0
Divorced/ Separated	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	
Education				
Primary school	2	10.0	10.0	10.0
High School	4	20.0	20.0	30.0
Baccalaureate	8	40.0	40.0	70.0
Graduated	1	5.0	5.0	75.0
Licensed	5	25.0	25.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	
Work Status				
Freelancer	1	5.0	5.0	5.0
Employee	8	40.0	40.0	45.0
Unemployed	6	30.0	30.0	75.0
Pensioner	5	25.0	25.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Figura 3. Dades estadístiques descriptives i sociodemogràfiques. Adaptat de “Treating mental health crises at home” (p. 5), per Giménez- Díez et al; 2020. *Jornal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3).

Es va trobar que, com a descripció general, els pacients definien la construcció de satisfacció amb les cures infermeres com "sentir predisposició de les infermeres per implicar-se, ajudar, voluntat per respondre a preguntes, ensenyar coneixements i ser agradables en les visites de seguiment”.

De l'anàlisi de les entrevistes als pacients van sorgir diversos codis que es poden ordenar en tres categories: *professionalitat de les infermeres, comunicació i establiment de relacions terapèutiques i entorns de cures infermeres.*

❖ ***Professionalitat de les infermeres***

La professionalitat de les infermeres es va definir com la capacitat tècnica, instrumental i científica de la infermera i la demostració de coneixement, preparació i competència.

Aquesta categoria contenia dos codis:

- *Percepció de les cures d'infermeria*, te a veure amb la percepció dels pacients vers de les cures que ofereixen les infermeres a domicili, que inclou la seva competència, preparació i coneixements sobre salut mental, així com la facilitació d'informació comprensible.

- *Resolució de dubtes*, que es refereix a la resolució de dubtes relacionats amb el procés de recuperació i la resolució de problemes de forma conjunta entre el pacient i la infermera.
- *Percepció de les cures d'Infermeria*

En relació a la professionalitat de les infermeres, els pacients van destacar que les cures infermeres els van fer sentir acompanyats, recolzats, alleugerits, còmodes i compresos.

Van considerar que la professionalitat es basa en la força de la relació terapèutica fomentada entre el pacient i infermera, el coneixement de la infermera en el camp de la salut mental i el subministrament d'informació útil i comprensible als pacients.

Les visites diàries van contribuir a la continuïtat de l'atenció, fent més forta la relació terapèutica, i van fer sentir als pacients que la seva cura es va individualitzar.

Em vaig sentir molt acompanyat i còmode amb l'atenció d'infermeria que vaig rebre [...] van mostrar empatia per les meves emocions i preocupacions. (Pacient 16)

La infermera era molt professional i competent. Per a mi, la professionalitat, per exemple, és discreció en quant a qüestions personals [...] i implicació amb el pacient.
(Pacient 9)

Vaig notar que els membres de la meva família havien estat ben atesos perquè, quan algun membre de la meva família tenia dubtes o volia conèixer el tractament o el pla terapèutic [...], les infermeres els van donar explicacions exhaustives i se'ls va mostrar tot [...] sense que se'ls ocultés res. (Pacient 12)

- Resolució de dubtes

Els pacients van explicar que la informació que els proporcionaven les infermeres els va ajudar a prendre decisions sobre la seva salut i a entendre conceptes importants sobre el procés de recuperació, aquesta informació van sentir que es va donar tenint en compte els coneixements dels pacients i respectant el pacient com a expert per experiència i a la infermera com a experta per professió.

Realment no sabia què em passava i [...] gràcies a la infermera, en sé una mica més i sóc una mica més hàbil en gestionar-ho. (Pacient 10)

Vam compartir el que sabíem sobre la malaltia, les sensacions que tenia, el que em passava, l'ansietat, una mica de tot, i vam parlar de tot el que em preocupava i del que no. (Pacient 2)

Vaig notar que [...] els problemes o situacions que hi havia, que em molestaven, eren tractats o la infermera intentava tractar-los cadascun d'ells, per separat per veure si es podien resoldre un per un. (Pacient 6)

❖ *Comunicació i establiment de relacions terapèutiques*

Per a aquesta categoria, es van identificar dos codis:

- *Comunicació amb la infermera*, que fa menció a aspectes com la facilitació d'informació sobre l'evolució del procés de salut – malaltia i altres qüestions no relacionades amb la malaltia.
- *Relació terapèutica establerta amb la infermera*, que tracta d'aspectes com el tracte personal, la transmissió de seguretat, la transmissió de confiança, i l'empatia.

Les dades van mostrar que els pacients consideraven que les seves relacions terapèutiques amb les infermeres i la seva comunicació eren bones, cosa que van descriure els pacients com "la clau del tractament, que permet tenir una bona relació amb les infermeres i avançar en el tractament".

- Comunicació amb la infermera

En relació a la comunicació amb les infermeres els pacients van considerar que la infermera es va adreçar a ells amb calma i els van tenir en tot moment informats sobre el tractament i recuperació. Els usuaris destaquen com a molt positiu poder parlar amb la infermera sobre altres temes que no fossin la malaltia, i això els va ajudar a desenvolupar una relació més estreta amb la infermera.

Vaig pensar que no podia tenir una vida normal i [...] ells em van calmar molt en aquest sentit. [...] La infermera em parlava de manera senzilla[...]. Bé, hem parlat una mica de la malaltia i, bé, dels tipus de tractament. (Pacient 2)

Crec que és una bona relació, ja que no es té en compte només a [...] la malaltia [...], i [...] alleuja una mica que no parlem constantment de la malaltia. (Pacient2)

Bé, amb la infermera [...] es pot parlar d'altres temes que no siguin estrictament mèdics. Això fa que [...] tinguis més empatia amb aquesta persona [...]. Trenca alguns dels elements de la barrera infermera-pacient. (Pacient 18)

- *Relació terapèutica establerta amb la infermera*

Els pacients van indicar que el tracte personal rebut era molt adequat, amable i no autoritari. Els pacients percebien que les infermeres eren sinceres, empàtiques, respectuoses, amb capacitat d'ajuda i mostraven un interès autèntic per ells. També van considerar que les infermeres van demostrar molta confiança i experiència, i treballaven de forma conjunta amb ells a l'hora de plantejar solucions.

Eren persones molt, molt amables i afectuoses. Em vaig sentir molt recolzat. (Pacient 4)

Mai ha estat autoritari; sempre ha estat com [...] bé, buscant [...] el meu consentiment en tot, oi? I coopero perquè vull i perquè entenc el que se'm proposa. (Pacient 8)

Entenc l'empatia com la capacitat de posar-se en el lloc de [...] l'altra persona. I sí [...] me n'he adonat, perquè quan hi va haver moments de crisi van oferir [...] més atenció [...]. Em van trucar [...] o em van enviar un missatge. (Pacient 14)

❖ *Entorn de cures infermeres*

L'entorn de cures infermeres es refereix a l'entorn que rodeja l'usuari durant el tractament.

Per a aquesta categoria, es van descriure dos codis:

- *Més suportable al domicili*, que fa referència a aspectes com el fet de poder dur a terme el procés de recuperació a la pròpia llar enlloc del hospital.
 - *Disponibilitat*, que té a veure amb aspectes com la percepció dels pacients de la capacitat d'adaptació de les infermeres als entorns dels pacients
- *Més suportable al domicili*

Tots els pacients que prèviament havien estat ingressats a l'hospital per un procés de salut mental indicaven que preferien l'ingrés a domicili- Això va ser principalment perquè no havien

de realitzar un procés d'adaptació a casa seva després de l'ingrés i perquè podien mantenir les seves rutines, atenent les seves dificultats en el seu dia a dia. A més, mencionaven que evitar la presència d'altres persones amb problemes similars durant la crisi podria ser més fàcil per a alguns. Els usuaris van subratllar l'enfocament horitzontal (que situa el coneixement del pacient i el professional al mateix nivell) que es facilita per l'hospitalització a domicili, i van destacar que aquest format assistencial (l'hospitalització a domicili) requereix que els professionals s'adaptin al pacient i no a l'inrevés, el que consideraven una dimensió positiva.

Sí, estar a casa és millor que estar a un hospital. Em va ajudar a estar al meu propi entorn i tenir més privacitat [...]. Estar a casa meva, estar amb les meves coses, poder menjar el que m'agrada... que no estigués [...] a un hospital. (Pacient 17)

És un enfocament no autoritari [...], la relació és més horitzontal a casa, més a nivell del pacient [...]. Vaig sentir que el tractament que vaig rebre a casa era molt millor que quan estava a l'hospital [...]. Bé, crec que és molt millor tractar-se a [...] casa, perquè [...] no em fan sentir com si estigués a una presó. [...] Quan estic [...] al

hospital [...] em costa entendre per què no tinc llibertat [...], aquí la meva llibertat no està restringida. (Pacient 1)

- Disponibilitat

Els pacients van considerar que les infermeres dedicaven el temps necessari per ajudar-los i que les seves necessitats es van atendre de manera adequada. També van agrair la predisposició de les infermeres, destacant la importància de poder contactar-les en qualsevol moment per telèfon. Les infermeres van facilitar la seva estada al domicili proposant activitats. La principal necessitat durant la seva hospitalització a domicili era poder discutir els seus problemes amb algú. També van considerar que aquest tractament hauria d'estar disponible per a tots els pacients de la xarxa de salut mental.

Fins i tot els caps de setmana hi havia disponibilitat [...]. Fins i tot si el centre no estava obert [...] sabíem que eren allà. Jo tenia una situació d'emergència un dia i vaig poder parlar amb una infermera [...] i això em va ajudar. (Pacient 13)

Vam parlar de tot el que em preocupava. Per a mi, això era vital, que pogués parlar de les pors i les

preocupacions que tenia cada dia [...]. Per a mi, això va ser el més important [...] poder parlar. (Pacient 7)

Hauria de ser una opció [...] per a tots els pacients [...]. Perquè realment és beneficiós i [...] de vegades, el tractament normal, a l'hospital, no és gaire terapèutic; algunes vegades és perjudicial per a un pacient [...]. Els hospitals en tenen molts desavantatges. (Pacient 13)

El 75% dels pacients preferien, en cas de presentar una nova crisi, realitzar el tractament a casa. Un 20% no tenia preferència per si el tractament es feia a casa o a l'hospital. Només el 5% dels participants van preferir ser tractats en un futur a un hospital.

A més, la satisfacció del pacient es va associar amb la flexibilitat del personal i l'experiència professional de les infermeres que cuidaven.

Els pacients van considerar que les cures infermeres que asseguraven la implicació dels familiars augmentaven la seva satisfacció així com que indicaven que aquest és un element important del tractament de les crisis.

En la segona part de la recerca es van realitzar entrevistes semiestructurades en profunditat a la totalitat de les infermeres que havien treballat en el servei estudiat des de la seva creació.

En la Figura 4 es poden veure les dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades:

Participant	Age	Gender	Civil Status	Education	Years of experience in mental health	Years of experience in CRHHT's ^a
N1	28	Male	Living as a couple	MSc, RN ^b	3 years	<1 year
N2	28	Female	Single	MSc, RN	4 years	<1 year
N3	34	Female	Single	MSc, RN	6 years	<1 year
N4	39	Male	Married	MSc, RN	8 years	3 years
N5	28	Female	Living as a couple	MSc, RN	6 years	2 years
N6	48	Female	Divorced	MSc, RN	25 years	3 years
N7	50	Female	Married	MSc, RN	28 years	3 years
N8	33	Female	Living as a couple	MSc, RN	10 years	<1 year
N9	27	Female	Single	MSc, RN	4 years	<1 year
N10	29	Male	Living as a couple	MSc, RN	3 years	<1 year

^aCrisis resolution home treatment teams.

^bRegistered Nurse.

Figura 4. Dades sociodemogràfiques de les participants. Adaptat de “Nurses’ Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams” (p. 4), per Giménez- Díez et al; 2020. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3).

De l'anàlisi de les entrevistes a les infermeres van sorgir diversos codis que es poden ordenar en tres categories: *perspectives*

infermeres de les cures, les cures a casa del pacient, i procés d'atenció d'infermeria a casa del pacient.

Les participants van definir les experiències de cures infermeres en l'hospitalització a domicili en salut mental com "la relació viscuda d'ajudar un pacient o una família en un entorn domiciliari, permetent als pacients tenir més temps i presència per acordar els objectius terapèutics i assolir-los, sempre treballant dia a dia amb el pacient i les famílies. Et permet crear un sistema molt més fort de relació terapèutica en menys temps i, al final, com a professional, estàs entrant en el món íntim del pacient, el seu espai i la seva privacitat ".

❖ *Perspectives infermeres de les cures*

Les participants van explicar que una infermera de salut mental que presta atenció domiciliària durant una crisi és una professional amb experiència i coneixements tècnics que vetlla per el benestar dels pacients.

Aquesta categoria es va dividir en dos codis: *l'acte de tenir cura i satisfacció amb les cures prestades.*

- *L'acte de tenir cura*

Segons les participants és un acte que redueix el patiment del pacient o qualsevol acció que proporcioni o faciliti ajuda, així com que acompanyi al pacient, proporcionant una atenció global, congruent, compassiva, humanística, tenint en compte les necessitats de la persona i basada en dades empíriques i coneixement científic.

És un concepte complicat d'explicar amb paraules, però això es podria resumir en la cura del pacient amb necessitats mentals i, en tenir cura acompanyant el pacient en les seves decisions [...] és una idea que neix de l'humanisme o l'ànima de l'ésser humà, i això vol dir proporcionar benestar als altres voluntàriament. (Infermera 6).

- Satisfacció amb les cures prestades

Les infermeres creien que proporcionar cures de salut mental a la persona en crisi en el seu domicili facilita una intimitat que crea un vincle especial amb els pacients i augmenta la satisfacció personal de les infermeres amb el seu treball. Les infermeres es van sentir més implicades i satisfetes quan estaven a prop dels pacients i realitzaven cures adaptades a les necessitats reals percebudes per els propis usuaris.

Potser, si no entréssim a casa, mai no veuríem certes situacions o problemes, cosa que permet tenir un millor enfocament i una sensació de plenitud [...]endinsar-se en la vida d'un pacient, en el seu dia a dia, a casa seva, et fa sentir molt especial [...]et fa sentir connectat i còmode, i segur. (Infermera 10)

❖ ***Les cures al domicili del pacient***

Les infermeres proporcionen cures a domicili per al tractament i la resolució de la crisi de les persones en un procés de malaltia mental. Aquesta categoria conté dos codis: *l'entorn del pacient i la relació terapèutica*.

- *L'entorn del pacient*

Les infermeres destaquen que les cures en l'hospitalització a domicili no es limiten a la llar del pacient, sinó a tot l'espai que l'envolta i que freqüenta, essent aquest per on passeja, on realitza la compra, on va a prendre el cafè... tot això fa referència a la llar del pacient.

Les infermeres ressalten que cal conèixer l'entorn, ritmes, temps, tendències i idiosincràsia de la vida de cada pacient. Això permet

a les infermeres ser més genuïnes, accessibles i estar enfocades en els objectius terapèutics.

D'aquesta manera, l'hospitalització a domicili es percebuda per les infermeres com un servei únic i que ofereix un espai alternatiu per al tractament i comprensió de la salut mental.

Proporcionar cures en l'entorn del pacient permet a les infermeres observar quelcom que podria no ésser tant evident si aquest fos hospitalitzat.

El servei és profundament únic en oferir un nou espai i una nova comprensió de la salut mental i dels pacients [...] som a casa seva perquè ens deixen estar allà, ens permeten introduir-nos en la seva privacitat i els seus moments de vulnerabilitat, podent acompanyar des de la presència, el vincle emocional i l'estima, creant un gran vincle [...] El nostre servei pretén ser la base d'un veritable sistema de salut mental basat en la comunitat i centrat en el pacient. (Infermera 1)

[...] poder accedir al màxim a la realitat del pacient, al seu entorn íntim, és el que ens diferencia com a servei, i aquesta és, alhora, la nostra base de tractament i la nostra manera d'entendre la salut mental ... Ens permet

veure coses que no es veuen quan els pacients estan hospitalitzats, i s'avalua si les seves activitats i les necessitats estan realment cobertes ja que es troba en el seu entorn habitual, i no en un entorn específic, com ara l'hospital, que és un entorn molt estructurat i rígid, que dificulta el coneixement de les habilitats reals del pacient [...] Les relacions són més intenses i el pacient et veu a casa com un igual. (Infermera 5)

- *La relació terapèutica*

Les infermeres van definir la relació terapèutica com els components que permeten establir una relació de tenir cura honesta. Aquests components inclouen establir una comunicació adaptada al context del pacient, aplicant una escolta activa, sent empàtic i sense jutjar, conservant un enfocament respectuós i dedicant temps al pacient en cada visita diària i essent accessible. Adaptar la comunicació també implica oferir propostes horitzontals, evitant la imposició i permetre als pacients prendre decisions. Aquest compromís amb una comunicació personalitzada permet a la relació terapèutica esdevenir eficaç, afavorint un clima de canvi i una significativa millora.

Abraçar la història del pacient tot animant-lo a la comunicació sense protocols, permet crear una experiència de cura espontània i única que crea una relació de confiança i seguretat [...] això ha de ser des del domicili del pacient, i des d'una visió comunitària mitjançant la resolució dels problemes del pacient i oferint estratègies d'afrontament a la persona afectada i la seva família, el que al final crea un sistema de sinergia molt poderós que facilita el canvi. (Infermera 7)

El vincle, la relació terapèutica, neix per la presència, per no ser jutjat, mostrant un interès sincer, mostrant realment al pacient que ens preocupa el que a ell li preocupa, ajudant-lo a agafar les regnes, sentir-nos mútuament [...] i evolucionar, amb el pas del temps, cap a una relació molt natural, intuïtiva i nutritiva d'acompanyament i escolta [...] així és com creem una relació forta fugint de situacions de poder i rigidesa, una relació clara i sincera on la prioritat és la comprensió mútua i la presa de decisions consensuada.. (Infermera 2)

❖ *Procés d'atenció d'Infermeria a casa del pacient*

Les infermeres, al referir-se al procés d'atenció d'infermeria en l'hospitalització a domicili en salut mental, sostenen que aquests processos es basen en plans d'atenció dissenyats i consensuats amb els pacients i les seves famílies. Aquesta categoria es va subdividir en 3 codis: *diagnòstics d'Infermeria*, *intervencions d'Infermeria* i *resultats d'Infermeria*.

Les infermeres van considerar que les actuals classificacions NANDA, NIC i NOC no contemplaven en la seva totalitat el seu treball amb els pacients i els seus familiars.

- *Diagnòstics d'Infermeria*

Les infermeres van indicar que els diagnòstics d'infermeria que treballaven es definien en relació de la subjectivitat del pacient, caracteritzada pel patiment espiritual associat amb un important estigma històric i cultural, que es tradueix en simptomatologia que fa que el pacient perdi funcionalitat i requereix la intervenció infermera.

Identifico i tracto observant una simptomatologia que fa que el pacient perdi funcionalitat [...] una experiència vital que consisteix en un sofriment profund i agut que implica fragilitat i necessitats insatisfetes [...] si no

estigués el pacient en aquesta situació, no treballaríem de forma conjunta [...] son moments en que una persona presenta alteracions en els seus patrons on en algunes parts es deixa de ser funcional, on reptes i patiments molt grans apareixen i també molèsties que requereixen aprendre de noves habilitats personals i relacionals, així com el maneig de situacions i sentiments. (Infermera 6)

- *Intervencions d'Infermeria*

Les intervencions d'infermeria que les entrevistades van explicar que realitzaven inclouen el pacient i la seva família, s'emmarquen dins la relació terapèutica, i s'estenen més enllà de tècniques concretes per reduir el patiment dels pacients.

La intervenció d'infermeria ha d'estar sempre a la disposició del pacient, i de fet només aquesta disponibilitat és clau en la millora de tots els casos en què cal donar suport i acompanyament a l'altra persona i la seva família [...] l'atenció d'infermeria en salut mental transcendeix tècniques concretes i requereix un enfocament fenomenològic de l'altre, on ens oferim nosaltres mateixos com a professionals per al pacient, qui és qui decideix fins a quin punt se'ns permetrà ajudar i acompanyar. (Infermera 9)

- Resultats d'Infermeria

Els resultats d'infermeria pactats amb els pacient s'han de basar en una relació de poder igualitària amb aquests i l'entorn domiciliari afavoreix aquesta equitat.

Els resultats més habituals que pactaven les infermeres eren, entre d'altres: capacitar els pacients per afrontar la malaltia, acceptar el seu estat de salut, integrar-se a la xarxa de salut mental i a la societat, tenir esperança i ganes de viure, trobar un nou propòsit a la vida, reordenar o rellegir el passat i crear conductes saludables.

Cal establir una relació de confiança amb el pacient i la família que facilita la feina de professionals i garanteix un major benestar per a les persones afectades i els seus familiars, aconseguint certs aspectes com ara organitzar les activitats bàsiques del pacient, establint conductes diàries, rutines, buscant una estabilització dels símptomes i reduint l'ansietat, aconseguir una redirecció de crisis o situacions greus [...] la finalitat és ajudar el pacient a casa, sigui el que sigui, però mitjançant resultats terapèutics específics. (Infermera 3)

Per les infermeres, l'entorn on proveeixen les cures està estretament lligat amb la qualitat que perceben que estan proveint amb les mateixes.

Les infermeres estudiades indiquen la importància de treballar en el mateix entorn del pacient, amb les seves eines i recursos per aconseguir resultats de salut a través de cures de qualitat.

Les infermeres que treballen en el àmbit de l'hospitalització a domicili, consideren que estan en unes condicions favorables per a cuidar en un context de relacions de col·laboració amb els usuaris i famílies dins del paradigma de la recuperació en salut mental.

La satisfacció amb les cures infermeres prestades per part de les professionals està relacionada amb la llibertat i responsabilitat que assumeixen al tenir cura, treballar d'aquesta manera manté la motivació en les infermeres de l'àmbit de l'hospitalització a domicili en salut mental.

Establir relacions terapèutiques molt properes amb els pacients es tradueix, segons les infermeres, en sentir menys estrès així com que el temps que comparteixen amb els pacients es de més qualitat per poder realitzar intervencions efectives.

Les percepcions del tenir cura de les infermeres de salut mental son importants per entendre les seves accions, motivacions i satisfacció.

VI. RESUM GLOBAL DE LA DISCUSSIÓ

Existeixen pocs estudis d'hospitalització a domicili en salut mental que avaluïn l'experiència de l'usuari o la satisfacció amb el serveis, tot i tenir en compte que la satisfacció amb el tractament ha de considerar-se un important indicador de la qualitat dels serveis psiquiàtrics (Carpenter i Tracy, 2015).

Així doncs, un dels objectius de la present investigació es indagar al respecte de la satisfacció dels pacients amb el tractament rebut en l'hospitalització a domicili en salut mental, i especialment, analitzar la satisfacció dels pacients en relació a les cures d'infermeria. De fet, si l'existència d'investigació sobre la satisfacció amb l'atenció domiciliària es limitada, les referències en torn a la satisfacció amb les cures infermeres en context domiciliari de salut mental son molt escasses.

Pel que fa a la satisfacció dels pacients respecte a l'atenció dels CRHTT com a servei, tenint en compte el tractament global i els diversos professionals implicats, els estudis existents han mostrat que els pacients reporten una alta satisfacció amb el servei d'atenció domiciliària (Ampelas et al., 2005; Barker et al., 2011; Kalucy et al., 2004; Morant et al., 2017), satisfacció que podria ser superior a la dels pacients hospitalitzats en el règim general,

tot i que les dades actuals no són concloents (Johnson et al., 2005; Murphy et al., 2015; Stulz et al., 2020).

La present investigació suggereix que l'hospitalització a domicili en salut mental té una elevada satisfacció dels pacients amb les cures infermeres, així com també comporta una elevada satisfacció entre els professionals de salut, i especialment, entre les infermeres, tal com també suggereix l'estudi multicèntric de Nelson et al. (2009).

Altres estudis, com l'estudi retrospectiu de Mötelli et al., (2020) destaquen que l'hospitalització a domicili comporta més satisfacció en els pacients, la mateixa eficàcia que altres contextos d'intervencions, i l'avantatge d'estar més centrada en el pacient i ser una alternativa per a tots aquells pacients que no volen ser atesos amb el sistema d'ingressos hospitalaris convencionals.

Cal destacar que tots els pacients i familiars seleccionats en l'estudi de satisfacció amb les cures infermeres acceptessin participar. Aquest elevat índex de participació pot donar suport al nivell generalment alt de satisfacció amb l'atenció rebuda. Aquestes dades concorden amb l'estudi de Mötelli et al., (2020), on es detalla que la majoria dels pacients que ingressen en hospitalització a domicili en salut mental es mostren des de moderadament fins a molt satisfets amb el tractament, tot

destacant que es poden involucrar en la definició i consecució d'objectius terapèutics.

Els enfocaments adoptats en aquest estudi per mesurar la satisfacció dels pacients mostren que no hi ha una definició única de la satisfacció dels pacients. Això implica variabilitat en les dimensions mesurades i una manca de coherència entre la satisfacció i les variables estudiades, cosa que crea dificultats quan volem comparar els nostres resultats amb altres estudis.

És probable que els pacients que reben serveis d'hospitalització a domicili en la unitat estudiada, tinguin necessitats similars a les d'altres pacients en altres serveis de crisi que ja han estat investigats, ja que es van trobar les mateixes característiques clau en la alta satisfacció trobada en relació amb les cures infermeres.

La comprensió de les múltiples dimensions de la satisfacció proporciona una avaluació més exhaustiva i detallada dels processos psicosocials que contribueixen a la satisfacció del pacient.

Igual que amb altres estudis (Winness et al; 2010), les troballes suggereixen que les característiques positives clau de les cures infermeres en situacions de crisi estan intrínsecament lligades als valors i principis de l'hospitalització a domicili en salut mental, i

es poden resumir en: accés i disponibilitat de les infermeres; que els pacients sentin que són considerats com a éssers humans “normals”; i, la resolució de crisis en contextos de la vida quotidiana.

En l'hospitalització domiciliària, la família s'encarrega de proporcionar l'atenció que els equips d'infermeria solen proporcionar a les sales d'hospitalització. Això podria explicar per què els pacients tenen més satisfacció amb la cura d'infermeria que els familiars; podria indicar que els cuidadors experimenten tensions o certa sobrecàrrega.

Els pacients destaquen que garantir l'accés les 24 hores als serveis d'assistència ha tingut un impacte positiu en l'èxit de l'atenció d'infermeria.

A la vegada, subratllen que un avantatge addicional d'aquesta modalitat de tractament és que a molts pacients els resulta menys estigmatitzant rebre tractament agut a casa que a les institucions de salut mental convencionals, el que està amb consonància amb diferents estudis (Harrison et al., 2003) que han trobat que aproximadament un terç dels pacients d'atenció domiciliària prefereixen no assistir a serveis ambulatoris tradicionals o psiquiàtrics després de rebre tractament a casa, fet que té a veure amb poder rebre tractament de la crisis in situ.

Rebre tractament per la crisi de salut mental en el propi domicili, en comparació amb l'ingrés hospitalari, és una opció menys invasiva i més democràtica ja que permet als pacients rebre atenció en el seu entorn escollit; aquests temes es fan ressò dels resultats d'altres estudis (Wheeler et al., 2015).

Els pacients assumeixen cada vegada més rols actius en els tractaments i les cures de salut mental. Tot i que hi ha un interès creixent per la implicació del pacient i els resultats reportats pel pacient, no hi ha prou investigació sobre el mateix (Tambuyzer i Audenhove, 2015).

Sembla que l'hospitalització a domicili en salut mental és una alternativa més centrada en el pacient que el tractament hospitalari convencional i pot reduir una bretxa en l'atenció psiquiàtrica dels pacients que preferien no utilitzar serveis d'hospitalització, però que necessitaven una intensitat de tractament més alta que el tractament ambulatori (Mötteli et al; 2020).

S'ha demostrat que la satisfacció del pacient és un element clau per mesurar els resultats dels pacients (Donabedian, 1988). La satisfacció és un indicador de la qualitat assistencial (Blenkiron i Hammill, 2003). Es pot considerar com un resultat en si mateix,

així com un factor que promou altres resultats com la qualitat de vida (Ruggeri, 1994).

L'avaluació de la satisfacció amb les cures d'infermeria és important a causa dels factors esmentats anteriorment, especialment a Catalunya on s'està introduint l'hospitalització a domicili en salut mental.

La literatura en relació a la experiència de les infermeres en els serveis d'hospitalització a domicili en salut mental es molt escassa.

La percepció de satisfacció que reben les infermeres proporcionant cures és proporcional a la llibertat i la responsabilitat que assumeixen en els casos en que treballen, el que a la vegada es relaciona amb la motivació que senten.

Poder establir relacions terapèutiques intenses, fet que facilita l'àmbit de l'hospitalització a domicili en salut mental, es tradueix en menys estrès, menys esgotament i més temps per a realitzar intervencions efectives per part de les infermeres que han participat en aquesta investigació.

En altres estudis, la satisfacció de les infermeres amb la cura prestada esta relacionada principalment amb rebre un feedback positiu per part dels usuaris (Yamamoto-Mitani et al., 2018).

Les infermeres guarden un paper clau en la recuperació de les persones que ingressen en els serveis d'hospitalització a domicili en salut mental, on les cures son molt personalitzades, el que fa que la relació terapèutica esdevingui significativa i satisfactòria per a les persones implicades.

Harris i Panozzo, (2019) van indicar la importància de construir plans de treball conjunts amb els pacients, el que augmenta la satisfacció de les infermeres de salut mental, fet que s'ha constatat també en aquest estudi.

Cercar l'empoderament dels pacients i implicar-los en la presa de decisions és una tàctica terapèutica àmpliament recolzada en la literatura (Jørgensen & Rendtorff, 2018) que es pot veure facilitada per la pràctica clínica dins el context del pacient.

Cleary et al., (2018) van destacar la percepció de les infermeres de com n'és d'important el fet d'aplicar plans de cures que tinguin en compte l'entorn i context dels pacients i on la integració

dels usuaris en la xarxa de salut mental i la societat és fonamental, el que concorda amb els resultats obtinguts.

Tot i que les raons no són clares, hi ha una considerable variació l'ús dels llenguatges estandarditzats d'Infermeria en diversos contextos clínics (Olatubi et al., 2019). Les infermeres estudiades van indicar que aplicar la taxonomia NANDA, NOC i NIC no contemplava segons el seu parer l'abast del seu treball amb els pacients i els seus familiars.

La investigació suggereix que hi ha intervencions i tractaments domiciliaris, com els proporcionats pels equips dels CRHTT, que disminueixen el stigma que perceben els pacients (Henderson et al., 2014; Hibbard et al., 2010). Henderson et al. (2014) van informar que el contacte directe, no protocol·lari, amb els professionals de la salut mental per part de les persones amb malaltia mental, es relaciona, per part dels pacients, amb major percepció d'actituds positives i respecte dels drets civils i promou millors concepcions i expectatives de recuperació. Aquestes expectatives poden promoure millores en el desenvolupament de les cures (Hibbard et al., 2010).

Aquest estudi indica que les construccions que tenen les infermeres al voltant de les cures als pacients en el context de l'

hospitalització a domicili i les cures en el context hospitalari tradicional difereixen significativament, amb implicacions directes per a la pràctica infermera en salut mental.

La literatura indica que l'entorn laboral de les infermeres està significativament relacionat amb les experiències dels pacients i la seva qualitat percebuda de les cures (Kieft et al., 2014).

Treballar a l'entorn del pacient en un procés de resolució de crisi, pot traduir-se en resultats que afecten significativament la qualitat percebuda per part de les infermeres de les seves cures. Segons els nostres resultats, les infermeres en l'àmbit de l'hospitalització a domicili en salut mental treballen en condicions que son favorables per a poder brindar una alta qualitat en les cures i sentir-se satisfetes professionalment.

Les percepcions de les infermeres de salut mental han estat importants per entendre les seves accions, motivacions i satisfacció.

VII. CONCLUSIONS

1. Destaquem com a molt positiva la satisfacció de pacients i familiars pel que fa a l'atenció rebuda per part de les infermeres, ressaltant la importància de les cures en els processos de recuperació en salut mental. L'alt nivell de satisfacció dels pacients amb les cures d'infermeria està basada en la col·laboració entre infermeres i pacients, l'equiparació de les relacions de poder, el mantenir el focus de les cures en les prioritats dels pacients, la normalització de les crisis mitjançant tractament domiciliari i la flexibilitat de les infermeres pel que fa al temps dedicat a cuidar. En particular, les dades recollides en aquest estudi suggereixen que les infermeres dels equips d'hospitalització a domicili han de centrar-se en la comprensió de la situació de crisi, la incorporació de les necessitats socials existents i en igualar les relacions de poder, ja que és clau per a la satisfacció dels pacients.
2. L'experiència i modalitat de cuidar de persones afectades per problemes de salut mental en moment de crisi en el seu domicili es considerada positivament per les pròpies infermeres que han proporcionat les cures, el que avala que es tracta d'una iniciativa que convé continuar.

3. Analitzar la satisfacció de pacients i familiars amb les cures infermeres permet identificar com millorar les intervencions i aconseguir una millor situació de salut per als pacients en crisi, el que al seu torn comporta un millor tractament. Reconèixer les experiències i les perspectives de les infermeres en les cures que proporcionen podria ajudar a canviar els paradigmes d'infermeria en salut mental dels basats en models biomèdics a perspectives més noves que es troben en els models de recuperació. A més, aquest coneixement podria millorar la qualitat de l'atenció en entorns de salut mental a causa del seu potencial per guiar les pràctiques d'infermeria.
4. El tractament a la llar tendeix a igualar les relacions de poder entre infermeres i pacients / família i les infermeres augmenten la seva sensibilitat, efectivitat i satisfacció del pacient quan es centren en les necessitats i prioritats marcades per part dels usuaris.

VIII. LÍNIES DE FUTUR

L'hospitalització a domicili en salut mental és un projecte innovador, (que s'està transformant en una realitat cada vegada en més entorns) que pot suposar un impacte important, en l'atenció de salut mental de Catalunya i més enllà, pel seu potencial benefici per als pacients i familiars i per la sostenibilitat econòmica del sistema.

- Sensibilitzar els proveïdors en salut mental sobre la visió de les persones ateses i dels professionals en l'hospitalització a domicili pot ajudar a implementar sistemes de suport per satisfer les necessitats d'ambdós, el que és probable que tingui un impacte en l'atenció de forma positiva.
- Assegurar mètodes d'atenció no restrictius i evitar un tractament institucionalitzat pot reduir l'estigma, el que a la vegada podria augmentar la satisfacció amb l'atenció sanitària rebuda.
- Les evidències de la present tesi podrien necessiten ser contrastades amb la rèplica d'aquesta investigació en diferents contextos, com poden ser estudis de caire multicèntric.

- Estudiar la efectivitat i eficiència de les cures infermeres en l'hospitalització a domicili es quelcom prioritari, per el que caldrien més estudis com assajos clínics.

IX. BIBLIOGRAFIA

Aagaard, J., Tuszewski, B., & Kølbaek, P. (2017). Does AssertiveCommunity Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Archives of psychiatric nursing*, 31(6), 641-646. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.008>

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study.

TheLancet, 383, 18241830. doi:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Alba Palé, L., León Caballero, J., Córcoles Martínez, D., González Fresnedo, A. M., Bellsolà Gonzalez, M., Martín López, L. M., & Perez Sola, V. (2019).

Psychiatric home hospitalization unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Revista de psiquiatria y salud mental*.

(*English Edition*), 12(4), 207-212. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.09.003>

Altschul, A. T. (1971). Relationships between patients and nurses in psychiatric wards. *International Journal of Nursing Studies*, 8 (3), 179–187. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(71\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0020-7489(71)90026-5)

Alepuz-Vidal, L., Antón-Botella, F., Arias-de la Torre, J., Espallargues-Carreras, M., Estrada-Sabadell, M. D., Estrada-Cuxart, O., ... & Torres-Corts, A. (2018). Hospitalització domiciliària. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

American Nurses Association. (1999). ANA quality indicators for acute care settings. *Healthc Benchmarks*, 6(12), 138e9.

Ampelas, J.F., Robin, M., Caria, A., Basbous, I., Rakowski, F., Mallat, V., Zeltner, L., Bronchard, M., Mauriac, F., & Waddington, A. (2005). Patient and their relatives' satisfaction regarding a home-based crisis intervention provided by a mobile crisis team. *L'Encephale*, 31(2), 127–141. doi: [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82380-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82380-2)

- Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2086–2097. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12976>
- 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(3), 106-110. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.079830>.
- Begum, R., & Riordan, S. (2016). Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 45–53. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12276>
- Bener, A., & Ghuloum, S. (2013). Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care. *Nigerian journal of clinical practice*, 16(3), 285-291. doi: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.113448>

Birchwood, M., McGorry, P., and Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 170: 2–5. doi:

<https://doi.org/doi:10.1192/bjp.170.1.2>

Blenkiron, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life?. *Postgraduate medical journal*, 79(932), 337-340. doi:

<http://dx.doi.org/10.1136/pmj.79.932.337>

Bolton, S. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580–586. doi:

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01516.x>

Brooker, C., Ricketts, T., Bennett, S., & Lemme, F. (2007). Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1313-1322. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01302.x>

Burns, T., Catty, J., Watt, H., Wright, C., Knapp, M., & Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems: results of a

systematic review. *The British journal of psychiatry*, 181(5), 375-382. doi:
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.375>

Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 5(15), 1–139. doi:
<https://doi.org/10.3310/hta5150>

Bustamante, P., Cañas, D. A., Martín, B. C., Alvarado, E. O., Alemany, F. X., Asenjo, M., ... & Sánchez, M. S. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 171-176.

Cahill, J. , Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 20 (9), 782–791. doi:
<https://doi.org/10.1111/jpm.12015>

- Carpenter, R. A., & Tracy, D. K. (2015). Home treatment teams: What should they do? A qualitative study of patient opinions. *Journal of Mental Health*, 24(2), 98–102. doi:
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019046>
- Carroll, A., Pickworth, J., & Protheroe, D. (2001). Service innovations: an Australian approach to community care—the Northern Crisis Assessment and Treatment Team. *Psychiatric Bulletin*, 25(11), 439-441. doi:
<https://doi.org/10.1192/pb.25.11.439>
- Carse, J., Panton, N., & Watt, A. (1958). A district mental health service: the Worthing experiment. *The Lancet*, 271(7010), 39-41. doi:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(58\)92535-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(58)92535-2)
- Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y., & Lam, W. (2018). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PloS one*, 13(6), e0199183. doi:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199183>
- Cleary, M., Raeburn, T., West, S., Escott, P., & Lopez, V. (2018). Two approaches, one goal: How mental health

registered nurses perceive their role and the role of peer support workers in facilitating consumer decision-making. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), 1212–1218. doi:
<https://doi.org/10.1111/inm.12473>

Dean, C., Phillips, J., Gadd, E. M., Joseph, M., & England, S. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal*, 307(6902), 473-476. doi:
<https://doi.org/10.1136/bmj.307.6902.473>

Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model for engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31 (6), 634–640. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>

Department of Health. (2000). *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*. TSO (The Stationery Office).

Department of Health. (2011). Crisis Resolution/Home Treatment Teams: The Mental Health Policy Implementation Guide. Department of Health.

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD007906. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>

Dixon, J., & Dewar, S. (2000). The NHS plan: As good as it gets—make the most of it. *BMJ*, 321:315, 315-316. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7257.315>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.0341012008903>

Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2008). Expanded practice roles for community mental health nurses in

Australia: confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(7), 767-780. doi:

<https://doi.org/10.1080/01612840802129269>

Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76. doi:

<https://doi.org/10.1891/1061-3749.3.1.59>

Eriksson, K. (1992). Different Forms of Caring Communion. *Nursing Science Quarterly*, 5 (2), 93–93.

doi: <https://doi.org/10.1177/089431849200500211>

España, V. S. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 323-32.

Fortin, M., Bamvita, J.M., & Fleury, M.J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 103–114. doi:

<https://doi.org/10.1177/0706743717737030>

- Freeman, J., Vidgen, A., & Davies-Edwards, E. (2011). Staff experiences of working in crisis resolution and home treatment. *Mental Health Review Journal*, 16(2), 76–87. doi: <https://doi.org/10.1108/13619321111158016>
- García-Iturrospe, E. J. A., Martín, M. F. V., Martín, A. L., & Poveda, G. G. (2012). Hospital a domicilio en salud mental. *ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD*, 400.
- Garcia, Ana Paula Rigon Francischetti, Freitas, Maria Isabel Pedreira de, Lamas, José Luiz Tatagiba, & Toledo, Vanessa Pellegrino. (2017). Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 220-230. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
- Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), 246-257. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>

- Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2021). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00: 1–9. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>
- Glover, G., Arts, G., & Babu, K. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry*, 189(5), 441-445. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020362>
- Glover, H. (2012). Recovery, lifelong learning, social inclusion and empowerment: Is a new paradigm emerging? In P. Ryan, S. Ramon, & T. Greacen (Eds.), *Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health: Towards a New Paradigm* (pp. 15–35). Palgrave Publishers.
- Guehne, U; Weinmann, S., Becker, T., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Evidence-based treatment of severely mentally ill people with psychosocial therapies-First update of the DGPPN S3 guideline. *Psychotherapie*,

Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 68(11), 475–480. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0743-5259>

Harrison, J., Marshall, S., Marshall, P., Marshall, J., & Creed, F. (2003). Day hospital vs. home treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(10), 541-546. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0672-x>

Harris, B., & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1220–1227. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12611>

Henderson, C., Noblett, J. O., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., GaleGrant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

Hibbard, J. H., Collins, P. A., Mahoney, E., & Baker, L. H. (2010). The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-

management. *Health Expectations*, 13(1), 65–72. doi:
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00571.x>

Holikatti, P. C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. P.,
& Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with
psychiatric services. *Indian journal of
psychiatry*, 54(4), 327. doi:
<https://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.104817>

Huiting, X., & Ziqiang, L. (2013). An Evaluative Study of the
WOW Program on Patients' Satisfaction in Acute
Psychiatric Units. *International Journal of Caring
Sciences*, 6(2).

Jethwa, K., Galappathie, N., & Hewson, P. (2007). Effects of
a crisis resolution and home treatment team on in-
patient admissions. *Psychiatric Bulletin*, 31(5), 170-172.
doi: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.010389>

Joannette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S. J., & Krupa, T.
(2005). Community tenure of people with serious
mental illness in assertive community treatment in
Canada. *Psychiatric services (Washington,
D.C.)*, 56(11), 1387–1393. doi:
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.11.1387>

Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., ... & Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Bmj*, *331*(7517), 599. doi:

<https://doi.org/10.1136/bmj.38519.678148.8F>

Johnson, S. (2007). Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*, *6*(8), 339-342. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.011>

Johnson, S., and Thornicroft, G. (2008a). The development of crisis resolution and home treatment teams. A Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health (eds S Johnson, J Needle, JP Bindman, et al): 9–21. Cambridge University Press.

Johnson, S., and Needle, J. (2008b). Crisis resolution teams: rationale and core model. A Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health (eds S Johnson, J Needle, JP Bindman, et al): 67–84. Cambridge University Press.

Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric*

treatment, 19(2), 115-123. doi:

<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>

Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., & Thornicroft, G. (2008). Crisis resolution and home treatment in mental health (Vol. 13). Cambridge University Press.

Johnson, S., Osborn, D. P. J., Araya, R., Wearn, E., Paul, M., Stafford, M., . . . Wood, S. J. (2012). Morale in the English mental health workforce: questionnaire survey. *British Journal of Psychiatry*, 201(3), 239-246. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.098970>

Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., ... & Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Bmj*, 331(7517), 599. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38519.678148.8F>

Jørgensen, K., & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 490–501. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12531>

Joy, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD001087. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub3>

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(4), 275–281. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2004.00345.x>

Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*, 6(2), 535-545. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.237>

Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 249. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>

- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Bmj*, 332(7545), 815-820. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>
- King, B. M., Linette, D., Donohue-Smith, M., & Wolf, Z. R. (2019). Relationship between perceived nurse caring and patient satisfaction in patients in a psychiatric acute care setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(7), 29-38. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20190225-01>
- Laugharne, R., & Shankar, R. (2009). Quality standards for community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*, 33(10),387-389. doi: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.022665>
- Lloyd-Evans, B., Paterson, B., Onyett, S., Brown, E., Istead, H., Gray, R., ... & Johnson, S. (2018). National implementation of a mental health service model: a survey of crisis resolution teams in England. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 214-226. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12311>

Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:

<https://doi.org/10.1002/14651858>

Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-194. doi:

<https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.179>

Meehan, T., King, R., Beavis, P., & Robinson, J. (2008). Recovery-based practice: Do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 177–182. doi:

<https://doi.org/10.1080%2F00048670701827234>

Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the Mental Hospital: Crisis Intervention and Continuity of Care in Trieste. A Four Year Follow-Up Study in a Community Mental Health Centre. *International*

Journal of Social Psychiatry, 41(1), 1–20. doi:

<https://doi.org/10.1177/002076409504100101>

Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 100, 33-46. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.014>

Minghella, E., & Ford, R. (1998a). Mental health. Doorstep delivery. *The Health service journal*, 108(5618), 24-25.

Minghella, E., Ford, R., Freeman, T., Hout, J., McGlynn, P., & O'Halloran, P. (1998b). Open all hours: 24-hour response for people with mental health emergencies. *London: Sainsbury Centre for Mental Health*.

Montgomery, C. L., & Webster, D. (1994). Caring, curing, and brief therapy: A model for nurse-psychotherapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 291–297. doi:

[https://doi.org/10.1016/0883-9417\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90026-4)

Morant, N., Lloyd-Evans, B., Lamb, D., Fullarton, K., Brown, E., Paterson, B., ... & Henderson, C. (2017). Crisis resolution and home treatment: stakeholders'

views on critical ingredients and implementation in England. *BMC psychiatry*, 17(1), 254. doi:

<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0>

Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME. CAT working group. (2021).

Examining the association between evidence-based practice and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1762-1771. doi:

<https://doi.org/10.1111/jan.14715>

Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME. CAT working group. (2020). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:

<https://doi.org/10.1111/jpm.12675>

Moreno-Poyato, A. R. (2019). La relación terapéutica en la enfermería de salud mental del siglo XXI: integrando reflexión teórica y evidencia empírica. *Revista de enfermería y salud mental*, (13), 4.

- Morton, J. (2009). Crisis resolution: A service response to mental distress. *Practice: Social Work in Action*, 21(3), 143- 158. doi: <https://doi.org/10.1080/09503150902807599>
- Mötteli, S., Schori, D., Menekse, J., Jäger, M., & Vetter, S. (2020). Patients' experiences and satisfaction with home treatment for acute mental illness: a mixed-methods retrospective study. *Journal of Mental Health*, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803233>
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(12), CD001087. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- Nelson, T., Johnson, S., & Bebbington, P. (2009). Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(7), 541-549. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0480-4>

- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(3), 171-182. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- Olatubi, M. I., Oyediran, O. O., Faremi, F. A., & Salau, O. R. (2019). Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL) (NNN) among Nurses in Three Selected Hospitals in Ondo State, Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(1), 43–48. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12197>
- Orme, S. (2001). Intensive home treatment services: the current position in the UK. *Acute mental health care in the community: Intensive home treatment*, 29-53. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1632-z>
- Özsoy, S. A., Özgür, G., & Durmaz Akyol, A. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54(3), 249-255. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x>

- Pat-Pech, M. E., & Soto-Morales, E. (2017). Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(2), 119-123.
- Peplau, H. (1952/1992). *Interpersonal relations in nursing* (2nd ed.). Macmillan.
- Polak, P. (1970). Patterns of discord: goals of patients, therapists, and community members. *Archives of General Psychiatry* 23(3): 277–283. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01750030085012>
- Polak, P. R., & Kirby, M. W. (1976). A model to replace psychiatric hospitals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162(1), 13–22. doi: <https://doi.org/10.1097/00005053-197601000-00003>
- Priebe, S., Fakhoury, W., Watts, J., Bebbington, P., Burns, T. O. M., Johnson, S., ... & Wright, C. (2003). Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes: Pan-London Assertive Outreach Study, part 3. *The British Journal of*

Psychiatry, 183(2), 148-154. doi:

<https://doi.org/10.1192/bjp.183.2.139>

Querido, A. (1935). *Community mental hygiene in the city of Amsterdam*. National Committee for Mental Hygiene.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70, 351–379. doi:

<https://doi.org/10.1177/1077558712465774>

Richardson, P. (2001). Evidence-based practice and the psychodynamic psychotherapies. In C.Mace, M.Stirling, & R. B (Eds.), *Evidence in the psychological therapies. A critical guide for practitioners* (pp. 157–173). Bruner-Routledge Taylor & Francis Group.

Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45–52. doi:

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006199197501000-00011>

Rose, D. (2001). Users' Voices: The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care. Sainsbury Centre for Mental Health.

Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T., ... & EPSILON Study Group. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 229- 245. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007000>

Santangelo, P., Procter, N., & Fassett, D. (2018). Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care?. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 258-266. doi: <https://doi-org.are.uab.cat/10.1111/inm.12316>

Scott, D. and Starr, I. (1981). A 24-hour family orientated psychiatric and crisis service. *Journal of Family Therapy*, 3(2): 177-186. doi: <https://doi.org/10.1046/j..1981.00556.x>

- Seeber, R. (2012). “The kind peace of mind culture” improves patient satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 37(6), 286-291. doi: <https://doi.org/10.1002/rnj.030>
- Smyth, M. G. (2003). Crisis resolution/home treatment and in-patient care. *Psychiatric Bulletin*, 27(2), 44-47. doi: <https://doi.org/10.1192/pb.27.2.44>
- Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors Associated with Patient Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. *Community mental health journal*, 56(1), 50-64. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00449-x>
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392-397. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., ... & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 323-330. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>

- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 18(4), 516–526. doi: [https:// doi.org/10.1111/hex.12052](https://doi.org/10.1111/hex.12052)
- Tanaka, K. (2019). Experiences of community mental health nurses in Japan as the basis of their nursing philosophies. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 636–643. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12386>
- Tobitt, S., & Kamboj, S. (2011). Crisis resolution/home treatment team workers' understandings of the concept of crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(8), 671-683. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0234-y>
- Torres-Contreras, C., & Buitrago-Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista cuidarte*, 2(1), 138-148. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49>

- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). F.A. Davis comp.
- Vázquez-Barquero, J. L., García, J., & Torres-González, F. (2001). Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 89-95. doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2089.x>
- Vegué, J. & García-Ribera, C. (2016). Unitat d'hospitalització parcial a domicili AIS Barcelona Dreta. Projecte Funcional. CPB Serveis de Salut Mental – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate, models, methods, and findings* . Lawrence Erlbaum.
- Ware Jr, J. E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health services research*, *11*(4), 396.
- Ware Jr, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*, *6*(3-4), 247-263. doi: [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)

Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. J. Walker & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 141–184). National League for Nursing Press.

Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International journal for quality in health care*, *15*(4), 337-344. doi:
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg042>

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., ... Johnson, S. (2015). Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *15*, 74. doi:
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>

Winness, M. G., Borg, M., & Kim, H. S. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health*, *19*(1), 75–87. doi:
<https://doi.org/10.3109/09638230903469178>

Woodring S., Polomano R.C., Haagen B.F., Haack M.M., Nunn R.R., Miller G.L., Tan T.L. (2004).

Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatric care. *Journal of Nursing Care Quality, 19*, 137–148. doi:

<https://doi.org/10.1097/00001786-200404000-00011>

Wood, S., Stride, C., Threapleton, K., Wearn, E., Nolan, F., Osborn, D., . . . Johnson, S. (2011). Demands, control, supportive relationships and well-being amongst

British mental health workers. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 46*(10), 1055- 1068. doi:

<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0263-6>

Wright, C., Burns, T. O. M., James, P., Billings, J., Johnson, S., Muijen, M., ... & White, I. A. N. (2003).

Assertive outreach teams in London: Models of operation: Pan-London assertive outreach study, part 1. *The British Journal of Psychiatry, 183*(2),132-138.doi:

<https://doi.org/10.1192/bjp.183.2.132>

Wyder, M., Ehrlich, C., Crompton, D., McArthur, L.,

Delaforce, C., Dziopa, F., ... & Powell, E. (2017).

Nurses experiences of delivering care in acute inpatient mental health settings: A narrative synthesis of the

literature. *International journal of mental health nursing*, 26(6), 527-540. doi:

<https://doi.org/10.1111/inm.12315>

Xie, N., Kalia, K., Strudwick, G., & Lau, F. (2019). Understanding mental health nurses' perceptions of barcode medication administration: a qualitative descriptive study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(4), 326–334. doi:

<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1528321>

Yamamoto-Mitani, N., Saito, Y., Takaoka, M., Takai, Y., & Igarashi, A. (2018). Nurses' and care workers' perception of care quality in Japanese long-term care wards: a qualitative descriptive study. *Global qualitative nursing research*, 5,23333393618812189.doi:

<https://doi.org/10.1177%2F23333393618812189>

Yimer, S., Yohannis, Z., Getinet, W., Mekonen, T., Fekadu, W., Belete, H., ... & Belete, A. (2016). Satisfaction and associated factors of outpatient psychiatric service consumers in Ethiopia. *Patient preference and adherence*, 10, 1847. doi:

<https://doi.org/10.2147/PPA.S115767>

Yous, M. L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S.

(2019). Nurses' Experiences in Caring for Older Adults with Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care. *SAGE Open Nursing*,5,2377960819834127. doi: <https://doi.org/10.1177/2377960819834127>

X. ANNEXES

10.1. GUIÓ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
ARTICLE 1: Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care

Guió entrevista semi-estructurada:

Pseudònim:	
Número d'entrevista:	
Data de l'entrevista:	
Hora d'inici:	Hora de finalització:
Edat:	Sexe i Gènere:
Situació laboral:	
Nivell Educatiu:	
Estat civil:	

Preguntes sobre la professionalitat (atenció tècnica, disponibilitat, credibilitat, seguretat, fiabilitat i competència)

- Com considera que ha estat la preparació de la infermera que l'ha atès durant el seu ingrés en la UHPAD? Per què?
- Què significa per a vostè que una infermera sigui professional? Considera que la infermera que l'ha atès en la UHPAD ha estat professional?
- Durant la seva estada en la UHPAD, va sentir que la infermera s'interessava per resoldre i solucionar els seus problemes? En què ho notava? Podria posar un exemple?
- La infermera, revisava i controlava amb freqüència allò rellevant – segons la seva opinió – del seu estat per a cuidar-lo? Podria posar un exemple?
- Quan vostè va tenir algun problema (ansietat, malestar...), la infermera el va atendre amb rapidesa? Recorda alguna situació particular en relació a això?
- Les propostes de tractament, opinions o consells de la seva infermera referent li han semblat creïbles i coherents? Perquè? En recorda algun en particular?
- Considera que la seva infermera procurava per la seva seguretat i benestar? En que ho notava? Podria posar un exemple?

- La seva infermera, li ha transmès seguretat? En que ho ha notat? Podria posar un exemple?
- La seva infermera, li ha inspirat confiança? En què ho ha experimentat? Podria posar un exemple?
- Li sembla fiable el personal d'Infermeria de la UHPAD? Per què?
- Considera que la seva infermera tenia coneixements sobre allò necessari per a cuidar-lo? En que ho ha notat?
- Quan vostè ha tingut dubtes sobre la seva malaltia, la seva infermera les hi ha resolt? Recorda alguna situació en particular en que això s'hagi donat?

Preguntes sobre la comunicació - relació (Tracte-Servei, Empatia, Seguretat, Informació, Competència i Cortesia)

- Creu que la seva família ha estat degudament atesa per la seva infermera? Per què? Recorda alguna situació en que la infermera atengués a la seva família?
- Creu que la seva infermera va ser empàtica amb vostè? Per què?
- Rebia informació per part de la seva infermera sobre l'evolució del seu procés de recuperació?

- Va comprendre la informació que li proporcionava la seva infermera?
- Parlava amb vostè la seva infermera sobre altres temes que no fossin la seva malaltia? Podria posar-me un exemple?
- Què opina sobre el tracte personal que va rebre per part de la seva infermera?

Preguntes sobre les l'entorn de cures (Disponibilitat, Confortabilitat, Seguretat...).

- Com considera que van ser ateses les seves necessitats en el seu domicili? Va haver-hi alguna particularitat en la atenció a les seves necessitats per tal de que aquesta atenció es dones al domicili?
- La seva infermera, s'ha preocupat per facilitar el seu descans? Com?
- La seva infermera, es preocupava pel seu confort? De quina manera?
- La seva infermera, l'ha ajudat al fet que la seva estada fos més suportable en el seu domicili? Com?

- La seva infermera, procurava per la seva seguretat i benestar en el seu domicili? De quina manera va sentir que ho feia?

Preguntes finals

- Què va sentir en el seu ingrés en la UHPAD?:
- Com valora l'atenció sanitària rebuda per part de la seva infermera?
- Com valorar el tracte personal rebut per part de la seva infermera?
- Quins aspecte smilloraria de l'atenció d'Infermeria rebuda?
- Hi ha quelcom que cregui que es rellevant en relació a les cures infermeres / el cuidar en l'hospitalització a domicili que no li hagi preguntat i vulgui afegir?
- Hi ha quelcom més que vulgui afegir?

10.2. GUIÓ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
ARTICLE 2 : Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution
Home Treatment Teams: A case study research

Guió entrevista semi-estructurada:

Pseudònim:	
Número d'entrevista:	
Data de l'entrevista:	
Hora d'inici:	Hora de finalització:
Edat:	Sexe i Gènere:
Anys treballats en salut mental:	
Temps treballat a la UHPAD:	
Estat civil (casat/ada, divorciat/ada, solter/a, ...):	
Estudis realitzats a part de la carrera d'Infermeria:	

Inici del tenir cura a la UHPAD

- Quan temps has treballat a la UHPAD? Hi treballes actualment?
- Que entens per tenir cura?
- Què entens per experiències infermeres del tenir cura?
- Quina diries que va ser la teva primera experiència de tenir cura com a infermera a la UHPAD?
- Que consideres més important d'aquella primera experiència?
- Quines reflexions, si es que van haver-hi, vas fer en relació a la teva pràctica assistencial quan va ocórrer aquella experiència?
- Quines implicacions, si es que les va haver, va tenir en relació a la teva pràctica assistencial aquella experiència?

Experiències del tenir cura a la UHPAD

- Podries relatar, durant el temps que has treballat a la UHPAD, quines han sigut sota la teva mirada infermera, les experiències més rellevants de tenir cura?
- Com t'has sentit en cadascuna d'aquestes experiències de tenir cura?

- Quines reflexions, si es que han ocorregut, has tingut en relació a cada experiència del tenir cura?
- Que ha definit per a tu que les anteriors hagin estat experiències de tenir cura?
- Quines implicacions, si es que hi ha hagut, han tingut en la teva pràctica assistencial aquestes experiències del tenir cura?

Diagnòstics infermers del tenir cura a la UHPAD

- Podries relatar, durant el temps que has treballat a la UHPAD, quines han sigut sota la teva mirada infermera, les experiències més rellevants de tenir cura?
- Com t'has sentit en cadascuna d'aquestes experiències de tenir cura?
- Quines reflexions, si es que han ocorregut, has tingut en relació a cada experiència del tenir cura?
- Que ha definit per a tu que les anteriors hagin estat experiències de tenir cura?
- Quines implicacions, si es que hi ha hagut, han tingut en la teva pràctica assistencial aquestes experiències del tenir cura?

Objectius dels pacients acordats en el tenir cura a la UHPAD

- Has pactat objectius de salut del pacient, també denominats Criteris d'avaluació de resultats d'Infermeria (NOC) en les experiències del tenir cura en la UHPAD?
- Quins objectius de salut del pacient, també denominats Criteris d'avaluació de resultats d'Infermeria (NOC) creus que son més prevalents en les experiències del tenir cura a la UHPAD? Pots esmentar-los amb taxonomia infermera o bé amb les teves pròpies paraules.
- Podries, dels anteriors, exemplificar-los amb casos reals mantenint l'anonimat dels pacients tractats?
- Per què creus que els anteriors objectius de salut del pacient, també denominats Criteris d'avaluació de resultats d'Infermeria (NOC), son les més prevalents a la UHPAD?

Intervencions infermeres en el tenir cura a la UHPAD

- Has realitzat intervencions infermeres, també denominades NIC, en les experiències del tenir cura en la UHPAD?
- Quines intervencions infermeres, també denominades NIC, creus que son més prevalents en les experiències del

tenir cura a la UHPAD? Pots esmentar-los amb taxonomia infermera o bé amb les teves pròpies paraules.

- Podries, de les anteriors, exemplificar-les amb casos reals mantenint l'anonimat dels pacients tractats?
- Per què creus que les anteriors intervencions infermeres, també denominades NIC,son les més prevalents a la UHPAD?

Particularitats del tenir cura a la UHPAD

- Creus que les experiències del tenir cura a la UHPAD tenen algun tipus de particularitat especial?
- Per a tu, les experiències del tenir cura en salut mental, son diferents en relació al dispositiu en el que hom treballa? Si es així, en què creus que es diferencien les experiències del tenir cura a la UHPAD amb altres experiències del tenir cura en altres dispositius de salut mental en els que hakis treballat?
- En les experiències del tenir cura, està implicat l'establiment d'una relació terapèutica infermera – pacient, creus que aquesta relació terapèutica a la UHPAD té alguna particularitat? Si es així, quina particularitat té?

- Creus que la relació terapèutica infermera – pacient es diferent o té particularitats diferents segons el dispositiu en que es treballa? Si es així, en que es diferencia la relació terapèutica infermera – pacient en la UHPAD en relació amb altres dispositius de salut mental en els que hagi treballat?
- Creus que el tenir cura a la UHPAD es podria millorar? Si es així, com? Podries indicar propostes concretes?
- Hi ha quelcom més que consideris rellevant vers el tenir cura a la UHPAD i no se t'hagi preguntat i vulguis comentar? Hi ha quelcom més que voldries fer palès en aquesta entrevista?

10.3. ALTRES PUBLICACIONS REALITZADES DURANT EL DOCTORAT

- Article:

- ✓ Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., ... & Leyva-Moral, J. M. (2020). Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12700>