



# Mastergradsoppgave

Tittel

Pasienters erfaringer med bruk av kriseplan etter innleggelse

Title

Patients experience in use of joint crisis plan after hospital admission

Undertittel: Hvilke erfaringer har psykiatriske pasienter med å utarbeide, bruke og bli fulgt opp med kriseplan etter innleggelse?

Subtitle: Which experiences have psychiatric patients to develop, apply and be followed up with joint crisis plan after admission?

Forfatter Linda Jørstad

MPH 470

Mastergradsoppgave i Psykisk helsearbeid

Avdeling for helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag – høst 2015



**HINT**

## Forord

Nå er tiden inne for levere masteroppgaven. Dette har vært en lærerik og spennende reise. Jeg visste ikke at det var så mange beslutninger å ta i løpet av prosessen og at det er så mye forskjellig oppgaven krever at jeg setter meg inn i. Nysgjerrigheten min gror og kanskje kommer det nye spirer til nye prosjekter.

Vi miljøterapeutene bruker mye tid sammen med pasientene der vi snakker og reflekter sammen med pasientene om kriser og vanskelige situasjoner. I dette arbeidet har kriseplanen vært et hjelpemiddel. Jeg undret meg over om kriseplanen ble brukt etter at de kom hjem, og om pasientene opplevde det som et hjelpemiddel i hverdagen deres og hva kan gjøres annerledes for at det oppleves mer meningsfullt.

Tusen takk til min veileder professor/PhD Ottar Bjerkeset for god veihjelp gjennom hele prosessen, der du gang på gang har funnet riktig vei når jeg har vert på fremmede og ukjente veier. Når jeg var på min første reise i dette landskapet har det vært betryggende å vite at du har funnet riktig kart og satt kompasskursen i en retning og at min verden dermed ble mer oversiktlig og overkommelig.

Analysen og statistikk er en helt ny verden og der har jeg fått hjelp av statistiker Ulla Romild, både i opplæring og bruk av SPSS. Nå kan jeg bite litt mer.

Postsekretærene Bente Aasved og Bjørg Flasnes har vært uunnværlige med journalgjennomgang og datateknisk hjelp.

Det er personalet ved allmennpsykiatrisk (og akutt psykiatrisk) sengepost som har gjort prosjektet mulig. Dere har tatt dere av pasientene og jobbet blant annet med kriseplaner, slik at jeg har hatt tid til å trekke meg tilbake på kontoret. Oppmuntrende kommentar og nysgjerrige innspill har vært inspirerende og medført at dette er meningsfullt arbeid. Tusen takk til Jon Slind, Reidar Høyholm og Trine Evensen for korrekturlesning. Dere har lest og kommet med innspill. Takk og til behandlerne for hjelp med spørreskjemaet og andre nyttige innspill under prosessen.

I tillegg må jeg takke familien min, som jeg nå gleder meg til å bruke mer tid sammen med.

Linda Jørstad

# Innhold

Sammendrag

Abstract

1.0 Innledning .....	1
1.1    Kriseplanen: innhold og hensikt.....	1
1.2 Tidligere forskning.....	4
1.2. 1 Kriseplan: redusert tjenestebruk og bedret symptom mestring .....	5
1.2.2 Kriseplan: påvirkning av terapeutisk allianse og opplevelse av medbestemmelse.....	8
1.3 Formål med studien og problemstilling .....	9
2.0 Metode .....	10
2.1 Utvalg.....	10
2.2 Datainnsamling .....	10
2.3 Utforming av spørreskjemaet.....	10
2.4 Pilotstudie av spørreskjema.....	11
2.5 Koding av spørreskjema.....	12
2.6 Utsendelse og retur av spørreskjema.....	13
2.7 Dataregistrering og variabler.....	13
2.8 Analyser .....	14
2.8.1 Kvantitative analyser av datamaterialet.....	15
2.8.2 Kvalitativ analyse av fritekst i spørreskjemaet.....	15
2.9 Forskningsetikk .....	15
3.0 Resultater .....	17
3.1 Hvilke pasientgrupper har skrevet kriseplan under innleggelsen?.....	17
3.2 Pasientens erfaringer med utarbeidelse og bruk av kriseplan og hvordan de opplever kriseplan blir fulgt opp i helsevesenet.....	19
4.0 Diskusjon .....	22
4.1 Metodiske overveininger.....	27
4.2 Konklusjon .....	28
Referanser	
Manuskript empirisk studie – Sykepleien Forskning	
Vedlegg 1: Selvhjelpsplan/kriseplan	
Vedlegg 2: Spørreskjema	

Vedlegg 3: Pilotstudie intervjuguide

Vedlegg 4: Vurdering framleggingsplikt – REK

Vedlegg 5: Forfatterveiledning

Vedlegg 6: Samtykke

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Behandling av ulike psykiske lidelser har i de senere år fått økt fokus på forebygging av kriser, styrke pasientenes deltakelse i egen behandling og vektlegge deres autonomi. Flere nasjonale retningslinjer anbefaler kriseplan som en del av den totale behandlingen. Kriseplan er et av flere tiltak i «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2018». Pasienten lærer av egne erfaringer fra tidligere kriser, og innarbeider dette i egen plan. Målet er økt mestring og innsikt i egne psykiske plager, samt å redusere forverring av symptomer og reinnleggelser. I denne masteroppgaven vil jeg beskrive hvilke pasientgrupper som utarbeider kriseplan, deres bruk av og erfaringer med kriseplan, og hvordan den blir fulgt opp i helsevesenet etter utskrivelse.

**Metode:** Spørreskjema med multiple choice og åpne spørsmål vedrørende bruk av og erfaring med kriseplan ble sendt til alle pasientene som hadde utarbeidet kriseplan under innleggelsen i akutt og/eller allmenpsykiatrisk sengepost, Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 til mai 2015.

**Resultater:** Av totalt 325 innlagte pasienter, hadde 48 % utarbeidet kriseplan. Av disse returnerte 15 % spørreskjemaet. To av tre respondenter hadde brukt kriseplan og formidlet at utarbeidelse av kriseplan ga større innsikt i egen problematikk. Det var signifikant respons fra mennesker med angstlidelse, og de opplevde nytte av å utarbeide kriseplan, samt større egenkontroll. De fleste respondentene formidlet et behov for bedre oppfølging på kriseplan fra kommunehelsetjenesten.

**Konklusjon:** Lav respons gjør at det ikke kan trekkes entydige konklusjoner for de ulike diagnosegruppene, men generelt støtter funnene den internasjonale forskningen som viser at kriseplan er nyttig for de pasientene som responderer og at det bedrer tillitten til terapeutene. Funnene kan ikke generaliseres til alle pasienter som utarbeider kriseplan, og flere studier er nødvendige på dette feltet i Norge. Inntil videre er det usikkert hvilken effekt og nytte kriseplaner har for ulike pasientgrupper i psykiatrien.

**Nøkkelord:** kriseplan; beredskapsplan; sikkerhetsplan; min plan; psykisk lidelse; psykisk helsevern; forbyggende psykisk helsearbeid; spørreundersøkelse

## **Abstract**

**Background:** Treatment of various mental disorders has in recent years increased focus on preventing crises, strengthening patients' participation in their own treatment and on emphasizing autonomy. Several national guidelines recommend joint crisis plan (JCP) as part of the total treatment and it is one of several measures in the “Action plan for the prevention of suicide and self-harm 2014-2018”. The patients reflect on, and learn from their own experiences from previous crises and incorporate this in their plan. The purpose is to increase coping skills and awareness of their own mental distress, reduce worsening of symptoms and to prevent readmissions. This study describes patient groups that prepare JCP, the patients' use and experiences with the JCP and how it is followed-up in health care after discharge.

**Method:** A questionnaire with both open and multiple choice questions about the use of and experience with JCP was sent to all patients who had prepared a JCP under hospitalization in acute and/or general psychiatric ward, at Namsos Hospital in the period August 2012 to May 2015.

**Results:** Of a total of 325 inpatients, 48% had prepared JCP. Of these patients, 15 % returned the questionnaire. Two out of three respondents had used JCP and they conveyed that to prepare JCP gave greater insight into their own problems and increased self-monitoring. There were significant responses from people with anxiety disorder, and they experienced the advantage of preparing JCP, as well as greater self-regulation. Most respondents conveyed a need for better follow-up on JCP from community health services.

**Conclusion:** Because of the low response in this study, a clear conclusion can not be drawn for the various diagnostic groups, but the findings support international research showing that JCP is helpful for patients and that it improves the therapeutic relationship. The findings can not be generalized to all patients who prepare JCP, and more studies are necessary within this field in Norway. Meanwhile, it is uncertain what the effects and benefits of JCP are within different patient groups in mental health care.

**Keyword:** joint crisis plan; safety plan intervention; crisis plan; crisis management, mental disorder; preventive psychiatry; questionnaire; survey

## **1.0 Innledning**

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 % av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet; 30 % får en angstlidelse, 25 % får en stemningslidelse (hovedsakelig depresjon), 10-20 % får en ruslidelse og rundt 1-2 % får schizofreni eller en annen psykoselidelse (Kessler et al., 2005; Mykletun, Knudsen, & Mathisen, 2009; Stangeland, 2012). Psykiske lidelser debuterer ofte tidlig i livet, og før de fleste somatiske helseproblemer. Plagene er derfor ofte langvarige med alvorlige ringvirkninger på mange livsområder, inkludert utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, personlige relasjoner og sosial deltagelse (Nes & Clench-Aas, 2011). Verdens helseorganisasjon anbefaler på generelt grunnlag at behandling av psykisk lidelser bør fokusere på å mestre sin lidelse, motvirke risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer (WHO, 2004).

Behandling av ulike psykiske lidelser har i de senere år fått økt fokus på forebygging av kriser, styrke pasientenes deltakelse i egen behandling og vektlegge deres autonomi (Campbell & Kisely, 2009; Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012). Internasjonalt har kriseplan vært en anerkjent tilnærming for krisehåndtering og tilbakefallsforebygging av ulike psykiske lidelser (Borschmann et al., 2013; Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013). Kriseplan har i de senere årene blitt et anbefalt tiltak i flere nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av voksne mennesker med depresjon, bipolare lidelser, psykose- og ruslidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012a, 2012b, 2013). Det er også beskrevet som et av tiltakene i veileder for «psykisk helsearbeid for voksne i kommunene» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kriseplan er også et av tiltakene i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 (Helsedirektoratet, 2014).

### **1.1 Kriseplanen: innhold og hensikt**

Kriseplanen skal være pasientens redskap og plan, hvor pasienten har skrevet ned egne mestringsstrategier etter å ha reflektert over erfaringer fra tidligere kriser og mestring av disse. Hensikten med en kriseplan er primært å begrense skadeomfang både for pasienten selv og omgivelsene, men også å redusere forverring av symptomer, øke egenkontroll og mestring av egne problemer, samt hvordan kontakte nødvendig hjelp. Det finnes forskjellige utgaver og formater av kriseplan. Felles for disse er at de alle adresserer følgende tema: «hva gjør jeg hvis jeg får det vanskelig?» (Farrelly et al.,

2015b; Henderson et al., 2004; Stanley & Brown, 2012). Pasienten er aktivt deltagende i egen prosess med utarbeidelse og evaluering av planen (Borschmann et al., 2014; Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Henderson, Swanson, Szmukler, Thornicroft, & Zinkler, 2008; Kim Sutherby & Szmukler, 1998). En krise forstås som en opplevelse av ikke å ha nok mestringsstrategier til å håndtere en krevende og vanskelig situasjon eller livshendelse (Antonovsky, 2012). Psykologisk krise beskrives som en situasjon der tidligere erfaringer og innlærte erfaringer ikke er tilstrekkelige for å forstå og beherske situasjonen (Cullberg, 2011). En krise innebærer psykisk smerte, men kan også gi muligheter for læring og endring (Antonovsky, 2012).

Kriseplanen inneholder beskrivelser av tidlige tegn på og/eller forhold og situasjoner som forårsaker kriser eller forverring av symptomer. Videre inneholder kriseplanen tiltak som beskriver hva pasienten selv kan gjøre og andre kan gjøre for å avverge krisen eller mestre situasjonen, samt hvordan kontakte det offentlige hjelpeapparatet. Hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som for eksempel psykoselidelser, er det i visse tilfeller hensiktsmessig at pårørende er en aktiv part i utarbeidelsen av kriseplan (Helsedirektoratet, 2013; Ruchlewska, Mulder, Van der Waal, Kamperman, & van der Gaag, 2014). I Norge er det flere synonyme ord for kriseplan, slik som selvhjelpsplan, beredskapsplan, sikkerhetsplan, mestringsplan og min plan, og disse må ikke forveksles med behandlingsplan eller individuell plan. I enkelte tilfeller kan det være nyttig at kriseplanen er vedlagt individuell plan, da disse er mer forpliktende overfor tjenesteapparatet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Kriseplanen kan også inneholde praktiske avklaringer som hvem passer barn/dyr/leilighet, noe som gjør det trygt å kontakte hjelpeapparatet (Farrelly, Szmukler, et al., 2013). Kriseplan er en form for tilbakefallsforebygging innenfor kognitiv atferdsterapi (Berge & Repål, 2008).

Det finnes alternative formater til kriseplan, der intensjonen og fremgangsmåten er den samme. Kanskje er dette utvidede tilbudet med på å øke tilgjengeligheten og brukervennligheten? Sykehuset Sørlandet lanserte i 2014 Appen «MinPlan» som skal hjelpe folk med psykiske problemer å forebygge og mestre kriser. Fra lanseringen i september 2014 til årsskiftet er den blitt lastet ned ca 2700 ganger. Tilbakemeldinger viser at appen har klinisk nytteverdi og virker i henhold til forventinger (Hausvik, 2015). I England og Nederland ble kriseplanen utarbeidet i bankkortformat, som et krisekort (Kim Sutherby & Szmukler, 1998; K. Sutherby et al., 1999; van der Ham, Voskes, van Kempen, Broerse, & Widdershoven, 2013), og det blir lettere å ta det med



seg. Krisekortet har hjulpet både pasient og helsepersonale i 14 av 19 kriser (74 %) i en engelsk studie med 42 pasienter, der det ble utarbeidet en enkel plan for handtering av kriser og nødvendig kontaktinformasjon var lett tilgjengelig (K. Sutherby et al., 1999). For å oppnå suksess med crisekort er det viktig at den som sammen med pasienten utarbeider kortet er entusiastisk, troverdig og forklarer hensikten og viktigheten med å ha et crisekort (van der Ham et al., 2013).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 har i perioden siden 2010 hatt som mål å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten med fokus på 12 innsatsområder. For psykisk helsevern er innsatsområdet forebygging av selvmord. Alle akuttpsykiatriske sengeposter i Norge fokuserer på å implementere flere forebyggende tiltak, deriblant at criseplan, time i hånden (konkret avtale med poliklinisk behandler, fastlege eller kommunal psykiatritjeneste) og kontakt med pårørende skal være etablert før utskrivelse (Brudvik, Ness, & Walby, 2014).

Helse Nord-Trøndelag (HNT) har sammen med representanter fra kommunene utarbeidet en felles criseplan/selvhjelpsplan (Bremnes, 2012; Selvhjelpsplan/kriseplan, 2012) (vedlegg 1). Den er på to A4 sider, der fremsiden er en forklaring av hensikten og målet med planen. Den andre siden er individuelle varselsignaler og mestringsstrategier som skal brukes når en får det vanskelig, eller forbygge forverring av symptomer. Pårørende eller andre personer som pasienten har tillit til og tenker kan være til hjelp står skrevet i planen med navn, telefonnummer og når de kan kontaktes. En viktig del av arbeidet med criseplan er å snakke om hvordan pasienten ønsker å bli møtt når pasienten tar kontakt og har behov for deres hjelp. Videre er navn og kontaktinformasjon til det offentlige hjelpeapparatet beskrevet, samt når og hvordan en kan nå de ulike instansene dersom det er behov for ytterligere bistand. Helsepersonell både i spesialisthelsetjenesten, kommunal psykiatritjeneste og fastleger er kjent med hensikten med planen og hvordan planen ser ut. Målet er at dette samarbeidet skal bidra til å fremme mestringsopplevelser hos enkeltindivider og mer effektiv bruk av ressurser (Augestad & Galambos, 2009; Bremnes, 2012, 2015).

I Seksjon for akutt og allmennpsykiatriske sengeposter (SAAP) er det pasientenes ansvarlige behandler som beslutter om pasienten skal utarbeide criseplan eller ikke. Det tilbys criseplan til alle pasientgrupper, også Z-diagnoser. Det er i hovedsak miljøterapeuter som utarbeider criseplan sammen med pasientene, og følger opp pasientene i deres arbeid med criseplanen. Dette krever at miljøpersonalet er bevisst på

å engasjere seg i dialogen med pasientene med å være nysgjerrig og støttende rundt pasientenes refleksjoner (Farrelly et al., 2015b). For å opprettholde strukturen rundt jobben med kriseplan er det i sengeposten etablert en gruppe der pasientene deltar sammen med miljøpersonale hver torsdag formiddag, hvor en snakker om hensikten og reflekterer sammen rundt kriseplan. I tillegg er det individuelle samtaler knyttet til den enkeltes pasientens kriseplan. Noen pasienter er innlagt på korte kriseinnleggelses, der er det gjennom hele innleggelsen fokus på kriseplan. Behandlere eller miljøpersonale bør snakke med pasientene om hvordan de kan bruke kriseplanen, hvor de oppbevarer kriseplanene og hvem de bør gi kopi (Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014). Helsepersonell bør bidra til at kriseplanarbeidet blir etterspurt og fulgt opp av andre helsepersonell etter innleggelsen, at det er en del av den totale behandlingen (Mehlum, 2005; Repål, 2012).

Det å jobbe med kriseplan krever at personalet tør å ta opp de vanskelige situasjonene hos den enkelte pasient og sammen med han reflektere og undre seg sammen for å utarbeide pasientens egen individuelle kriseplan (Farrelly, Szmukler, et al., 2013). Målet er å utarbeide en plan med egne strategier for å hjelpe seg selv, men også et hjelpemiddel for helsepersonell slik at de best mulig kan bistå ved kriser for å oppnå mestring (Germans, Haug, Evensen, Solhaug, & Ørjasæter, 2013). Kriseplanen bør jevnlig evalueres og oppdateres for å reflektere det individuelle og aktuelle for den enkelte pasient (Grant & Lusk, 2015). Ved å være aktiv deltaker i beslutninger knyttet til egen helse er positivt i flere forhold, som økt kunnskap om egen helse og behandlingsalternativer, samt økt tilfredsstillelse i møtet med helsevesenet (Flynn et al., 2012). Pasientene påpekte at det var betryggende å involvere pårørende i kriseplanarbeidet. En annen viktig faktor var å sikre god kommunikasjon og samarbeid med andre i hjelpeapparatet (Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Hopkins & Niemiec, 2007). Å arbeide frem en slik kriseplan er en del av behandlingen ved Seksjon for Akutt og Allmennpsykiatrisk sengepost (SAAP) ved Sykehuset Namsos.

## **1.2 Tidligere forskning**

For å dokumentere eksisterende forskning og planlegge dette prosjektet er det gjennomført både systematiske og usystematiske litteratursøk i databasene: Helsebiblioteket, PubMed, MEDLINE, PsycINFO, CHINAL, SweMed+ og Cochrane Library. Søkeord som ble brukt var: «Joint crisis plan» OR «Crisis plan\*» OR «Safety plan\*» OR «Crisis intervention» (MeSH) OR «Safety planning intervention» OR

“Security Plan” AND “Mental disorder\*” (MeSH) OR “Psychological stress” (MeSH). Idunn, Bibsys, Christin, Suicidologi, Tidsskrift for den norske legeförening, Psykologtidsskriftet, Tidsskrift for psykisk helsearbeid og Google Scholar ble søkt med søkeordene «kriseplan», «kriseintervensjon» og «selvhjelp». Referanselister ble også brukt som hjelpemiddel i søkeprosessen. Dette gav 23 vitenskapelige artikler som omhandlet effekten av kriseplan og pasientenes erfaringer med kriseplan. Det ble i tillegg funnet relevante fagartikler og rapporter. Google ble brukt for å søke etter offentlige dokumenter fra Folkehelse instituttet, nasjonale retningslinjer og veiledere, og internasjonale guidelines. De underbygde nødvendigheten av å jobbe sammen med pasienter rundt kriser og vanskelige situasjoner i et forebyggende perspektiv (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips, & Moran, 2012; Campbell & Kisely, 2009; Helsedirektoratet, 2009, 2012a, 2012b, 2013, 2014; Murphy et al., 2012; NICE, 2009a, 2009b, 2011a, 2011b, 2014; Nylenna et al., 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Kriseplan eller Joint Crisis Plan (JCP) ble først utviklet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser og bipolare lidelser (Campbell & Kisely, 2009; Henderson et al., 2004; Henderson et al., 2008). Etter hvert er kriseplan brukt hos mennesker med borderline personlighetsforstyrrelser og suicidale pasienter (Borschmann et al., 2013; Borschmann et al., 2012; Stoffers et al., 2013). I USA utviklet de en sammenlignbar metode for selvmordstruede mennesker som de kalte Safety planning intervention (SPI) (Stanley & Brown, 2012). Forskningen har de siste årene hatt stadig mer fokus på betydningen av hvordan kriseplan øker den terapeutiske alliansen og at pasienten aktivt er deltakende og besluttende i utarbeidelsen (Borschmann et al., 2012; Farrelly et al., 2015b; Stoffers et al., 2013). Mange av studiene på dette området utgår fra en engelsk forskergruppe ved Kings collage. Flere av disse studiene stammer fra den samme eller overlappende pasientpopulasjoner (Borschmann et al., 2013; Farrelly et al., 2015a; Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Farrelly et al., 2011; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2004; Henderson, Flood, et al., 2009; Moran et al., 2010; Thornicroft et al., 2013).

### **1.2. 1 Kriseplan: redusert tjenestebruk og bedret symptom mestring**

#### *Psykoselidelser og stemningslidelser*

Psykoselidelser og stemningslidelser går ofte i faser, der en etter behandling kan ha lange perioder med lavt symptomtrykk og god funksjon. Forverring og tilbakefall av symptomer kan skje ved økt stress eller andre utløsende faktorer (Campbell & Kisely,

2009; Murphy et al., 2012). I England er JCP den første strukturerte intervensjonen som har vist reduksjon i tvangsinnleggelse og tvangstiltak, og som samtidig økte den terapeutiske alliansen hos mennesker med psykoselidelser. Dette ble konklusjonen i en studie blant 466 pasienter, der halvparten utarbeidet JCP i tillegg til psykoedukasjon og kontrollgruppen kun fikk psykoedukative tiltak (Henderson et al., 2004). En rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bekrefter at kriseplan og systematisk risikovurdering er tiltak som kan redusere tvang i psykisk helsevern (Nylenna et al., 2012). Men det er viktig at en fokuserer mer på prosessen, der pasienten er en aktiv deltaker, enn på selve produktet. (Campbell & Kisely, 2009). De fleste RCT studiene på psykoselidelser der intervensjonen har vært bruk av kriseplan rapporterer positive når det gjelder redusert bruk av tvang, antall innleggelse og økt terapeutisk allianse (Farrelly et al., 2011; Flood et al., 2006; Henderson et al., 2004; Kisely, 2005; Murphy et al., 2012; Thornicroft et al., 2013). To andre studier viser imidlertid at bruk av kriseplan ikke var kostnadsbesparende i forhold til redusert antall innleggelse eller mindre bruk av tvang (Barrett et al., 2013; Ruchlewska et al., 2014).

Nasjonale retningslinjer for depresjon og bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012a) anbefaler å utarbeide kriseplan som et forebyggende tiltak, og som en del av en helhetlig behandling. Men samtidig er det lite forskning på effekt og bruk av kriseplan hos mennesker med affektive lidelser med selvmordsproblematikk (Saunders & Hawton, 2013). Suicidalatferd har en tendens til å oppstå tidlig i sykdomsperioden (Angst, Hengartner, Gamma, von Zerssen, & Angst, 2013), og mennesker med Bipolar 1 og Bipolar 2 har høyere suicidrate enn mennesker med alvorlig unipolar depresjon (Sani et al., 2011). Kriseplan med fokus både på å håndtere suicidalatferd og på tilbakefallsforebygging bør inngå som en del av den totale behandlingen (Berge & Repål, 2008).

#### *Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*

Mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF) har ofte problemer med å regulere sine følelser og impulser, og sliter i tillegg med relasjoner til andre mennesker. De opplever seg selv ofte som «følelsesmessig tom», og hyppige humørsvingninger og det er ofte vanskelig å binde seg til en behandlingsplan (Stoffers et al., 2013). Disse personlighetstrekkene gjør at de ofte er i kriser og kan agere med selvskading eller selvmordsforsøk. Kriseplan ser ut til å redusere både antall innleggelse, innleggelsesvarighet og antall restriktive tiltak og samtidig øke fokus på

samhandling og langsiktig psykoterapeutisk behandling hos denne gruppen (Borschmann et al., 2012; Germans et al., 2013). I en studie i England observerte man nedgang i forhold til rapportert selvskadende atferd i både intervensjonsgruppen som utarbeidet JCP i tillegg til vanlig behandling og i kontrollgruppen som mottok vanlig behandling, men ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Omtrent halvparten av menneskene som var i intervensjonsgruppen rapporterte en bedre opplevelse av kontroll over deres egne problemer, samt økt kvalitet og tillit i forholdet til behandlerteamet. 70 % av informantene oppga at de brukte JCP ved kriser og 85 % sier at de anbefaler JCP til andre (Borschmann et al., 2013).

I en kvalitativ studie av Borschmann fra 2014, reflekterte alle deltakerne over tidligere kriser; om hvordan de opplevde akutt stress og funksjonsnedsettelse, og hvordan de forsøkte å ivareta seg selv. De redegjorde for faktorer som forverrer situasjonen og hva som kan være hensiktsmessige måter å bli møtt på av helsepersonell. Det å bli møtt med verdighet, respekt og autonomi i møtet med hjelpeapparatet, og bli en aktiv deltaker i beslutninger som angår deres behandling er spesielt viktig hos mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Borschmann et al., 2014).

Kronisk suicidalitet er et av kjennetegnene hos mennesker med UPF og det krever at de fokuserer på problemløsningsstrategier for å kontrollere intense og ustabile følelser (Paris, 2010). En ønsker at pasientene aktivt medvirker og deltar i planlegging er viktig for å styrke følelsen av å ha kontroll over egen situasjon (Urnes, 2009). Intervensjonsprogrammer som kriseplan der en fokuserer mot mestringsstrategier for å øke emosjonell regulering bør inkluderes i forebygging og behandling ungdom med UPF som vurderer selvmord (Knafo et al., 2015).

### *Selvordsfare*

I 2012 ble det i Norge registrert 515 selvmord (10,4 selvmord per 100 000 innbyggere), (Helsedirektoratet, 2014), dette er mer enn tre ganger så mange som antall drepte i trafikken (Statens vegvesen, 2015). Norge er et av landene som tidlig utarbeidet nasjonal strategiplan for forebygging av selvmord (siden 1990-tallet), som er evaluert og forbedret utover i 2000-årene. Disse retningslinjene fremhever tidlig og riktig helsehjelp, og at terskelen og barrieren for å søke hjelp må senkes (Mork, 2014). For pasienter med psykiske lidelser er perioden rundt innleggelse høyrisikoperioder for selvmord (Qin & Nordentoft, 2005). Dette gjelder spesielt de første ukene og månedene

etter utskrivelse. Kriseplan er derfor et av tiltakene pasientene skal ha før utskrivelse etter en akutt innleggelse (Helsedirektoratet, 2014). Suicidalrisiko-vurderinger er pågående prosesser, det samme gjelder også arbeidet med kriseplaner (Grant & Lusk, 2015). Kriseplan er et av virkemidlene som er med på å redusere akutte restriktive tiltak som tvangsmidler, kontinuerlig observasjon og intervall observasjon (Germans et al., 2013). Kriseplan er både mer effektivt og mer humant enn en «no-suicide contract». Det er mer terapeutisk og utviklende for pasienten å utarbeide kriseplan, og den er mer reelt med på å forebygge selvmord (Grant & Lusk, 2015; Matarazzo et al., 2014).

### **1.2.2 Kriseplan: påvirkning av terapeutisk allianse og opplevelse av medbestemmelse**

Den best dokumenterte effekten av kriseplan er pasientenes opplevelse av bedret terapeutisk allianse og medbestemmelse i egen behandling (Borschmann et al., 2014; Farrelly et al., 2015b; Henderson, Flood, et al., 2009; Thornicroft et al., 2013). Pasientene ønsker å bli respektert og hjulpet individuelt med både emosjonell og praktisk støtte av hjelperne (Farrelly et al., 2015b; Thornicroft et al., 2013). Pasientene opplevde at det viktigste med JCP er å komme seg gjennom kriser ved å ha medbestemmelse i beslutninger om egen behandling (Borschmann et al., 2014). JCP er derfor blitt et betrodd samarbeidsverktøy blant pasientene (Henderson, Lee, Herman, & Dragatsi, 2009).

I en kvalitativ studie ble både pasienter, sykepleiere og psykiatere intervjuet. Resultatene viser at sykepleiere og psykiatere er skeptiske til å innføre Shared Decision Making (SDM) i arbeidet med JCP. Sykepleiernes og psykiaternes største bekymring var knyttet til om pasientene foretrakk andre tiltak enn behandlernes tanker om riktig behandling, i tillegg bekymret de seg for om pasientens ønsker lar seg gjennomføre ressursmessig. En annen bekymring var om kommunikasjonen mellom personale som utarbeidet JCP og de som var der når krisen oppstår, ville bli tilfredsstillende. Pasientene formidlet også en opplevelse av at de ikke var delaktig i avgjørelse knyttet til deres egen behandling ved at behandlerne overkjørte dem i arbeidet med JCP, og at de derfor mener det er vanskelig å bruke kriseplanen (Farrelly et al., 2015a). I en annen studie hvor kriseplaner ble gjennomgått, var det stort fokus på generell tilbakefallsforebygging (63,2 %) i kriseplanene og kun få (15 %) inneholdt individualiserte tiltak i sin JCP (Farrelly, Brown, et al., 2013).

### **1.3 Formål med studien og problemstilling**

Nasjonalt er det sterkt fokus på implementering av kriseplan i psykiatriske sengeposter (Brudvik et al., 2014; Helsedirektoratet, 2014) og i behandlingen og oppfølgingen av flere psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012a, 2012b, 2013). Internasjonalt finnes kvalitative studier som beskriver pasientenes erfaringer (Borschmann et al., 2014; Farrelly et al., 2015a, 2015b). Nasjonalt finnes det pr i dag ikke erfaringsstudier knyttet til pasientens bruk av, og erfaringer med kriseplan etter innleggelse i psykiatrisk sengepost. Det er derfor behov for å utforske pasientens egne erfaringer med bruk av kriseplan. I denne studien fokuseres det derfor på dette temaet.

Hovedmålene med denne studien er å undersøke:

- 1) Hvilke pasientgrupper (alder, kjønn og diagnoser) har skrevet kriseplan under innleggelsen?
- 2) Hvilke erfaringer har pasientene med utarbeidelsen og bruk av kriseplan?
- 3) Hvilke erfaringer har pasientene med bruk av kriseplan i samarbeid og oppfølging i helsevesenet?

På de områdene pasientene ikke er fornøyde, bes de om å gi innspill til forbedring. Pasienter som ikke har brukt kriseplan kan svare på spørsmål om hvorfor de ikke hadde brukt den, samt om de ser for seg andre metoder/medier som er enklere og mer brukervennlige.

## **2.0 Metode**

For å kartlegge bruk av og erfaringer med kriseplan benyttes et kort spørreskjema som sendes til pasienten i brevpost (vedlegg 2), og inkluderte frankert svarkonvolutt. Alle pasienter innlagt ved SAAP (Seksjon for Akutt- og Allmennpsykiatrisk sengeposter) ved Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 - mai 2015, og som hadde påbegynt eller utarbeidet kriseplan ble inkludert i studien.

### **2.1 Utvalg**

Totalt 325 pasienter var innlagt i den aktuelle perioden. Spørreskjema ble sendt ut til de 156 (48 %) pasientene som hadde utarbeidet kriseplan under innleggelsen. Pasientens ansvarlige behandler vurderte om pasienten skulle utarbeide kriseplan eller ikke. Enkelte av pasientene ønsket ikke å utarbeide kriseplan. Hvorfor pasienter ikke utarbeider kriseplan fremgår ikke i undersøkelsen.

### **2.2 Datainnsamling**

Identifisering av pasienter med kriseplan ble utført av merkantilt personale ved Sykehuset Namsos, som skrev ut en rapport fra PAS (Pasientadministrasjonssystem) over alle innlagte pasienter i perioden august 2012 – mars 2015 ved SAAP. For å identifisere pasienter som har kriseplan ble programmet MAYWAY2PAS benyttet, og koblet opp mot Cerner DokuLive EPJ, dermed ble pasienten slått opp pasienten på begge steder samtidig. Ved bruk av MAYWAY2PAS kan en legge inn søkeordene «krise» og «selvhjelp» i søkefeltet på EPJ og får så opp alle dokumenter som inneholder søkeordene, slik at pasienter som har utarbeidet kriseplan ble identifisert. Sekretær førte så et Excel-ark over alle innlagt pasienter, og registrerte alder, kjønn, utskrivelses år, hoveddiagnosekode og om pasientene har utarbeidet kriseplan eller ikke. Døde ble registrert og sikret at de ikke fikk spørreskjema utsendt. Kun postsekretær hadde oversikt over navn på pasienter for å sikre at det ikke ble sendt ut flere spørreskjema til samme person, ved eventuelle reinnleggelser. Navnene ble slettet når brevene ble sendt ut. Det var ikke nødvendig å opprette personregister, med tilgang til pasientnavn eller personnummer, slik at dataene har bevart sin anonymitet. Derfor var det ikke mulig å sende purringer til deltakere som ikke har returnert spørreskjemaet.

### **2.3 Utforming av spørreskjemaet**

En har søkt forskjellige databaser (Helsebiblioteket, MEDLINE, PubMed, PsycINFO og PROQOLID) med søkeordene «Joint crisis plan\*» OR «Crisis plan\*» OR «Safety plan



intervention» AND «questionnaire» OR «instrument» OR «survey» og en fant ingen validerte, relevante spørreskjema. Ewa Ness som er leder for implementering av tiltakene i legeforeningens pasientsikkerhetsprogram 24/7 og helsedirektoratet ble kontaktet, og de kjente heller ikke til noen validerte eller relevante spørreskjemaer som etterspør erfaringer med kriseplan. Det er derfor utarbeidet et nytt, enkelt spørreskjema for denne studien.

Spørreskjemaet (Vedlegg 2) inneholdt en innledning der en forklarte hensikten med studien, informantenes frivillighet og anonymitet. Spørreskjemaet begynte med en enkel demografisk kartlegging av kjønn, alder, utdanningsnivå, arbeid og boforhold. Spørsmålsformuleringene er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 1, 1986; Martin, 2006). Videre har skjemaet en blanding av lukkede og åpne spørsmål med fritekst, samt multiple choice (avkryssing), der hensikten var å stille generelle og spesifikke spørsmål om erfaringer og bruk av kriseplan (Choi & Pak, 2005; Haraldsen, 1999; Ringdal, 2014; Tourangeau & Yan, 2007). De som ikke har brukt kriseplan ble bedt om å hoppe til slutten av spørreskjemaet, der det var spørsmål om hvorfor en ikke bruker kriseplan. Alle bes om forslag til forbedringer av kriseplanen og alternative formater eller medier for å øke brukervennligheten (Haraldsen, 1999).

## **2.4 Pilotstudie av spørreskjema**

Under utarbeidelsen av spørreskjemaet ble det avgjørende å avklare om respondentene forsto det samme med spørsmålene og svaralternativene som forskeren, og å få tilbakemeldinger om brukervennlighet (Collins, 2003). Spørreskjemaet ble prøvd ut ved hjelp av en pilotstudie blant 5 frivillige pasienter ved SAAP (alle i en utskrivningsfase). Pasientene som ble intervjuet var ulike i forhold til alder, kjønn, innleggelseslengde og hvilken sengepost de hadde ligget på (Collins, 2003; Haraldsen, 1999).

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3) for samtalen med pasientene i pilotstudien. I intervjuet med pasientene var fokuset på deres forståelse av spørsmålene; a) forstår de alle spørsmålene og svaralternativene? b) passer svarverdiene? c) kan noe misforstås eller forstås på flere måter? d) er spørsmålene ledende? e) er det noe som mangler? (Haraldsen, 1999). I tillegg ble det fokusert på hvordan det opplevdes å besvare spørsmålene; a) å få frem respondentenes tanker om spørsmålene, b) hvor enkelt er det å svare på og forstå spørsmålene, c) hva forstås med forskjellige begreper, d) husker de det som de blir spurt om, e) er svaralternativene relevante, f) er det noe de mener mangler, g) huskes hendelser, h) hvor sikker er du på

svarene (Collins, 2003). Alle tilbakemeldinger ble notert og det ble sett på om tilbakemeldingene er sammenfallende. Pasientene formidlet at de forsto hensikten med studien, de enkelte spørsmålene og svaralternativene, og at svaralternativene passet med spørsmålet. De formidlet også at spørsmålene ikke kunne misforstås eller forstås på flere måter. De hadde ingen spørsmål de mente at manglet. Pasientene avkreftet at de opplevde spørsmålene i spørreskjemaet som ledende eller for vanskelige og sensitive. Samt at det ble fremhevet at innledningen var forståelig og at det er lett å forstå hvordan det skal fylles ut og returneres.

Underveis i prosessen med utarbeidelse av spørreskjemaet ble det diskutert og gjennomgått av kolleger med forskjellig yrkesbakgrunn (Collins, 2003). De har kritisk vurdert relevansen for spørsmålene knyttet opp mot hensikten med studien. Noen spørsmål var meningsfulle og viktig for forskeren, men var ikke relevant for målene med studien ble fjernet. Det ble gitt tilbakemeldinger om rekkefølge og orden på spørsmålene og begreper som eventuelt kunne misforstås og spørsmål som var utydelige. Dette førte til at spørreskjemaet ble kortet ned og systematisert. Denne siste og utsendte versjonen er pilottestet på 3 pasienter og de bekrefter at den versjonen som er kortet ned er bedre og mer brukervennlig, etter at de så på begge versjonene.

## 2.5 Koding av spørreskjema

For å kunne knytte svarene opp mot diagnosegruppe, kodes og merkes spørreskjemaene etter kapitler i International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems (ICD-10, 1999): En koder ut i fra hoveddiagnose ved utskrivelse og eventuelle bidiagnoser eller diagnoser satt i etterkant vil ikke komme frem.

**Figur 1:** Definisjon av kodene brukt på spørreskjemaet

Kode	Definisjon
1	F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer - Ruslidelser
2	F20 Schizofreni, Schizotyp lidelse og paranoide lidelser - Psykoselidelser
3	F30 Affektive lidelser - Stemningslidelser
4	F40 Nevrotiske, belastningsrelaterte lidelser og somatoforme lidelser - Angstlidelser
6	F60 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne - Personlighetsforstyrrelser
9	Andre, inneholdt blant annet de andre F kapitlene og Z-diagnosene

I tillegg ble det kodet med utskrivelsesår, for å kunne si noe om hvor lang tid det hadde gått siden innleggelsen. Kodene ble påført med penn på spørreskjemaet av merkantilt personale før utsendelse.

## **2.6 Utsendelse og retur av spørreskjema**

Spørreskjemaene ble sendt til pasientene per post i begynnelsen av september 2015. Frankert returkonvolutt og et flakslodd ble lagt ved spørreskjemaet (Doerfling, Kopec, Liang, & Esdaile, 2010; Haraldsen, 1999; Olsen, Abelsen, & Olsen, 2012). Konvoluttene er nøytrale og har ikke logo eller annen merking knyttet til helseforetaket og navnene er skrevet på med penn (Haraldsen, 1999). Navn og adressene ble kontrollert opp mot folkeregistret av merkantilt personale. Portokostnader og flakslodd er innvilget og dekket av pasientsikkerhetsprosjektet ved Helse Nord-Trøndelag ved leder Frode Båtnes.

Svarkonvolutten sendes direkte til masterstudenten og går via HNT mottak av post uten at det blir åpnet. Returnerte konvolutter låses inn i lukket konvolutt i låsbartskap av postsekretær i SAAP. I dette skapet oppbevares spørreskjemaene når de ikke er i hendene til masterstudenten for overføring til SPSS. Papirskjemaene makuleres etter registrering i SPSS. SPSS-filene oppbevares til etter eventuell vitenskapelig publisering.

## **2.7 Dataregistrering og variabler**

De anonyme Excel-dataene som ble registrert av merkantilt personale ble importert til IBM SPSS Statistics version 22 (SPSS) og dataene fra returnerte spørreskjema ble registrert manuelt (Pallant, 2013). Hver rad i datafilen (enheter) representerer en informant, og kolonnene indikerer de ulike variablene. Den første kolonnen er et anonymisert løpenummer for hver person i utvalget (id). Implementeringen av Excel-filen (data etter journalgjennomgangen) med pasientens id, kjønn, alder, innleggelses år, diagnosekode og kode er gjort via å åpne data i Excel-arket i SPSS (Pallant, 2013). Variablene ble kodet med variabelnavn, variabeltype og verdier.

Variablene og kodene på variablene gjenspeiler alle spørsmålene og i spørreskjemaet. Variablene varierte mellom nominelle (kategoriske), intervall (med og uten absolutt null punkt) og ordinale skalaer, dette er verdier («numeric») data for kvantitativ analyse data. Spørreskjemaet inneholder også åpne spørsmål for fritekst, som utfyller de kategoriske spørsmålene (Haraldsen, 1999). Dette ble skrevet av og lagt inn som fritekst («string») for kvalitative analyser.

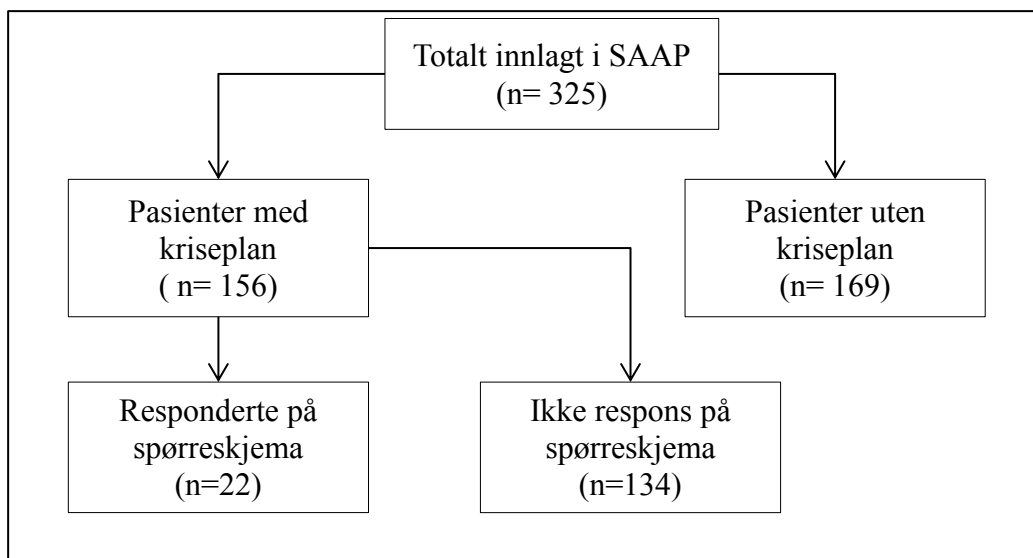
Kodene på spørreskjemaet sammen med alder og kjønn gjorde at data fra det returnerte spørreskjemaet ble registret på riktig id for analyser. Svar fra spørreskjema ble kun lagt inn på id-er som returnerte spørreskjema. For de 134 som ikke har returnert spørreskjema og de som ikke har utarbeidet kriseplan (n=169), er dataene basert på journalgjennomgangen (kjønn, alder, innleggelses år, diagnosekode og kode).

Noen av variablene ble omkodet for å gjøre inndelingen av variablene mer hensiktsmessig. Variabelen for Kriseplan Ja/Nei for hele populasjonen ble omkodet til egen variabel for de som hadde kriseplan og som utelukket pasienter som ikke har kriseplan. Denne omkodingen ble gjort via select av cases (filter) i variabelen kriseplan ja/nei til kun å gjelde pasienter med kriseplan og dette filteret ble kodet via funksjonen Transform > Recode into different variable og den nye variabelen fikk navnet «Ikke responder» (Pallant, 2013). Dermed var «Ikke responder» de som har utarbeidet kriseplan. Det ble også laget ny variabel for respondenter på tilsvarende måte, med seleksjon av cases i variabelen retur Ja/Nei.

Ettersom det var få respondenter, ble det nødvendig å slå sammen flere svaralternativer i spørreskjemaet i analysen. På spørsmål om respondentene opplevde arbeidet med kriseplan som nyttig under innleggelsen er svaralternativene «litt nyttig», «nyttig» og «svært nyttig» sammenslått som nyttig og alternativet er «unyttig» eller «vet ikke».

## 2.8 Analyser

Analysene består av både kvantitativ analyse av data hentet fra excel-registreringen og responsen fra spørreskjemaene og kvalitativ analyse av friteksten i spørreskjemaene.



**Flytskjema:** Totalt antall innlagte, antall personer med kriseplan og respondenter.

### **2.8.1 Kvantitative analyser av datamaterialet**

Analysene ble gjort i SPSS, der ble det benyttet frekvensanalyser og krysstabellanalyser (deskriptiv statistikk) (Pallant, 2013). Analysene ble benyttet for å beskrive eller finne sammenhengen mellom en eller flere variabler. Krysstabeller er benyttet for å beskrive forskjeller i forekomst av variabler på nominalt og ordinale målenivå. Median ( $\tilde{Y}$ ) og interquartile range (IQR) er valgt for å beskrive hovedtyngden innad variabelen, dette er gjort ved hjelp av frekvensanalyser. Medianen deler antall verdier i 2 ved at den rangerer alle verdiene og deler på midten (Ringdal, 2014). Kvartilene deler verdiene i 4 like deler, der andre kvartil er den samme som medianen. IQR er 3. kvartil – 1. kvartil (McDonald, 2014).

Det ble brukt forskjellige tester for å finne p-verdier. P-verdier er et mål for signifikans, det vil si hvor stor sannsynlighet det er at hypotesen er basert på tilfeldigheter. Generelt opereres det med et signifikansnivå  $p=0,05$ , der det er 5 % sannsynlighet for at nullhypotesen er basert på tilfeldigheter (Ringdal, 2014). Kategoriske variabler ble testet med ikke parametriske tester; Pearson Kjikvadrattest ble brukt på større grupper og Fisher's eksakt test ble brukt ved små grupper. Kjikvadrattest av uavhengighet og Fisher's eksakt test av uavhengighet benyttes når det er to nominelle størrelser, der en vil se om proporsjonene av en variabel er forskjellig avhengig av verdien av den andre variabelen (McDonald, 2014). For kontinuerlig variabel (alder) ble Mann-Whitney U test brukt. Denne testen ble brukt for å se forskjellen mellom 2 uavhengige variabler på en kontinuerlig variabel (Pallant, 2013). Analysene ble gjort i tett samarbeid med statistiker Ulla Romild.

### **2.8.2 Kvalitativ analyse av fritekst i spørreskjemaet**

I spørreskjemaet var det enkelte åpne spørsmål for fritekst (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2002). Fritekstsvarene er systematisert ved at en tar ut all informasjon tilhørende hvert av de åpne spørsmålene. Disse ble kopiert og lagret i eget Word-dokument som ble skrevet ut. Ut av disse utsagnene ble det tatt ut meningsbærende enheter som inneholder essensen og meningen i utsagnene (Graneheim & Lundman, 2004) og det fremkommer eksempler med sitater (Malterud, 2002) (tabell 4).

## **2.9 Forskningsetikk**

Deltakerens frivillighet, anonymitet, hensikten med undersøkelsen og konsekvensen av deltakelse i undersøkelsen ble beskrevet i innledningen på spørreskjemaet. Det å svare

på og returnere spørreskjemaet ble sett på som informert samtykke for deltagelse i undersøkelsen (Forskningsetiskeretningslinjer, 2006). Informantene ble ikke bedt om å signere eller gi andre opplysninger som kan identifisere dem som enkeltindivider. Respondentene hadde derfor ikke mulighet til å trekke svaret etter at det er mottatt, da en umulig kan finne riktig besvarelse.

Prosjektet ble fremleggsvurdert hos Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Svaret fra REK var at de regnet prosjektet som et kvalitetsforbedringsprosjekt. REK gjorde følgende vedtak 26.05.15: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurderer prosjektet som ikke søknadspliktig (vedlegg 4).

Hverken navn eller personnummer ble lagret og man trengte derfor ikke å melde prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Hellevik, 2015). Personene kan ikke identifiseres verken direkte eller indirekte, da det kun ble registret kjønn, alder, diagnosekapittel og utskrivelses år i en relativt stor gruppe (325 personer). Dataene ble lagret på passord-beskyttet PC i Helse Nord-Trøndelags beskyttende nettverk.

Resultatene ble presentert i form av tabeller og statistiske beskrivelser der enkeltindivider ikke kan identifiseres. Likevel ble det vist forsiktighet i presentasjonen for å unngå stigmatisering (Hellevik, 2015).

I vurderingen av risiko og nytte for respondentene, synes det å være lav risiko med å delta i undersøkelsen da datamaterialet er aidentifisert. Den eneste ulempen var at respondentene måtte bruke litt av sin fritid (anslagsvis 5 - 15 minutter) til å besvare skjema og å returnere spørreskjemaet i posten. Spørsmålssensitiviteten antas ikke å være belastende, og undersøkelsen innebar ikke ny kontakt med deltakerne eller påvirkning av deres behandlingsforløp eller helsetjenester (Tourangeau & Yan, 2007). Men enkelte kan ha opplevd symptomforverring i forbindelse med utfylling, da de ble minnet om sine kriser og eventuelle vanskelige situasjoner. Noen kan reagere og mislike at de får tilsendt spørreskjema uten at de er spurt på forhand.

Nytten av å svare på spørreundersøkelsen er at resultatene som fram-kommer kan bidra til å utvikle og forbedre kriseplanen, samt forbedre tilnærmingen og prosedyrene rundt det å utarbeide og følge opp kriseplanen.

### 3.0 Resultater

Av totalt 325 tidligere pasienter innlagt SAAP i perioden august 2012 til mai 2015, hadde 156 (48 %) utarbeidet kriseplan under innleggelsen. Av disse returnerte 22 (14,1 %) det utsendte spørreskjemaet. Median alder i hele samplet var 43 år (IQR 29) (tabell 1). Det var totalt 172 (52,9 %) menn og 153 (47,1 %) kvinner innlagt i perioden, av disse hadde 86 (55,1 %) menn og 70 (44,9 %) kvinner utarbeidet kriseplan. Av hele samplet var 8 (2,5 %) personer døde ved tidspunkt for utsendelse av spørreskjema. Det var omtrent like mange som ble skrevet ut med hoveddiagnoser innenfor F10, F20, F30, F40 og F60 kapitelene, variasjon mellom 11,7 % og 17,2 % (tabell 1). De fleste pasientene er utskrevet med andre diagnoser eller Z-diagnose (29,5 %).

#### 3.1 Hvilke pasientgrupper har skrevet kriseplan under innleggelsen?

I underkant av halvparten (48 %) av alle utskrevne pasienter hadde utarbeidet kriseplan under innleggelsen. Alderen var signifikant lavere ( $\bar{Y}$  41 år, IQR 27,75) for de som hadde utarbeidet kriseplan enn gruppen som ikke hadde utarbeidet kriseplan ( $\bar{Y}$  48 år, IQR 33,5)  $p=0,005$ . I diagnosegruppene for stemningslidelser, ruslidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser hadde omtrent halvparten av pasientene skrevet kriseplan

**Tabell 1:** Kjønnfordeling, alder og hoveddiagnose hos alle innlagte pasienter ved SAAP Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 – mai 2015.

Variabel	Totalt sample (n=325)	Har kriseplan (n= 156)	Har ikke kriseplan (n=169)	p-verdi*
Kvinne (%)	153 (47,1 %)	70 (44,9 %)	83 (49,1 %)	0,44
Mann (%)	172 (52,9 %)	86 (55,1 %)	86 (50,9 %)	
Alder $\bar{Y}$ (IQR)	43 (29)	41 (27,75)	48 (33,5)	<.01
Døde	8 (2,5 %)	2 (1,3 %)	6 (3,6 %)	0,29
<b>Hoveddiagnose</b>				
F10 Ruslidelser	47 (14,5 %)	23 (14,7 %)	24 (14,2 %)	0,89
F20 Psykoselidelser	38 (11,7 %)	13 (8,3 %)	25 (14,8 %)	0,07
F30 Stemningslidelser	56 (17,2 %)	28 (17,9 %)	28 (16,6 %)	0,74
F40 Angstlidelser	44 (13,5 %)	21 (13,5 %)	23 (13,6 %)	0,96
F60 Personlighetsforstyrrelser	44 (13,5 %)	23 (14,7 %)	21 (12,4 %)	0,54
Andre lidelser eller Z-diagnose	96 (29,5 %)	48 (30,8 %)	48 (28,4 %)	0,64

\* Prosentandeler summert i kolonner (sammenlikning mellom de to studiegruppene), mens p verdien gjenspeiler eventuelle ulikheter mellom gruppene for hver enkelt variabel.

under innleggelsen, med en variasjon mellom 13,5 % og 17,9 %. Andre lidelser eller Z-diagnoser var den største gruppen (30,8 %) som hadde skrevet kriseplan. Blant psykosepasientene hadde kun 8,3 % skrevet kriseplan.

I den totale gruppen som responderte er det flere menn (63,6 %) enn kvinner (36,4 %). Innad i gruppene er det er også større respons blant inviterte menn sammenliknet med kvinner (16,3 % vs 11,4 %), men ingen sikker statistisk forskjell ( $p=0,39$ ) (tabell 2). Alderen var signifikant høyere blant de som responderte på spørreundersøkelsen ( $\bar{Y}$  51,5 år, IQR 24) enn de som ikke responderte ( $\bar{Y}$  37,5, IQR 24,75)  $p=0,030$ . Av disse bodde halvparten alene. Av 22 respondenter var det 20 som oppga utdannelsesnivå og arbeidsforhold; i overkant av halvparten (11) hadde fullført videregående skole, 7 hadde fullført høyskole eller universitetsutdanning, og 2 hadde grunnskole/framhaldsskole som høyeste fullførte utdanning. I forhold til sysselsetting oppga nesten halvparten (9) at de var i full jobb, 3 at de var i deltidsjobb, 6 oppga at de hadde pensjon eller var trygdet og 2 at de studerte. Halvparten (11) av de som returnerte spørreskjema ble skrevet ut i 2014, mens 3 personer ble utskrevet i 2015, og de resterende 8 ble utskrevet i 2012 og 2013. Det var signifikant høyere respons hos respondenter med angstlidelse (36,4 %)  $p=0,003$ . F10, F20, F30, F40 og andre lidelser og Z-diagnoser varierte responsen fra 4,5 % til 22,7 %.

**Tabell 2:** Kjønnfordeling, alder og hoveddiagnose hos alle som fikk utarbeidet kriseplan etter innleggelse ved SAAP Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 – mai 2015, separat for respondere og ikke respondere.

Variabel	Responder (n= 22)	Ikke responder (n=134)	P-verdi*
Kvinne (%)	8 (36,4 %)	62 (46,3 %)	0,39
Mann (%)	14 (63,6 %)	72 (53,7 %)	
Alder median (IQR)	51,5 (24)	37,5 (24,75)	<b>0,03</b>
<b>Hoveddiagnose</b>			
F10 Ruslidelser	2 (9,1 %)	21 (15,7 %)	0,53
F20 Psykoselidelser	2 (9,1 %)	11 (8,2 %)	1,00
F30 Stemningslidelser	4 (18,2 %)	24 (17,9 %)	1,00
F40 Angstlidelser	8 (36,4 %)	13 (9,7 %)	<b>&lt;.01</b>
F60 Personlighetsforstyrrelser	1 (4,5 %)	22 (16,4 %)	0,20
Andre lidelser eller Z-diagnoser	5 (22,7 %)	43 (32,1 %)	0,38

\* Prosentandeler summert i kolonner (sammenlikning mellom de to studiegruppene), mens p verdien gjenspeiler eventuelle ulikheter mellom gruppene for hver enkelt variabel.



85,9 % (n=134) av de inviterte responderte ikke på spørreundersøkelsen (tabell 2). Det var en hovedvekt av kvinner (88,6 %) som ikke returnerte spørreskjemaet. Alderen var signifikant høyere hos respondentene  $\bar{Y}$ 51,5 år (IQR 24,75), 14 år yngre enn hos ikke respondenter. Av de 134 som ikke returnerte spørreskjemaet hadde 16,4 % personlighetsforstyrrelse, 15,7 % ruslidelser, 17,9 % stemningslidelser, 8,2 % psykoselidelser og 9,7 % F40 angstlidelser. Det var størst andel blant andre lidelser og Z-diagnoser (32,1 %).

### **3.2 Pasientens erfaringer med utarbeidelse og bruk av kriseplan og hvordan de opplever kriseplan blir fulgt opp i helsevesenet**

Av alle respondentene var det 13 (59,1 %) som brukte kriseplan og 9 (40,9 %) som aldri brukte kriseplan etter utskrivelse (tabell 3). Halvparten hadde brukt kriseplanen 2-5 ganger, 4 hadde brukt den 1 gang, og 3 hadde brukt den > 6 ganger. Av de som hadde brukt kriseplan var det flere menn enn kvinner som hadde respondert på spørreundersøkelsen. Det var 8 med angstlidelser som har returnert, og 6 av dem hadde brukt kriseplan, 2 med ruslidelser og 1 med personlighetsforstyrrelser hadde brukt kriseplan. Det var 3 av 4 med stemningslidelser og 1 av 5 med andre lidelser eller Z-diagnoser som brukte kriseplan. 2 respondenter hadde en psykoselidelse, men ingen av dem hadde brukt kriseplanen. 21 av 22 respondenter husker hva en kriseplan er og visste at de hadde kriseplan.

Av de 13 som brukte kriseplan, oppgir 8 at kriseplan har vært til hjelp, 4 er usikre og 1 mener kriseplan ikke hjelper. Det var 8 som opplever at kriseplan ga økt egenkontroll, og 1 opplevde at det ikke ga økt egenkontroll, mens 3 vet ikke.

5 av 8 pasienter med angstlidelser mente kriseplanen var til hjelp, av dem var det 4 som opplevde økt egenkontroll ved bruk av kriseplan. To pasienter med stemningslidelse og en med ruslidelser mente at kriseplan var til hjelp og ga økt egenkontroll.

7 av 13 rapporterte at kriseplan ble etterspurt enten av kommunal helsetjeneste, fastlege eller poliklinisk behandler. Litt under halvparten av respondentene opplevde bedret samarbeid og helhet i tjenestetilbudet og 3 rapporterte at de ikke hadde hatt behov. Omtrent halvparten oppga at de fortsatt brukte kriseplanen. Alle respondentene anbefalte kriseplan til andre, til tross for at noen av dem ikke brukte den selv eller opplevde at den er til hjelp.

Respondentene beskrev i fritekst at de opplevde bedre selvvinnsikt ved å snakke med helsepersonell om vanskelige situasjoner, og hvordan takle disse og at dette var et viktig resultat av arbeidet med kriseplan (tabell 4). «Lærte meg grep for å hjelpe meg selv» skrev den ene og en annen formulerte det slik: «mer innsikt i egen situasjon, hjelp til å sette ord på følelser». Respondentene skrev at bruk av kriseplan ga «bedre selvvinnsikt», bidro til «hjelpe meg selv», samt «fikk mindre symptomer på angst og depresjon». En respondent skrev: «den har hjulpet meg til å tenke klarere og til å ta hensyn til/huske familien min og min rolle i forhold til dem». En annen skrev at det «tar mindre tid å komme seg ut av en depressiv periode».

**Tabell 3:** Pasientenes erfaringer med bruk av kriseplan

Variabel (antall respondenter)	Antall
Husker hva kriseplan/selvhjelpsplan er: Ja (n=22)	21
Opplevde arbeidet med kriseplan som nyttig under innleggelsen: litt nyttig/nyttig/svært nyttig (n=22)	18
Pårørende/nærmeste vet at pasienten har kriseplan: Ja (n=13)	11
Kriseplan er etterspurt av helsepersonell: kommunal helsetjeneste, fastlege, poliklinisk behandler (n=13)	7
Opplevelse av samarbeid og helhet i tjeneste tilbudet ved bruk av kriseplan: Ja (n= 14)	6
Endret kriseplan etter utskrivelse: Ja (n=14)	3
Opplevelse av bedret samarbeid og helhet i tjenestetilbudet: Ja (n=14)	6
Bruker fortsatt kriseplan: Ja (n=13)	6
Anbefaler kriseplan til andre: Ja (n=13)	13

Respondentene uttrykte ønske om bedre oppfølging fra kommunehelsetjenesten som et forslag til forbedringer og endringer, der den ene skrev; «bedre oppfølging fra fastlege/psykiatritjeneste, ikke bare spørsmål om KP er laget og om den brukes» og en annen skrev «samarbeid med psykiatritjenesten ved utfylling av planen». Den ene informant skriver «ingen oppfølging av kommunen» og at noen minner dem på kriseplanen og etterspør den: «Å bruke den aktivt selv om det går bra».

Av de som returnerte spørreskjema var det 9 (40,9 %) som ikke har brukt kriseplan etter utskrivelse og de formidler at de ikke har utbytte av å bruke kriseplan. De skriver blant annet at det kan være på grunn av «dårlig oppfølging fra kommunen», «jeg må gjøre det på min måte» og «hjelper ikke i min situasjon».

I forhold til kriseplan i andre format eller medier, ønsket 6 påminnelse om kriseplan i krisesituasjoner, 5 kriseplan som MobilApp og 1 ønsket kriseplan i bankkortformat.

**Tabell 4:** Kvalitative analyse av spørsmål med fritekst svar.

Variabel	Meningsbærende enheter	Sitat
Hva opplevde du som viktig når du arbeidet med kriseplan?	Økt innsikt  Snakke med andre om vanskelige situasjoner og hvordan takle disse.	«mer innsikt i egen situasjon, hjelp til å sette ord på følelser»  «Økt selvinnstikk, tenke igjennom hvordan takle/møte situasjoner når det er vanskelig»  «lærte smarte grep for å hjelpe meg selv»
Hva bedret seg ved bruk av kriseplan?	Bedre selvinnstikk  Mindre symptomer på angst/depresjon	«den har hjulpet meg til å tenke klarere og til å ta hensyn til/huske familien min og min rolle i forhold til dem»  «tar mindre tid å komme seg ut av en depressiv periode»
Hvilke utfordringer har du i bruk av kriseplan?	Mer hjelp fra helsetjenesten  Huske og lære å bruke kriseplan	«den burde jobbes med underveis, med hjelp fra helsetjenesten»  «ingen oppfølging av kommunen»  «å bruke den aktivt selv om det går bra»
Hvorfor har du ikke benyttet deg av kriseplan?	Ikke etterspurt i kommunen  Kriseplan er ikke til hjelp, de trenger noe annet	«dårlig oppfølging fra kommunen»  «jeg må gjøre det på min måte»  «hjelper ikke i min situasjon»
Forslag til endringer og forbedringer?	Bedre oppfølging fra kommunehelsetjenesten	«bedre oppfølging fra fastlege/psykiatritjeneste, ikke bare spørsmål om den er laget og om den brukes»  «samarbeid med psykiatritjenesten ved utfylling av planen»

## 4.0 Diskusjon

Vi fant at rundt halvparten av de 325 pasientene som har vært innlagt i SAAP fra august 2012 til mai 2015 hadde utarbeidet kriseplan. Svært få av de med psykoselidelse(r) har kriseplan, noe som klart skiller seg ut ifra tidligere studier (Farrelly et al., 2011; Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013). Kun 22 pasienter returnerte spørreskjemaet, den største gruppen hadde angstlidelser. I fritekst svarene på de returnerte spørreskjemaene, bekreftet respondentene det som tidligere er funnet i kvalitative studier; at de opplevde større innsikt i egen problematikk og økt egenkontroll ved bruk av kriseplan og at de ønsker bedre oppfølging av kriseplanen fra kommunehelsetjenesten (Borschmann et al., 2014; Farrelly et al., 2014; Farrelly & Lester, 2014; Farrelly et al., 2015b).

Våre resultater viser at andelen menn og kvinner som har utarbeidet kriseplan under innleggelsen er tilnærmet lik. Tidligere forskning viser imidlertid at det er en høyere andel kvinner enn menn som utarbeider kriseplan, noe som kan skyldes at mange studier har fokusert på mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, en tilstand som er betydelig mer vanlig hos kvinner (Borschmann et al., 2013; Moran et al., 2010). I undersøkelser av psykoselidelser er imidlertid andelen menn noe høyere i litteraturen. Ellers er gjennomsnittsalderen noe lavere i tidligere studier sammenlignet med våre funn (Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013). Forekomsten av psykiske lidelser er lavere i rurale distrikter i Norge (årlig rate 16,5 %), sammenlignet med Oslo (årlig rate 32,8 %) (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2006). Ulikhetene i kjønns- og alderssammensetning kan også skyldes at denne undersøkelsen er gjort i landlige omgivelser på et forholdsvis lite sykehus der variasjonen i alder og diagnoser i pasientpopulasjonen er stor; det eksisterer få spesialsengeposter som skiller mellom psykose/nevrose, ungdoms-/voksen-/alders psykiatriske sengeposter i området undersøkelsen er gjennomført. Tidligere forskning på kriseplan er hovedsakelig gjennomført i England i store byer, der pasientantallet er betydelig større og muligheter for annen organisering og spesialisering både i institusjonene og i primærhelsetjenesten (Borschmann et al., 2013; Farrelly et al., 2015b; Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013).

Andelen mennesker med psykoselidelse som har utarbeidet kriseplan er betydelig mindre enn de andre diagnosegruppene i vår studie. Dette er overraskende, da tidligere forskning i all hovedsak har undersøkt effekt og bruk av kriseplan (JCP) til mennesker

med psykoselidelser. Disse har funnet at bruk av kriseplan medfører reduksjon i antall innleggelsesdøgn, lengde på opphold, bruk av tvang, opplevelse av tvang og økt engasjement i forhold til egen bedringsprosess (Henderson et al., 2004; Henderson, Flood, et al., 2009; Thornicroft et al., 2013), noe som også støttes i en rapport fra kunnskapssenteret (Nylenna et al., 2012). De fleste behandlerne i den engelske studien opplevde at pasienten fikk økt egenkontroll knyttet til sin psykiske helse, og nesten alle av behandlerne ville anbefale JCP til pasienter (Henderson, Flood, et al., 2009). Det at et mindretall av pasientene med psykoselidelser har utarbeidet kriseplan i SAAP kan muligens forklares med at de i hovedsak blir overført til og fulgt opp av seksjon for psykososer etter at de er stabilisert etter akutt psykotisk episode. Behandling og forebygging etter en akutt psykotisk episode, der en kan reflektere over varselsignaler, beskyttelsesfaktorer, og hvordan en kan handtere sine symptomer, utføres i seksjon for psykose. De har erfaring med å bruke krisekort (en forenklet kriseplan i bankkortformat) (Kim Sutherby & Szmukler, 1998), men denne studien har ikke tall på hvor stor andel av pasientene som utarbeider krisekort.

Pasienter med psykoselidelse fremhever individuell tilnærming som mer betydningsfull enn selve kriseplanen; resultatene i en kvalitativ studie viste at måten kriseomsorg blir gitt på er like viktig som de enkelte strategiene, og bør være respektfull, fleksibel og involvere pasienten så mye som mulig (Farrelly et al., 2015b). Gjennomgående ønsker de fleste pasientene med psykoselidelser å bli involvert i behandlings- og oppfølgingsbeslutninger rundt deres behandlingsplaner, og de foretrekker terapeuter som kjenner dem og som viser dem respekt og tålmodighet (Farrelly et al., 2015a, 2015b; Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Gudde et al., 2013). Økt enighet mellom pasient, pårørende og psykiatrisk helsepersonell sammen med tidlig identifisering av symptomforverring og behandling bidrar til mindre bruk av tvang i behandlingen og reduksjon i antall tilbakefall. Krise planlegging ser ut til å være en kostnadsbesparende i form av reduserte innleggelser og mindre bruk av tvang for mennesker med psykoselidelser (Flood et al., 2006). På den andre siden hevdes det i 2 studier fra henholdsvis England og Nederland, at kriseplan ikke er kostnadseffektivt med tanke på antall innleggelser og konsultasjoner og bruk av tvang (Barrett et al., 2013; Ruchlewska et al., 2014).

Det var flest med utarbeidede kriseplaner i gruppen «andre diagnoser og Z-diagnoser». Denne gruppen har det ikke vært forsket spesielt på tidligere. Men Sykehuset Namsos

har bevisst innarbeidet en trappetrinns modell for kriseinnleggelse (Germans et al., 2013), som innebærer at utarbeiding av kriseplan er en viktig del av behandlingen for de fleste pasienter – ikke bare for psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Kriseinnleggelsen er forholdsvis kort, der en sammen med pasienten har definert en klar målsetning for innleggelsen, samt å understøtte den psykoterapeutiske behandlingen (Germans et al., 2013; NICE, 2009a). En avklarer både pasientens forventninger til innleggelsen og sengepostens forventninger til pasienten, og blir enig om dette er noe pasienten kan nyttiggjøre seg.

Blant de andre diagnosegruppene hadde om lag halvparten utarbeidet kriseplan, og vårt litteratursøk identifiserte ingen andre naturalistiske studier med flere diagnosegrupper det var naturlig å sammenlikne seg med. De fleste RCT-studiene er som nevnt knyttet opp mot psykoselidelser eller emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og i disse er det tilfeldigheter (randomisering) som avgjør om de utarbeider kriseplan eller ikke.

I overkant av halvparten pasientene med personlighetsforstyrrelse hadde skrevet kriseplan under innleggelsen. Dette er overaskende da behandlingen bør fokusere på å finne hensiktsmessige strategier for å håndtere ustabile og intense følelser og empatisk forståelse (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Paris, 2010), ettersom selvmordstanker, kronisk suicidalitet, psykisk smerte og/eller en opplevelse av å bli misforstått kan være en del av symptombildet (Borschmann et al., 2012). Pasientene ønsker å bli lyttet til og det er nødvendig at de er involvert i beslutninger om deres behandling (Borschmann et al., 2014; Germans et al., 2013; Stangeland, 2012). Det er ingen sikre funn som viser at pasienter med UPF reduserer selvskading eller selvmordsatferd ved bruk av JCP (Borschmann et al., 2013). Det kan være at selvskading og suicidalitet representerer en form for kontroll for pasientene, i tilfelle bør behandleren vise forståelse og respekt for dette, og sammen med pasienten finne alternative metoder for å finne kontroll uten å selvskade (Paris, 2010). Når mennesker med UPF er i krise kreves det at en vurderer behovet for hjelp og at pasientene er med på å beslutte hvordan krisen skal håndteres (Bateman et al., 2015; Germans et al., 2013).

Funnene våre viser at flere inviterte menn enn kvinner responderte. Dette står i kontrast til de aller fleste kliniske studier, befolkningsstudier og det vi vet om hjelpsøking for psykiske helseproblemer; kvinner synes å søke hjelp dobbelt så ofte som menn ved psykiske lidelser (Kessler et al., 2005; Kringlen et al., 2006).

Selv om statistisk styrke var svak på grunn av lav respons, og gruppene derfor var mindre enn ønsket i denne studien, virker det som om de med angstlidelser deltar i betydelig høyere grad enn de andre diagnosegrupper. Pasienter med angst søker ofte hjelp i forhold til kroppslig ubehag og har behov for å fjerne ubehaget. Pasienter med angst søker ofte hjelp i forhold til kroppslig ubehag og har behov for å fjerne ubehaget, mens deprimerte har en tendens til å undervurdere behovet for hjelp, da de kan oppleve seg selv nedstemt, verdiløs, hjelpeløs og maktesløs (Kringlen et al., 2006; Kvale, Odd, Heiervang, Tangen, & Haugland, 2013). Ved behandling av angst fokuseres det blant annet på å hjelpe pasienten til å forstå det som skjer i kroppen og hvordan en kan forholde seg til det på en mer hensiktsmessig måte (Berge & Repål, 2008). Kriseplan har også en psykoedukativ effekt i form av bedre innsikt i egne reaksjonsmønstre og hvordan en bedre kan hjelpe seg selv (Berge & Repål, 2008; Farrelly et al., 2015b; Gudde et al., 2013). Tilbakefallsforebygging er en metode i kognitiv terapi, som er tilnærmet lik kriseplan. Kartlegging av tidlige signaler eller risikosituasjoner for tilbakefall, og videre sette opp forslag til hva som kan gjøres for å møte utfordringene (Berge & Repål, 2008; Kvale et al., 2013).

Respondentene opplyste i spørreskjemaet at de opplevde arbeidet med kriseplan som nyttig og spesifiserte det med å forklare at det å snakke med noen gjorde at de fikk større innsikt i seg selv. Snakke med andre om vanskelige situasjon og hvordan takle disse er beskrevet av pasienten som viktig i arbeidet med kriseplan. Det å reflektere over fremtidige kiser og lage en plan for hvordan disse best kan håndteres er med på å styrke pasientenes ansvar og kontroll over egne prosesser (Farrelly et al., 2015a). Det å bli møtt med verdighet, respekt og autonomi i møtet med hjelperne, og bli en aktiv deltaker i beslutninger som angår deres behandling er spesielt viktig (Borschmann et al., 2014). Det er fortsatt rom for at de ennå kan bli mer deltakende i planleggingen av deres egen behandling (Farrelly et al., 2015b). Den individuelle tilnærmingen blir fremhevet som mer betydningsfull enn selve kriseplanen (Farrelly, Szmukler, et al., 2013). De fleste pasientene ønsket å bli involvert i behandlings- og oppfølgingsbeslutninger rundt deres behandlingsplaner, og de foretrekker terapeuter som kjenner dem og som viser dem respekt og tålmodighet (Farrelly et al., 2015a, 2015b; Farrelly, Szmukler, et al., 2013; Gudde et al., 2013). I SAAP er det i all hovedsak miljøterapeuter som følger opp pasientene i arbeidet med kriseplan.

Nesten alle pasientene opplyste at pårørende eller de nærmeste vet at de har kriseplan. Samarbeid med pårørende i utskrivelsesfase er en del av pasientsikkerhetsprogrammet (Brudvik et al., 2014). I Nederland undersøkte de om det var bedre effekt av kriseplanen dersom den ble utarbeidet i samarbeid med pårørende, der fant de at kriseplanene ble mer komplett dersom pårørende deltok i utarbeidelsen (Ruchlewska et al., 2014). En del av arbeidet med kriseplan (vedlegg 1) er å innlede samarbeid med pårørende eller andre pasientene tenker kan hjelpe dersom de har behov.

Flere av respondentene formidlet at de ønsker og forventer at kriseplanen blir etterspurt og fulgt opp bedre fra førstelinjetjenesten. Pasientene ønsker å bli respektert og hjulpet individuelt med både emosjonell og praktisk støtte av hjelperne (Hopkins & Niemiec, 2007). Likevel peker pasientene på at klinikere har vansker med å integrere og gjennomføre kriseplanen (Farrelly et al., 2015a; Thornicroft et al., 2013). I England ble det undersøkt hva som er viktig for pasienter når de opplever kriser når de er hjemme, der verdsatte respondentene rask og lett tilgjengelig hjelp av hjelpere som kjente dem og som kjenner tilgjengelig informasjon om dem. De ønsket å møte noen som hørte på dem og behandlet dem som normale med ikke dømmende holdninger, og ikke lot seg stresse eller stilte for store krav. Pårørende blir involvert og de fremhever god kommunikasjon med andre i hjelpeapparatet og at en selv er med på alle prosesser (Hopkins & Niemiec, 2007). Pasientene opplevde at det viktigste med JCP er å komme seg gjennom kriser ved å ha medbestemmelse i beslutninger om egen behandling (Borschmann et al., 2014).

Respondentenes ønske og forventning om bedre oppfølging fra kommunen bekreftes ved at kriseplanen bør oppdateres og endre seg i takt med pasientens endringer (Matarazzo et al., 2014), og det er pasientens plan, men at den bør være kjent for pasientens samarbeidspartnere, slik at den er lett tilgjengelig ved eventuelle suicidale kriser (Farrelly et al., 2015a; Grant & Lusk, 2015). I en studie fra Australia, der ble JCP tatt i bruk i 4 distrikter, ble hjelperne intervjuet. De formidler at det å jobbe sammen med pasienten med JCP bidrar til en god terapeutisk prosess hvor en snakker om ting en ikke har snakket om tidligere - noe som også er utfordrende for pasientene (Williams, Smith, & Lambus, 2014). Forskningen viser også at måten kriseomsorg blir gitt på er like viktig som de enkelte strategiene, og bør være respektfull, fleksibel og involvere pasienten så mye som mulig (Farrelly et al., 2015b; Murphy et al., 2012). Dette bør vektlegges i opplæring og informasjon til kommunehelsetjenesten med fokus på å



reflektere videre sammen med pasienten om å se og forstå tidlige tegn på forverring av symptomer og hvordan en på best måte kan handtere det på en hensiktsmessig måte. En bør tilstrebe at dette blir tema i samhandlingen mellom institusjonen og kommunene både på individnivå og på systemnivå (Bremnes, 2015).

Alle respondentene som har brukt kriseplan etter innleggelsen anbefaler kriseplan til andre, noe som bekreftes i en studie fra England, der 73,5 % rapporterte at de brukte kriseplan gjennom krisene, og 44,1 % brukt kriseplan mellom krisene og hadde større egenkontroll over egne problemer og 85,2 % anbefaler kriseplan til andre (Borschmann et al., 2013). Det tyder på at selv om en ikke aktivt bruker kriseplan kan de se for seg at kriseplan er et nyttig hjelpemiddel dersom en får det vanskelig. Kriseplan som MobilApp er det flere av respondentene som ser for seg kunne vært nyttig. Dette er en forholdvis ny teknisk mulighet (Hausvik, 2015) og vil være spennende å se virkningen av.

#### **4.1 Metodiske overveininger**

Å lage en god spørreskjemaundersøkelse er ikke bare et spørsmål om å oppfylle metodiske krav, men også å gjennomføre undersøkelse som vekker interessen og viktigheten av å delta hos deltakerne (Haraldsen, 1999). Det eksisterte ikke et formålsnyttig og validert spørreskjema. Derfor ble det utarbeidet et eget, brukervennlig spørreskjema som ble utprøvd i en pilotstudie. Tilbakemeldingene var gjennomgående positive fra pasientene under intervjuet i pilotstudien, både i forhold til relevans i spørsmålene og brukervennlighet.

Respondenter kan unnlate å svare ærlig dersom spørsmålene (Tourangeau & Yan, 2007), men vår pilotstudie indikerte ikke at det var tilfelle. Noen kan svare at kriseplanen er mer nyttig enn den egentlig er, for å tilfredsstille forskeren - særlig om disse er kjent for pasientene (Choi & Pak, 2005; Ciliska, Cullum, & Dicenso, 1999). Noen av respondentene er utskrevet for nesten 3 år siden og risikoen for at de har glemt detaljer omkring kriseplan er absolutt til stede (recall bias) (Choi & Pak, 2005). Anonymitet i metoden gjorde det umulig å sende påminnelse i post eller å kontakte ikke respondenter på telefon (Jobber & O'Reilly, 1998) og forskning viser at det å følge opp er den mest effektive metoden for å øke responsraten (Van Horn, Green, & Martinussen, 2009). Incentiver i form av et flakslodd ble lagt ved spørreskjemaet, men ansees som en svært beskjeden belønning for å bruke tid på å svare og returnere

skjemaet (Doerfling et al., 2010). I litteraturen er det debattert de etiske aspektene ved å gi påskjønnelser i forskning på mennesker, da det kan virke manipulerende, men samtidig er det vist at det er med på å øke responsraten i generell befolkning (Van Horn et al., 2009).

Det var lav (14,1 %) respons på undersøkelsen og det gjør at funnene ikke kan generaliseres og ikke være representativ i forhold til alle som utarbeider kriseplan. Det var vanskelig å si hvorfor ikke flere spørreskjema ble returnert (Van Horn et al., 2009), men generelt har responsen i de aller fleste spørreundersøkelser sunket de siste tiårene (Forsningsrådet, 2013). Noen kan ha glemt å returnere svarkonvolutten, mens andre igjen ikke ønsket å delta i undersøkelsen.

## **4.2 Konklusjon**

En kan ikke trekke mange sikre konklusjoner eller generalisere funnene tilbake til alle innlagte pasienter da det var lav responsrate i denne undersøkelsen. Den internasjonale forskningen viser at kriseplan er et effektivt tiltak, at det bedrer tilliten til terapeutene og den terapeutiske alliansen, samt reduserer tvang og andre restriktive tiltak (Germans et al., 2013; Henderson et al., 2004; Stanley & Brown, 2012; Thornicroft et al., 2013). Det bør derfor forskes mer på dette feltet i Norge. Det bør tilstrebes longitudinelle studier hvor det i utskrivingsfasen bes om samtykke fra pasientene til senere kontakt og oppfølging. Dette både for å sikre høy deltakelse og muligheten til flere oppfølginger.

## Referanser

- Angst, J., Hengartner, M., Gamma, A., von Zerssen, D., & Angst, F. (2013). Mortality of 403 patients with mood disorders 48 to 52 years after their psychiatric hospitalisation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 263, 425-434. doi:10.1007/s00406-012-0380-1
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium, Den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Trans.): Gyldendal Akademisk.
- Augestad, K. B., & Galambos, A. M. (2009). "Samhandling med og om de alvorligste psykisk syke". Retrieved from [www.napha.no/attachment.ap?id=211](http://www.napha.no/attachment.ap?id=211)
- Barrett, B., Waheed, W., Farrelly, S., Birchwood, M., Dunn, G., Flach, C., . . . Byford, S. (2013). Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: Economic outcomes. *PLoS ONE*, 8(11). doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074210>
- Bateman, A., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385, 735-743.
- Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi* (Vol. 1): Gyldendal Akademisk.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., . . . Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 202(5), 357-364. doi:10.1192/bjp.bp.112.117762
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis intervention for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systemic Reviews*(6). doi:10.1002/14651858.CD00953.pub2.
- Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, C., Rose, D., Szmukler, G., & Moran, P. (2014). Advance Statements for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Future Crisis Treatment Preferences. *Psychiatric Services*, 65(6), 802-807.
- Bremnes, O. (Producer). (2012). Hva gjør jeg når det blir vanskelig? Bruk av selvhjelpsplan. Retrieved from <http://psykiskhelsearbeid.no/content/3528/Hva-gjor-jeg-nar-det-blir-vanskelig-Bruk-av-Selvhjelpsplan>
- Bremnes, O. (2015). "Helt - ikke stykkevis og delt", *Utvikling av gode tiltak for samhandling. Et samarbeidsprosjekt innen psykisk helse og rus, mellom kommunene i Namdalen, NAV, Mental helse og Helse Nord-Trøndelag, 2010-2014. Sluttrapport*. Retrieved from
- Brudvik, M., Ness, E., & Walby, F. (2014). Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger - erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi*, 19(2), 7-12.
- Campbell, L. A., & Kisely, S. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systemic Reviews*(1). doi:10.1002/14651858.CD005963.pub2.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2005). A Catalog of Biases in Questionnaires. *Preventing chronic disease*, 2(1), 1-13. Retrieved from [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04\\_0050.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0050.htm).
- Ciliska, D., Cullum, N., & Dicenso, A. (1999). The fundamentals of quantitative measurement. *Evidence-Based Nursing*, 2(4), 100-101. doi:10.1136/ebn.2.4.100
- Collins, D. (2003). Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, 12, 229-238.
- Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling - en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (C. Hambro, Trans. 3 ed.): Universitetsforlaget.
- Doerfling, P., Kopec, J. A., Liang, M. H., & Esdaile, J. M. (2010). The Effect of Cash Lottery on Response to an Online Health Survey among Members of the Canadian Association of retired Persons: A Randomized Experiment. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 251-254.

- Farrelly, S., Brown, G., Flach, C., Barley, E., Laugharne, R., & Henderson, C. (2013). User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systemic Reviews*(10). doi:10.1002/14651858.CD001711.pub2.
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, C., Birchwood, M., . . . Thornicroft, G. (2014). What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *49*, 1609-1617. doi:10.1007/s00127-014-0869-1
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community*, *22*(5), 449-460. doi:10.1111/hsc.12090
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2015a). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect*. doi:10.1111/hex.12368
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2015b). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qual Health Res*. doi:10.1177/1049732314566320
- Farrelly, S., Szmukler, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2013). Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*, *23*(4), 353-359. doi:10.1017/s2045796013000401
- Farrelly, S., Thornicroft, G., Birchwood, M., Marshall, M., Szmukler, G., & Waheed, W. (2011). CRIMSON: RCT of joint crisis plans for individuals with psychosis. *Psychiatrische Praxis*, *38*. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1277812>
- Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, *333*(7571), 729.
- Flynn, D., Knoedler, M., Hess, E., Murad, H., Erwin, P., Montori, V., & Thomson, R. (2012). Engaging Patients in health Care Decisions in the Emergency Department Through Shared Decision-making: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, *19*(8), 959-967. doi:10.1111/j.1553-2712.2012.01414.x
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, (2006). Forsningsrådet (Producer). (2013, 05.11.15). Folk svarer ikke lenger. Retrieved from [http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk\\_svarer\\_ikke\\_lenger/1253986892964](http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964)
- Germans, S., Haug, I., Evensen, E. O. K., Solhaug, H., & Ørjasæter, A. F. (2013). Fra krisemaksimering til kriseminimalisering. Modell for håndtering av akutt og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. *Suicidologi*, *18*(1), 23-29.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- Grant, C., & Lusk, J. (2015). A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *8*, 291-298.
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Antonsen, D. Ø., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*, *41*, 185-190. doi:10.1177/1403494812472265
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden* (1 ed.). Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.
- Hausvik, G. I. (2015). App for forebygging og håndtering av kriser. *Suicidologi*, *1*, 32-34.
- Hellevik, O. (Producer). (2015). Spørreundersøkelser. Retrieved from <https://www.ettkom.no/fbib/introduksjon/metoder-og-tilnarminger/sporreundersokelser/>

- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behnadling av bipolare lidingar*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Bmj*, *329*(7458), 136. doi:10.1136/bmj.38155.585046.63
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *44*(5), 369-376. doi:10.1007/s00127-008-0442-x
- Henderson, C., Lee, R., Herman, D., & Dragatsi, D. (2009). From psychiatric advance directives to the joint crisis plan. *Psychiatr Serv*, *60*(10), 1390-1391. doi:10.1176/appi.ps.60.10.1390
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G., & Zinkler, M. (2008). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*, *59*(1), 63-71. doi:10.1176/appi.ps.59.1.63
- Hopkins, C., & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*, 310-314.
- HUNT 1. (1986). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Retrieved from [www.hunt.no](http://www.hunt.no)
- ICD-10. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (1 ed. Vol. 10): Gyldendal Akademisk.
- Jobber, D., & O'Reilly, D. (1998). Industrial Mail Surveys. A Methodological Update. *Industrial Marketing Management*, *27*, 95-107.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kisely, S. (2005). A joint crisis plan negotiated with mental health staff significantly reduces compulsory admission and treatment in people with severe mental illness. *Evid Based Ment Health*, *8*(1), 17. Retrieved from <http://ebmh.bmj.com/content/8/1/17.full.pdf>

- Knafo, A., Guile, J.-M., Breton, J.-J., Labelle, R., Belloncle, V., Bodeau, N., . . . Gèrardin, P. (2015). Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. *La Revue canadienne de psychiatrie*, *60*(1), 46-54.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *41*(9), 713-719. doi:10.1007/s00127-006-0080-0
- Kvale, G., Odd, H., Heiervang, E., Tangen, T., & Haugland, B. (2013). *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* : Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, *122*(25), 2468-2472.
- Martin, E. (2006). *Survey Questionnaire Construction*. Retrieved from
- Matarazzo, B. B., Homaifar, B. Y., & Wortzel, H. S. (2014). Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *J Psychiatr Pract*, *20*(3), 220-224. doi:10.1097/01.pra.0000450321.06612.7a
- McDonald, J. H. (2014). *Handbook of Biological Statistics, University of Delaware* Retrieved from <http://www.biostathandbook.com/HandbookBioStatThird.pdf> Retrieved from <http://www.biostathandbook.com/HandbookBioStatThird.pdf>
- Mehlum, L. (2005). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i praksis* (L. Mehlum Ed. 2 ed.). Kristiansand: Høyskole Forlaget.
- Moran, P., Borschmann, R., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Hogg, J., . . . Thornicroft, G. (2010). The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials*, *11*, 18. doi:10.1186/1745-6215-11-18
- Mork, E. (2014). Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading - en kommentar. *Suicidologi*, *19*(2), 3-6.
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systemic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD001087.pub4.
- Mykletun, A., Knudsen, A., & Mathisen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Retrieved from <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Retrieved from <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
- NICE. (2009a). Borderline personality disorder: Treatment and management Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg78/chapter/1-recommendations>. Retrieved 07.06.2015 <http://www.nice.org.uk/guidance/cg78/chapter/1-recommendations>
- NICE. (2009b). Depression in adults: The treatment and management of depression in adults Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90/chapter/1-Guidance>. Retrieved 08.06.2015 <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90/chapter/1-Guidance>
- NICE. (2011a). Self-harm: longer-term management Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG133/chapter/1-Guidance>. Retrieved 05.06.2015, from National Institute for Health and Care Excellence <http://www.nice.org.uk/guidance/CG133/chapter/1-Guidance>
- NICE. (2011b). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg136/chapter/1-Guidance>. Retrieved 23.08.2015, from National Institute for Health and Care Excellence <http://www.nice.org.uk/guidance/cg136/chapter/1-Guidance>
- NICE. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations>. Retrieved 15.06.2015, from National Institute for health and Care Excellence <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations>



- Nylenna, M., Dahm, K. T., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Hofmann, H. T., . . . Reinart, L. M. (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Retrieved from
- Olsen, F., Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2012). Improving response rate and quality of survey data with a scratch lottery ticket incentive. *BMC Medical Research Methodology*, *12*(52).
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5 ed.): Open University Press.
- Paris, J. (2010). Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen. *Suicidologi*, *15*(1), 3-7.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. Evidence based on Longitudinal Registers. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 427-432.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (2012).
- Repål, A. (2012). Kognitiv atferdsterspi ved selvmordsfare. *Suicidologi*, *17*(2), 10-13.
- Ringdal, K. (2014). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruchlewska, A., Mulder, C., Van der Waal, R., Kamperman, A., & van der Gaag, M. (2014). Crisis Plans Facilitated by Patient Advocates are Better than those Drown up by Clinicians: Results from an RCT. *Adm Policy Ment Health*, *41*, 220-227. doi:10.1007/s10488-012-0454-4
- Sani, G., Tondo, L., Koukopoulos, A., Reginaldi, D., Kotzalidis, G., Koukopoulos, A., . . . Tatarelli, R. (2011). Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *65*, 286-295. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02205.x
- Saunders, K., & Hawton, K. (2013). Clinical assessment and crisis intervention for suicidal bipolar disorder patient. *Bipolar Disorders*, *15*, 575-583. doi:10.1111/bdi.12065
- Selvhjelpsplan/kriseplan. (2012). Selvhjelpsplan/Kriseplan Retrieved from <http://www.hnt.no/NordTrondelag/Bilder/Selvhjelpsplan%20-%20Kriseplan%20versjon%20august%202012.pdf>. from Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag, et samarbeid mellom kommunene i Namdalen, Bindal, Osen, NAV, Mental Helse
- og Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Namsos
- <http://www.hnt.no/NordTrondelag/Bilder/Selvhjelpsplan%20-%20Kriseplan%20versjon%20august%202012.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*, 138-144.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256-264. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Statens vegvesen (Producer). (2015). Ulykkesstatistikk 2015. Retrieved from <http://www.vegvesen.no/fag/Fokusomrader/Trafikksikkerhet/Ulykkesdata>
- Stoffers, J. M., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systemic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Sutherby, K., & Szmukler, G. (1998). Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*, *22*, 4-7.
- Sutherby, K., Szmukler, G. I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C., & Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand*, *100*(1), 56-61.

- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., . . . Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *The Lancet*, *381*(9878), 1634-1641. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2813%2960105-1>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive Questions in Surveys. *Psychological Bulletin*, *133*(5), 859-883.
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, *129*(9), 872-876.
- van der Ham, A. J., Voskes, Y., van Kempen, N., Broerse, J. E., & Widdershoven, G. A. (2013). The implementation of psychiatric advance directives: experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psychiatr Rehabil J*, *36*(2), 119-121. doi:10.1037/h0094983
- Van Horn, P., Green, K., & Martinussen, M. (2009). Survey Response Rates and Survey Administration in Counseling and Clinical Psychology. A Meta-Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *69*(3), 389-403.
- WHO. (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary repot.* Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- Williams, T., Smith, G., & Lambus, A. (2014). Evaluating the introduction of joint crisis plans into clinical practice in four community mental health services. *Australian Psychiatry*, *22*(476), 476-480.



## **Manuskript empirisk studie – Sykepleien Forskning**

**Tittel: Pasienters erfaringer med bruk av kriseplan etter innleggelse i psykiatrien**

**Title: Patients' experiences with the use of joint crisis plan after psychiatric hospitalization**

**Forfattere:**

Linda Jørstad, Psykiatrisk sykepleier

Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos

7800 Namsos

[linda.jorstad@hnt.no](mailto:linda.jorstad@hnt.no)

Ottar Bjerkeset, Professor/PhD

Avdeling for Helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag

7600 Levanger

Antall tegn (inkl. mellomrom): 19 375

2 figur og 4 tabeller

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Behandling av ulike psykiske lidelser har fått økt fokus på forebygging av kriser og styrke pasientenes deltakelse i egen behandling. Flere nasjonale retningslinjer anbefaler kriseplan som en del av den totale behandlingen. Pasienten lærer av egne erfaringer fra tidligere kriser, og innarbeider dette i egen plan. Målet er økt mestring og innsikt i egne psykiske plager, samt å redusere forverring av symptomer.

**Hensikt:** Målet med studien er å kartlegge ulike pasientgrupper sin bruk av og erfaringer med kriseplan etter innleggelse i psykiatrien.

**Metode:** Spørreskjema vedrørende bruk av og erfaring med kriseplan ble sendt til alle pasientene som hadde utarbeidet kriseplan under innleggelsen i akutt og/eller allmenpsykiatrisk sengepost, Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 til mai 2015.

**Resultat:** Av totalt 325 innlagte pasienter, hadde 48 % utarbeidet kriseplan. Av disse returnerte 15 % spørreskjemaet. To av tre respondenter hadde brukt kriseplan; det ga større innsikt i egen problematikk og behov for bedre oppfølging på kriseplan fra kommunehelsetjenesten.

**Konklusjon:** Lav respons gjør at det ikke kan trekkes entydige konklusjoner, men støtter funnene den internasjonale forskningen som viser at kriseplan er nyttig og bedrer tillitten til terapeutene. Funnene kan ikke generaliseres, og flere studier er nødvendige på dette feltet i Norge. Inntil videre er det usikkert hvilken effekt og nytte kriseplaner har for ulike pasientgrupper i psykiatrien.

**Nøkkelord:** kriseplan, psykisk lidelse, forebyggende psykisk helsearbeid, terapeutisk allianse, spørreundersøkelse

## **Abstract**

**Background:** In the treatment of mental disorders, there has been an increased focus on preventing crises and strengthening patients' participation in their own treatment planning. Several National guidelines in Norway recommend joint crisis plan (JCP) as a part of prevention and treatment planning. Patients use experiences from previous crises to, in collaboration with the nurse/staff, gain new insight and plan future treatment and prevention.

**Purpose:** The aim of this study is to investigate different patient subgroups' use of, and experience with the JCP after discharge from a psychiatric hospital.

**Method:** A questionnaire with questions about the use of and experience with joint crisis plan was sent to all patients who had prepared a JCP under hospitalization in acute and/or general psychiatric ward, Namsos Hospital in the period August 2012 to May 2015.

**Results:** Of a total of 325 hospitalized patients, 48% had prepared JCP. Of these, 15 % returned the questionnaire. Two out of three respondents had used JCP after discharge; it provided greater insight into their own problems, yet also stressed the need for better follow-up on JCP from primary care services.

**Conclusion:** The low response does not allow for firm conclusions regarding patient subgroups, yet the general findings are in keeping with international research showing that JCP is useful for patients, and improves the confidence of the therapist. The findings can't be generalized, and more studies are necessary in this field in Norway. To date, it is uncertain what effects and benefits JCP might have for different psychiatric patient groups.

**Keywords:** joint crisis plan; mental disorder; preventive psychiatry; crisis intervention; survey

## **Innledning**

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (1, 2). Psykiske lidelser debuterer ofte tidlig i livet, og får ofte langvarige og alvorlige ringvirkninger på mange livsområder, inkludert utdanning og yrkesaktivitet, inntekt og produktivitet, personlige relasjoner og sosial deltagelse (3). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler på generelt grunnlag at behandling av psykiske lidelser derfor bør fokusere på mestring av lidelsen, motvirke risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer (4). Dette har blitt fulgt opp (5, 6), og internasjonalt har kriseplan vært en anerkjent tilnærming for krisehåndtering og tilbakefallsforebygging av ulike psykiske lidelser (7-11). I Norge har kriseplan også blitt et anbefalt tiltak i flere nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av voksne mennesker med depresjon, bipolare lidelser, psykose- og ruslidelser (12-15). Det er også beskrevet i veileder for «psykisk helsearbeid for voksne i kommunene» (16) og i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 (17).

Kriseplanen skal primært hjelpe mennesker som har det vanskelig psykisk til å oppdage forverring tidlig og finne egne mestringsstrategier, men også være til nytte for pårørende og hjelpeapparatet i en krise. Planen skal bidra til økt mestring og brukermedvirkning. Det finnes forskjellige utgaver og formater av kriseplan. Felles for disse er at de alle adresserer følgende tema: «Hva gjør jeg hvis jeg får det vanskelig?» (10, 18, 19).

Kriseplan eller Joint Crisis Plan (JCP) ble først utviklet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser og bipolare lidelser (6, 10, 20). I England er JCP den første strukturerte intervensjonen som reduserte tvangsinnleggelse og tvangstiltak samt økte den terapeutiske alliansen hos mennesker med psykoselidelser (10). Dette bekreftes av en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (21).

Etter hvert har kriseplan også blitt brukt hos mennesker med borderline personlighetsforstyrrelser (BPF) og suicidale pasienter (22-24). Kriseplan ser ut til å være et av flere tiltak som kan redusere både antall innleggelse, innleggelsesvarighet, antall restriktive tiltak. Samtidig som det øker fokuset på samhandling og langsiktig psykoterapeutisk behandling hos denne gruppen (23, 24). Kronisk suicidalitet er et av kjennetegnene hos mennesker med BPF og det krever at de fokuserer på problemløsningsstrategier for å kontrollere intense og ustabile følelser (25). Kriseplan er dessuten mer effektivt og humant enn en «no-suicide contract» (26, 27).

Den best dokumenterte effekten av kriseplan er imidlertid pasientenes opplevelse av bedret terapeutisk allianse og medbestemmelse i egen behandling (11, 18, 28, 29).

Helse Nord-Trøndelag (HNT) har sammen med representanter fra kommunene utarbeidet en felles kriseplan/selvhjelpsplan. Denne inneholder tidlige tegn/varselsymptomer eller situasjoner som kan forårsake forverring, og tiltak som beskriver hva pasienten selv eller andre kan gjøre.

Til tross for sterkt nasjonalt fokus på implementering av kriseplan i psykiatriske akutt-sengeposter (17, 30) og på flere andre tjenestenivåer (12-15), er det så langt ingen eller få erfaringsstudier knyttet til pasientens bruk av og erfaringer med kriseplan etter innleggelse.

Hensikten med denne studien er derfor å undersøke:

- 1) Hvilke pasientgrupper (alder, kjønn og diagnoser) har skrevet kriseplan under innleggelsen?
- 2) Hvilke erfaringer har pasientene med utarbeidelsen og bruk av kriseplan?
- 3) Hvilke erfaringer har pasientene med bruk av kriseplan i samarbeid og oppfølging i helsevesenet?

Dersom pasientene ikke har brukt kriseplan, eller ikke er fornøyde med den, bes de om å gi innspill til forbedring.

## **Metode**

For å kartlegge bruk av og erfaringer med kriseplan ble det benyttet et kort spørreskjema som ble sendt til utskrevne pasienter i brevpost.

Totalt 325 pasienter var innlagt ved SAAP (Seksjon for Akutt- og Allmennpsykiatrisk sengeposter) ved Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 - mai 2015.

Spørreskjema ble kun sendt ut til de 156 (48 %) pasientene som hadde fått utarbeidet kriseplan under innleggelsen (figur 1).

Programmene; PAS, MAYWAY2PAS og Cerner DokuLive er brukt for å identifisere pasienter som har utarbeidet kriseplan. Data for alder, kjønn, diagnosekode og utskrivelses år ble registrert i Excel av merkantilt personale. Døde ble registrert og ekskludert fra studien. Det var ikke nødvendig å opprette personregister, derfor er det heller ikke mulig å sende purringer. Spørreskjemaene ble av merkantilt personale kodet med diagnosegruppe for hoveddiagnose i ICD-10 (31) ved utskrivelse og utskrivelsesår,

for å kunne knytte svarene opp mot ulike pasientgrupper (figur 2). Eventuelle bidiagnoser vil ikke komme frem.

Det er utarbeidet et nytt og enkelt spørreskjema for denne studien, da en ikke fant noe validert og relevant spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder en innledning der en forklarer hensikten med studien, informantenes frivillighet og anonymitet. Skjemaet hadde en blanding av lukkede og åpne spørsmål med fritekst, samt multiple choice (avkryssing). Hensikten var å stille både generelle og spesifikke spørsmål om erfaringer og bruk av kriseplan (32).

Spørreskjemaet ble prøvd ut i en pilotstudie blant 5 frivillige pasienter ved SAAP (alle i en utskrivningsfase). Pasientene hadde ulik alder, kjønn og innleggelseslengde (32). Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. I intervjuet med pasientene var fokuset på deres forståelse av spørsmålene og hvordan det opplevdes å besvare spørsmålene. I tillegg ble spørreskjemaet diskutert og gjennomgått av kolleger med forskjellig yrkesbakgrunn (32). Den siste og utsendte versjonen er pilottestet på 3 pasienter. Spørreskjemaene ble sendt til pasientene per post i begynnelsen av september 2015. Frankert returkonvolutt og et flakslodd ble vedlagt spørreskjemaet (32).

Analysene består av både kvantitativ analyse av data hentet fra excel-registreringen og respons på spørreskjema, og kvalitativ analyse av fritekst i spørreskjemaet. Kvantitative analyser av datamaterialet ble gjort med frekvensanalyser og krysstabellanalyser i SPSS (33).

De kvalitative analysene er basert på avskrift av friteksten som respondentene skrev i spørreskjemaet. Ut av disse utsagnene er det tatt ut meningsbærende enheter som inneholder essensen og meningen i utsagnene og det fremkommer eksempler med sitater (34).

Deltakerens frivillighet, anonymitet, hensikten med undersøkelsen og konsekvensen av deltakelse undersøkelsen ble beskrevet i innledningen på spørreskjemaet. Det å svare på og sende inn spørreskjemaet er sett på som informert samtykke for deltagelse i undersøkelsen (35). Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk gjør følgende vedtak 26.05.15: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurderer prosjektet som ikke søknadspliktig.

## Resultater

Av totalt 325 tidligere pasienter innlagt SAAP i perioden august 2012 til mai 2015, hadde 156 (48 %) utarbeidet kriseplan under innleggelsen. Av disse returnerte 22 (14,1 %) det utsendte spørreskjemaet. Alderen er signifikant lavere ( $\bar{Y}$  41 år, IQR 27,75) for de som har utarbeidet kriseplan enn gruppen som ikke har utarbeidet kriseplan ( $\bar{Y}$  48 år, IQR 33,5),  $p=0,005$  (tabell 1). I diagnosegruppene for stemningslidelser, ruslidelser, angst lidelser og personlighetsforstyrrelser var det omtrent like stor andel pasienter som har skrevet kriseplan under innleggelsen, med en variasjon mellom 13,5 % og 17,9 %. Den diagnosegruppen med flest skrevne kriseplaner var andre lidelser eller Z-diagnoser (30,8 %). Blant psykosepasientene er det færrest (8,3 %) som har skrevet kriseplan.

I den totale gruppen som responderte er det flere menn (16,3 %) enn kvinner (11,4 %). Innad i gruppene er det er også større respons blant inviterte menn sammenliknet med kvinner (16 % vs 11 %), men ingen sikker statistisk forskjell ( $p=0,39$ ). Alderen er signifikant høyere blant de som responderte på spørreundersøkelsen ( $\bar{Y}$  51,5 år, IQR 24) enn de som ikke responderte ( $\bar{Y}$  37,5, IQR 24,75)  $p=0,030$  (tabell 2). Av de som returnerte spørreskjema ble 11 skrevet ut i 2014, mens 3 ble utskrevet i 2015, og de resterende 8 ble utskrevet i 2012 og 2013. Angstlidelser er den vanligste diagnosegruppen blant de som har returnert spørreskjemaet. 5 av totalt 8 pasienter med angstlidelser mener kriseplanen er til hjelp, av dem er det 4 som opplever økt egenkontroll ved bruk av kriseplan.

Det store flertallet ( $n=134$ , 85,9 %) av de inviterte responderte ikke på spørreundersøkelsen (tabell 3). Andelen kvinner og menn var tilnærmet lik blant respondere og ikke-respondere, mens alderen er signifikant høyere  $\bar{Y}51,5$  år (IQR 24,75) hos respondentene, 14 år yngre enn ikke respondenter,  $p=0,03$ .

Av alle respondentene var det 13 (59,1 %) som hadde brukt kriseplan og 9 (40,9 %) som ikke har brukt kriseplan etter utskrivelse (tabell 3). Halvparten har brukt kriseplanen 2-5 ganger, 4 har brukt den 1 gang, 3 har brukt den > 6 ganger. Av 13 som har brukt kriseplan oppgir 8 at kriseplan har vært til hjelp, 4 er usikre og 1 mener kriseplan ikke hjelper.

I fritekst beskrev respondentene som har brukt kriseplan, at de opplevde bedre selvinnsikt ved å snakke med helsepersonell. Det å snakke om vanskelige situasjoner, og hvordan takle og forholde seg til disse var et viktig i arbeidet med kriseplan

(tabell 4). «Lærte meg grep for å hjelpe meg selv» skrev den ene og en annen formulerte det slik: «mer innsikt i egen situasjon, hjelp til å sette ord på følelser». Respondentene skrev at bruk av kriseplan ga «bedre selvinnsett», bidro til å «hjelpe meg selv». En respondent skrev: «den har hjulpet meg til å tenke klarere og til å ta hensyn til/huske familien min og min rolle i forhold til dem». En annen skrev at det «tar mindre tid å komme seg ut av en depressiv periode».

Av de som returnerte spørreskjema var det 9 (40,9 %) som ikke har brukt kriseplan etter utskrivelse og de formidler at kriseplan ikke er noe de har utbytte av å bruke. De skriver blant annet at det kan være på grunn av «dårlig oppfølging fra kommunen», «jeg må gjøre det på min måte» og «hjelper ikke i min situasjon».

Respondentene som ikke er fornøyde eller ikke har brukt kriseplan, formidlet et ønske om bedre oppfølging fra kommunehelsetjenesten som forslag til forbedringer og endringer i kriseplanen. Den ene skriver «bedre oppfølging fra fastlege/psykiatritjeneste, ikke bare spørsmål om kriseplan er laget og om den brukes» og en annen skriver «samarbeid med psykiatritjenesten ved utfylling av planen».

I forhold til kriseplan i andre format eller medier, ønsket 6 påminnelse om kriseplan i kritesituasjoner, 5 kriseplan som MobilApp og 1 ønsket kriseplan i bankkortformat.

## **Diskusjon**

Vi fant at rundt halvparten av de 325 pasientene som har vært innlagt i SAAP fra august 2012 til mai 2015 hadde utarbeidet kriseplan. Svært få av de med psykoselidelse(r) har kriseplan, noe som klart skiller seg ut ifra tidligere studier (10, 11, 36). Kun 22 pasienter returnerte spørreskjemaet, den største gruppen hadde angstlidelser. I fritekstsvarene bekreftet pasientene både det de selv rapporterte i spørreskjemaet og det som er funnet i tidligere kvalitative studier; at de opplevde større innsikt i egen problematikk, økt egenkontroll ved bruk av kriseplan og at de ønsker bedre oppfølging av kriseplanen fra kommunehelsetjenesten (18, 28, 37, 38).

Andelen mennesker med psykoselidelse som har utarbeidet kriseplan er betydelig mindre enn de andre diagnosegruppene i vår studie. Dette er overraskende, da tidligere forskning i all hovedsak har undersøkt effekt og bruk av kriseplan til mennesker med psykoselidelser. Disse har funnet at bruk av kriseplan medfører reduksjon i antall innleggelsesdøgn, lengde på opphold, bruk av tvang, opplevelse av tvang, økt engasjement i forhold til egen bedringsprosess og egen kontroll (10, 11), de fleste



behandlerne ville anbefale kriseplan til pasienter (29). Et mindretall av pasientene med psykoselidelser har utarbeidet kriseplan i SAAP kan muligens forklares med at de i hovedsak blir overført fra akuttpost til seksjon for psykoser etter at de er stabilisert etter akutt psykotisk episode. Behandling og forebygging der en kan reflektere over varselsignaler, beskyttelsesfaktorer, og hvordan en kan handtere sine symptomer, utføres i seksjon for psykose. De har erfaring med å bruke krisekort (forenklet kriseplan i bankkortformat) (39), men denne studien har ikke tall på hvor stor andel av pasientene som har utarbeidet krisekort. Det er ofte hensiktsmessig at pårørende er en aktiv part i utarbeidelsen av kriseplan/krisekort (13, 40).

Den største diagnosegruppen blant de som har utarbeidet kriseplan er pasienter med «andre diagnoser og Z-diagnoser». Denne gruppen har det ikke vært forsket spesielt på tidligere. Men Sykehuset Namsos har bevisst innarbeidet en trappetrinns modell for kriseinnleggelse (24), som innebærer at utarbeiding av kriseplan er en vesentlig del av alle innleggelse – ikke bare de med psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Kriseinnleggelsen er forholdsvis kort, der en sammen med pasienten har avklart en tydelig målsetning for innleggelsen, samt å understøtte den psykoterapeutiske behandlingen der den er etablert.

Over halvparten av pasientene med personlighetsforstyrrelse hadde skrevet kriseplan under innleggelsen. Behandlingen bør fokusere på å finne hensiktsmessige strategier for å handtere ustabile og intense følelser og empatisk forståelse (25), ettersom selvmordstanker, kronisk suicidalitet, psykisk smerte og/eller en opplevelse av å bli misforstått kan være en del av symptombildet (23). Pasientene ønsker å bli lyttet til og det er nødvendig at de er involvert i beslutninger om egen behandling (24, 28). Det er ingen sikre funn som viser at pasienter med BPF reduserer selvskading eller selvmordsatferd ved bruk av JCP (9). Det kan være at selvskading og suicidalitet representerer en form for kontroll for pasientene, i tilfelle bør behandleren vise forståelse og respekt for dette, og sammen med pasienten finne alternative metoder for å finne kontroll uten å selvskade (25).

I 2012 ble det i Norge registrert 515 selvmord (10,4 selvmord per 100 000 innbyggere) (17), dette er tre ganger flere enn antall drepte i trafikken (41). For pasienter med psykiske lidelser er perioden rundt innleggelse og utskriving høyrisikoperioder for selvmord (42). Kriseplan er derfor et ekstra viktig tiltak for forebygging av selvmord (17). Psykiske lidelser og suicidalitet går ofte i faser. Suicidal risikovurderinger er

derfor pågående prosesser, det samme gjelder arbeidet med kriseplaner (26). I seksjon for akutt- og allmennpsykiatriske sengeposter (SAAP), Sykehuset Namsos, kommer pasienten gjerne inn til kortvarige kriseinnleggelse. Hensikten er å finne strategier for å mestre de akutte utfordringene og kriseplan er en del av behandlingen. Det er i hovedsak miljøterapeuter som utarbeider kriseplan sammen med pasientene, og følger opp pasientene i deres arbeid med kriseplanen. Dette krever at miljøpersonalet er bevisst på å engasjere seg i dialogen med pasientene gjennom å være nysgjerrig og støttende rundt pasientenes refleksjoner (18). Det å jobbe med kriseplan krever at personalet tar opp de vanskelige situasjonene sammen med den enkelte pasient og reflektere og undre seg sammen for å utarbeide pasientens plan med egne selvhjelpsstrategier (8, 24). Det å være aktiv deltaker i beslutninger knyttet til egen helse er positivt i flere forhold, som økt kunnskap om egen helse og behandlingsoalternativer, samt økt tilfredsstillelse i møtet med helsevesenet (9, 11, 18).

Det kan se ut som at de med angstlidelse deltar i høyere grad enn de andre diagnosegruppene. Pasienter med angst søker ofte hjelp i forhold til kroppslig ubehag og har behov for å fjerne ubehaget, mens deprimerte har en tendens til å undervurdere behovet for hjelp, da de opplever seg selv nedstemt, verdiløs, hjelpeløs og maktesløs (43, 44). Ved behandling av angst fokuseres det blant annet på å hjelpe pasienten til å forstå det som skjer i kroppen og hvordan en kan forholde seg til det på en mer hensiktsmessig måte (45). Kriseplan har også en psykoedukativ effekt i form av bedre innsikt i egne reaksjonsmønstre og hvordan en bedre kan hjelpe seg selv (18, 45). Respondentene opplyste i spørreskjemaet at de opplevde arbeidet med kriseplan som nyttig og spesifiserte det med å forklare at det å snakke med noen gjorde at de fikk større innsikt i seg selv. Det å reflektere over fremtidige kriser og lage en plan for hvordan disse best kan håndteres, er med på å styrke pasientenes ansvar og kontroll over egne prosesser (46). Den individuelle tilnærmingen blir fremhevet som mer betydningsfull enn selve kriseplanen (8). Tidligere studier bekrefter at de fleste pasientene ønsker å bli involvert i behandlings- og oppfølgingsbeslutninger rundt deres behandlingsplaner, og de foretrekker terapeuter som kjenner dem og som viser dem respekt og tålmodighet (8, 18, 46).

Respondentenes ønske og forventning om bedre oppfølging fra kommunen er i tråd med tidligere forskning (27). Det er pasientens egen plan, men det er også et hjelpemiddel for helsepersonell slik at de best mulig kan bistå ved kriser for å oppnå mestring (24, 26). Likevel peker pasientene på at klinikere har vansker med å integrere og

gjennomføre kriseplanen (11). Forskningen viser at måten kriseomsorg blir gitt på er like viktig som de enkelte strategiene, den bør være respektfull, fleksibel samt involvere pasienten så mye som mulig (5, 18). Dette bør vektlegges i opplæring og informasjon til kommunehelsetjenesten. En bør tilstrebe at dette blir tema i samhandlingen mellom institusjonen og kommunene både på individnivå og på systemnivå.

Alle respondentene som har brukt kriseplan etter innleggelsen anbefaler kriseplan til andre, noe som bekreftes i en studie fra England, der 85,2 % anbefaler kriseplan til andre (9). Dette tyder på at selv om en ikke aktivt bruker kriseplan, kan de se for seg at kriseplan er et nyttig hjelpemiddel dersom en får det vanskelig. Kriseplan som MobilApp er det flere av respondentene som ser for seg kunne vært nyttig. Dette er en forholdvis ny teknisk mulighet (47) og vil være spennende å se virkningen av.

### **Styrker og svakheter**

Så vidt vi vet er dette den første evalueringen av KP blant pasienter innlagt i psykiatrien i Norge, og spørreskjema ble sent til alle pasienter som fikk KP i en toårsperiode ved Sykehuset Namsos 2012-2014.

De mest åpenbare svakhetene, som gjør generalisering av funnene vanskelig, er den lave responsen og at det ikke fantes noe validert spørreskjema for dette formålet.

### **Konklusjoner**

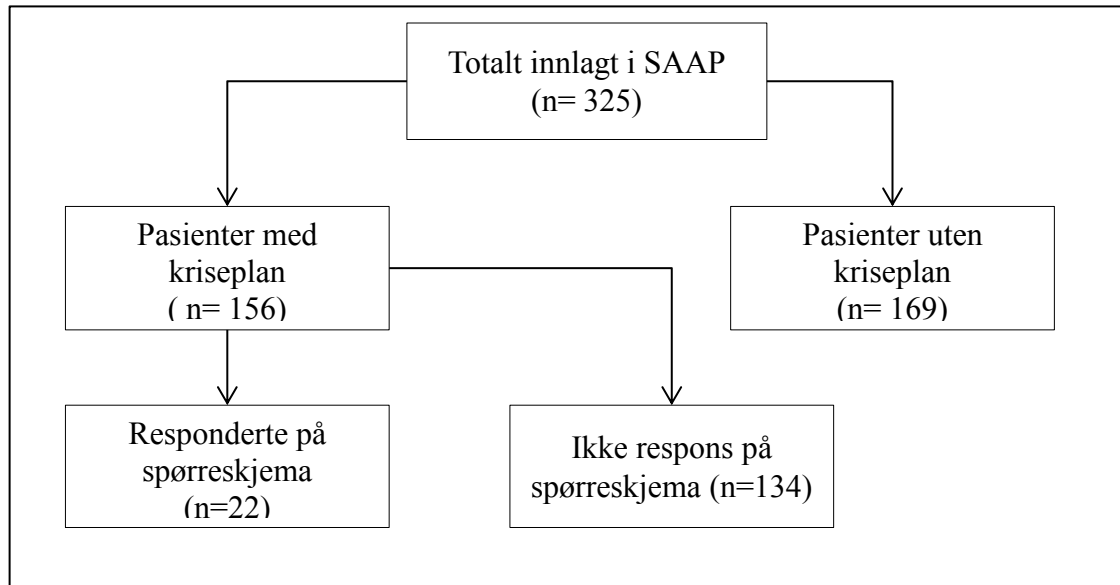
En kan ikke trekke mange sikre konklusjoner eller generalisere funnene tilbake til alle akuttinnlagte pasienter da det var lav responsrate i denne undersøkelsen. Den internasjonale forskningen viser at kriseplan er et effektivt tiltak, at det bedrer tilliten til terapeutene og den terapeutiske alliansen, og reduserer tvang og andre restriktive tiltak (10, 11, 19, 24). Det bør derfor forskes mer på dette feltet i Norge. Det bør tilstrebes longitudinelle studier hvor det i utskrivingsfasen bes om samtykke fra pasientene til senere kontakt og oppfølging. Dette både for å sikre høy deltakelse og muligheten til flere oppfølginger.

## Referanser

1. Mykletun A, Knudsen A, Mathisen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
3. Nes RB, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2011.
4. WHO. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse, 2004.
5. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2012(5).
6. Campbell LA, Kisely S. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2009(1).
7. Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*. 2006;333(7571):729.
8. Farrelly S, Szmukler G, Henderson C, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2013;23(4):353-9.
9. Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;202(5):357-64.
10. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7458):136.
11. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013;381(9878):1634-41.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling. In: Helsedirektoratet, editor.: Helsedirektoratet; 2012.
13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. In: Helsedirektoratet, editor. 2013.
14. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. In: Helsedirektoratet, editor.: Helsedirektoratet; 2009.
15. Helsedirektoratet. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behnadling av bipolare lidingar. In: Helsedirektoratet, editor. 2012.
16. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. In: helsedirektoratet S-o, editor. 2008.
17. Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. In: Helsedirektoratet, editor. 2014.
18. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qualitative health research*. 2015.
19. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(2):256-64.

20. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2008;59(1):63-71.
21. Nylenna M, Dahm KT, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Hofmann HT, et al. Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne. Kunnskapssenteret, 2012.
22. Stoffers JM, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2013(8).
23. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis intervention for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2012(6).
24. Germans S, Haug I, Evensen EOK, Solhaug H, Ørjasæter AF. Fra krisemaksimering til kriseminimalisering. Modell for håndtering av akutt og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. *Suicidologi*. 2013;18(1):23-9.
25. Paris J. Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen. *Suicidologi*. 2010;15(1):3-7.
26. Grant C, Lusk J. A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015;8:291-8.
27. Matarazzo BB, Homaifar BY, Wortzel HS. Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *Journal of psychiatric practice*. 2014;20(3):220-4.
28. Borschmann R, Trevillion K, Henderson C, Rose D, Szmukler G, Moran P. Advance Statements for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Future Crisis Treatment Preferences. *Psychiatric Services*. 2014;65(6):802-7.
29. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(5):369-76.
30. Brudvik M, Ness E, Walby F. Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger - erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi*. 2014;19(2):7-12.
31. ICD-10. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. 1 ed: Gyldendal Akademisk; 1999.
32. Haraldsen G. Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. 1 ed. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal; 1999.
33. Pallant J. SPSS Survival Manual - A step by step guide ta data analysis using IBM SPSS. 5 ed: Open University Press; 2013.
34. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-12.
35. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, (2006).
36. Farrelly S, Thornicroft G, Birchwood M, Marshall M, Szmukler G, Waheed W. CRIMSON: RCT of joint crisis plans for individuals with psychosis. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38.
37. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson C, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: analysis of joint crisis plans. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49:1609-17.
38. Farrelly S, Lester H. Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community*. 2014;22(5):449-60.
39. Sutherby K, Szmukler G. Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*. 1998;22:4-7.
40. Ruchlewska A, Mulder C, Van der Waal R, Kamperman A, van der Gaag M. Crisis Plans Facilitated by Patient Advocates are Better than those Drawn up by Clinicians: Results from an RCT. *Adm Policy Ment Health*. 2014;41:220-7.
41. Statens vegvesen. Ulykkesstatistikk 2015. 2015.

42. Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. Evidence based on Longitudinal Registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:427-32.
43. Kvale G, Odd H, Heiervang E, Tangen T, Haugland B. Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?: Universitetsforlaget; 2013.
44. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(9):713-9.
45. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi: Gyldendal Akademisk; 2008.
46. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2015.
47. Hausvik GI. App for forebygging og håndtering av kriser. *Suicidologi*. 2015;1:32-4.



**Figur 1:** Flow chart. Totalt antall innlagte, antall personer med kriseplan og respondenter.

<b>Kode</b>	<b>Definisjon</b>
1	F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer - Ruslidelser
2	F20 Schizofreni, Schizotyp lidelse og paranoide lidelser - Psykoselidelser
3	F30 Affektive lidelser - Stemningslidelser
4	F40 Nevrotiske, belastningsrelaterte lidelser og somatoforme lidelser - Angstlidelser
6	F60 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne - Personlighetsforstyrrelser
9	Andre, inneholdt blant annet de andre F kapitlene og Z-diagnosene

**Figur 2:** Definisjon av de kodene som ble brukt på spørreskjemaet



**Tabell 1:** Kjønnfordeling, alder og hoveddiagnose hos alle innlagte pasienter ved SAAP Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 – mai 2015.

Variabel	Totalt sample (n=325)	Har kriseplan (n= 156)	Har ikke kriseplan (n=169)	p-verdi*
Kvinne (%)	153 (47,1 %)	70 (44,9 %)	83 (49,1 %)	0,44
Mann (%)	172 (52,9 %)	86 (55,1 %)	86 (50,9 %)	
Alder $\bar{Y}$ (IQR)	43 (29)	41 (27,75)	48 (33,5)	<.01
Døde	8 (2,5 %)	2 (1,3 %)	6 (3,6 %)	0,29
<b>Hoveddiagnose</b>				
F10 Ruslidelser	47 (14,5 %)	23 (14,7 %)	24 (14,2 %)	0,89
F20 Psykoselidelser	38 (11,7 %)	13 (8,3 %)	25 (14,8 %)	0,07
F30 Stemningslidelser	56 (17,2 %)	28 (17,9 %)	28 (16,6 %)	0,74
F40 Angstlidelser	44 (13,5 %)	21 (13,5 %)	23 (13,6 %)	0,96
F60 Personlighetsforstyrrelser	44 (13,5 %)	23 (14,7 %)	21 (12,4 %)	0,54
Andre lidelser eller Z-diagnose	96 (29,5 %)	48 (30,8 %)	48 (28,4 %)	0,64

\* Prosentandeler summert i kolonner (sammenlikning mellom de to studiegruppene), mens p verdien gjenspeiler eventuelle ulikheter mellom gruppene for hver enkelt variabel.

**Tabell 2:** Kjønnfordeling, alder og hoveddiagnose hos alle som fikk utarbeidet kriseplan etter innleggelse ved SAAP Sykehuset Namsos i tidsrommet august 2012 – mai 2015, separat for respondere og ikke respondere.

Variabel	Responder (n= 22)	Ikke responder (n=134)	P-verdi*
Kvinne (%)	8 (36,4 %)	62 (46,3 %)	0,39
Mann (%)	14 (63,6 %)	72 (53,7 %)	
Alder median (IQR)	51,5 (24)	37,5 (24,75)	<b>0,03</b>
<b>Hoveddiagnose</b>			
F10 Ruslidelser	2 (9,1 %)	21 (15,7 %)	0,53
F20 Psykoselidelser	2 (9,1 %)	11 (8,2 %)	1,00
F30 Stemningslidelser	4 (18,2 %)	24 (17,9 %)	1,00
F40 Angstlidelser	8 (36,4 %)	13 (9,7 %)	<b>&lt;.01</b>
F60 Personlighetsforstyrrelser	1 (4,5 %)	22 (16,4 %)	0,20
Andre lidelser eller Z-diagnoser	5 (22,7 %)	43 (32,1 %)	0,38

\* Prosentandeler summert i kolonner (sammenlikning mellom de to studiegruppene), mens p verdien gjenspeiler eventuelle ulikheter mellom gruppene for hver enkelt variabel.

**Tabell 3:** Pasientenes erfaringer med bruk av kriseplan

<b>Variabel (antall respondenter)</b>	<b>Antall</b>
Husker hva kriseplan/selvhjelpsplan er: Ja (n=22)	21
Opplevde arbeidet med kriseplan som nyttig under innleggelsen: litt nyttig/nyttig/svært nyttig (n=22)	18
Pårørende/nærmeste vet at pasienten har kriseplan: Ja (n=13)	11
Kriseplan er etterspurt av helsepersonell: kommunal helsetjeneste, fastlege, poliklinisk behandler (n=13)	7
Opplevelse av samarbeid og helhet i tjeneste tilbudet ved bruk av kriseplan: Ja (n= 14)	6
Endret kriseplan etter utskrivelse: Ja (n=14)	3
Opplevelse av bedret samarbeid og helhet i tjenestetilbudet: Ja (n=14)	6
Bruker fortsatt kriseplan: Ja (n=13)	6
Anbefaler kriseplan til andre: Ja (n=13)	13

**Tabell 4:** Kvalitative analyse av spørsmål med fritekst svar.

Variabel	Meningsbærende enheter	Sitat
Hva opplevde du som viktig når du arbeidet med kriseplan?	Økt innsikt  Snakke med andre om vanskelige situasjoner og hvordan takle disse.	«mer innsikt i egen situasjon, hjelp til å sette ord på følelser»  «Økt selvinnstikk, tenke igjennom hvordan takle/møte situasjoner når det er vanskelig»  «lærte smarte grep for å hjelpe meg selv»
Hva bedret seg ved bruk av kriseplan?	Bedre selvinnstikk  Mindre symptomer på angst/depresjon	«den har hjulpet meg til å tenke klarere og til å ta hensyn til/huske familien min og min rolle i forhold til dem»  «tar mindre tid å komme seg ut av en depressiv periode»
Hvilke utfordringer har du i bruk av kriseplan?	Mer hjelp fra helsetjenesten  Huske og lære å bruke kriseplan	«den burde jobbes med underveis, med hjelp fra helsetjenesten»  «ingen oppfølging av kommunen»  «å bruke den aktivt selv om det går bra»
Hvorfor har du ikke benyttet deg av kriseplan?	Ikke etterspurt i kommunen  Kriseplan er ikke til hjelp, de trenger noe annet	«dårlig oppfølging fra kommunen»  «jeg må gjøre det på min måte»  «hjelper ikke i min situasjon»
Forslag til endringer og forbedringer?	Bedre oppfølging fra kommunehelsetjenesten	«bedre oppfølging fra fastlege/psykiatritjeneste, ikke bare spørsmål om den er laget og om den brukes»  «samarbeid med psykiatritjenesten ved utfylling av planen»

## Vedlegg 1: Selvhjelpsplan/kriseplan

# Selvhjelpsplan / Kriseplan

- når det blir vanskelig

Oppdatert august 2012

### Hensikt:

- Bli bevisst på å oppdage tegn på forandring
- Planlegge hvordan du kan stoppe en negativ utvikling
- Klargjøre hvordan du på best mulig måte kan søke hjelp
- Hjelpeapparatet forplikter seg til å følge denne planen
- Skriftliggjøre planen i samarbeid med hjelpeapparatet og dine nærmeste



### Kriseplan

*Er utarbeidet i samarbeid mellom kommunene, psykiatrisk klinikk, NAV og Mental Helse*

## Hvorfor

Målet med planen er at den skal legge til rette for egen mestring og virkningsfull hjelp, og bidra til at ting blir mer forutsigbar når det er behov for det.

## Hva

Planen skal beskrive tidlige tegn som du, dine nærmeste og hjelpeapparatet rundt deg bør være oppmerksomme på.

Det er viktig at du blir kjent med deg selv, og hva du kan gjøre for å unngå forverring.

Videre skal den beskrive tiltak for hva du kan gjøre selv, hva andre kan gjøre, og hvem du kan ta kontakt med (både navn og telefonnummer).

Her kan du beskrive hvilke ønsker du har dersom det skulle oppstå situasjoner som medfører tiltak mot din vilje. Planen kan også inneholde det du eventuelt ikke ønsker skal gjøres.

Det er viktig at alle du samarbeider med, blir enige om planen. Den erstatter ikke individuell plan, men kan være en del av den.

Planen kan endres. Tidlige tegn kan for eksempel endre seg over tid, og dette bør da også endres i planen.

Det er viktig at denne planen utarbeides i en dialog mellom deg og din behandler / koordinator, og at en bruker litt tid på dette. Det kan også være andre som kan trekkes med i arbeidet.

Denne planen beskriver:

- Dine varselsignal
- Dine tiltak
- Sosialt nettverks tiltak
- Helsepersonellens tiltak

Kriseplanen i forhold til:

1. Hva kan føre til at jeg får det vanskelig:

2. Mine varselsignaler når jeg får det vanskelig:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

3. Dette kan jeg gjøre for å unngå tilbakefall (overfor meg selv, venner/ familie eller andre)

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

4. Tegn som andre kan merke:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

5. Dette kan mine nærmeste gjøre når de merker disse tegnene:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

6. Hvis ikke det hjelper kan jeg kontakte:

- |          |            |                          |
|----------|------------|--------------------------|
| a) _____ | Tlf. _____ | Når kan jeg ringe: _____ |
| b) _____ | Tlf. _____ | Når kan jeg ringe: _____ |

7. Hva ønsker jeg fra dem (gjøre avtale på forhånd)

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

8. Hvis ikke noe av dette hjelper kan jeg kontakte:

- |          |            |                          |
|----------|------------|--------------------------|
| a) _____ | Tlf. _____ | Når kan jeg ringe: _____ |
| b) _____ | Tlf. _____ | Når kan jeg ringe: _____ |

Hvis ikke det hjelper ring legevakt Tlf. \_\_\_\_\_

9. Tiltak jeg ønsker hjelpeapparatet skal iverksette

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

10. Følgende tiltak ønsker jeg ikke at hjelpeapparatet skal iverksette

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

Neste avtale: _____	Navn _____	Dato: _____	Sted: _____
---------------------	------------	-------------	-------------

## Vedlegg 2: Spørreskjema

### Invitasjon til spørreundersøkelse

Dette er en kort, anonym spørreundersøkelse blant alle som har vært innlagt ved psykiatrisk klinikk sykehuset Namsos siden 2012, og som har fått utarbeidet egen kriseplan. Hensikten med undersøkelsen er å forbedre behandlingen, samt å kartlegge dine erfaringer med krise-/selvhjelpsplan/selvhjelpskort (se logo under). Din tilbakemelding er like viktig uavhengig om du har brukt planen eller ikke. Det blir ikke opprettet noe navne-/personregister. All informasjon vil bli lagret på passord-beskyttet pc i Helse Nord-Trøndelag sitt lukkede nettverk. Prosjektet er en masteroppgave i samarbeid mellom HiNT og HNT. Masterstudenten vil kun ha tilgang på disse anonyme spørreskjemaene, og ingen opplysninger kan spores tilbake til deltakerne. Prosjektet er også forelagt Regional Etisk Komite for Forskningsetikk i Helse Midt-Norge. Ved å returnere spørreskjemaet samtykker du i å delta i spørreundersøkelsen.  
Ved spørsmål: kontakt mastergradsstudent, sykepleier Linda Jørstad 74215686.



1. **Kjønn:**      mann       kvinne
2. **Alder:** \_\_\_\_\_ år
3. **Hvilken utdanning har du fullført?**  
Grunnskole/framhaldsskole       Videregående skole       Høgskole/Universitet, mindre enn 4 år   
Høgskole/Universitet, 4 år eller mer
4. **Hva slags arbeidssituasjon har du nå?**  
Fulltid jobb       Deltidsjobb       Pensjon/trygdet   
Arbeidsledig/permittert       Student       Annet  \_\_\_\_\_
5. **Bor du alene eller sammen med andre? (Kryss for de du bor sammen med, sett flere kryss ved behov)**  
Bor alene       Sammen med barn       Ektefelle/samboer   
Foreldre       Svigerforeldre       Institusjon
6. **Husker du hva kriseplan/selvhjelpsplan/selvhjelpskort er?** Ja       Nei       Vet ikke

#### Under innleggelse:

7. **Opplvde du at arbeidet med kriseplan på avdelingen var nyttig for deg?**  
Svært nyttig       Nyttig       Litt nyttig       Unyttig       Vet ikke

8. **Hva opplevde du som viktig for deg når du arbeidet med kriseplan? (for eksempel: å tenke over vanskelige situasjoner/snakke med andre om det/mer innsikt i meg selv/ annet)**

---

---

**Snu arket**

**Etter innleggelse:**

**9. Har du brukt kriseplanen din etter utskrivelse av sykehuset?**

Ja  Nei  (hopp til spørsmål 22) Husker ikke/vet ikke om jeg har kriseplan  (hopp til spørsmål 22)

**10. Hvis ja, omtrent hvor mange ganger har du brukt den?**

1 gang  2-5 ganger  6-9 ganger  mer enn 10 ganger

**11. Dersom du har brukt kriseplan, har den vært til hjelp?**

Ja  Nei  Usikker

**12. Hvis ja, hva har bedret seg ved bruk av kriseplan? (for eksempel: mindre rus/sinne/selvskading/angst/depresjon, eller bedre innsikt/forståelse/brukermedvirkning?):**

---

---

**13. Opplever du økt egenkontroll ved bruk av kriseplan?**

Ja  Nei  Vet ikke

**14. Vet dine nærmeste/pårørende at du har en kriseplan?**

Ja  Nei  Vet ikke

**15. Har noen etterspurt kriseplan, ev. jobbet videre sammen med deg? (sett flere kryss ved behov)**

Kommunal psykiatritjeneste  Fastlege  Behandler i spesialisthelsetjenesten   
Dine nærmeste/pårørende  Ikke blitt etterspurt  Andre  \_\_\_\_\_

**16. Har du endret kriseplanen etter utskrivelsen?**

Ja  Nei  Vet ikke

**17. Hvis ja, hva var grunnen?** \_\_\_\_\_

**18. Opplever du bedre samarbeid og helhet i tjeneste tilbudet ved bruk av kriseplan?**

Ja  Nei  Ikke hatt behov  Kommentar \_\_\_\_\_

**19. Bruker du fortsatt kriseplanen?**

Ja  Nei

**20. Vil du anbefale andre å bruke kriseplan?**

Ja  Nei

**21. Hvilke utfordringer har du i bruk av kriseplan?** \_\_\_\_\_

**22. Hvis du aldri har benyttet kriseplan: Hvorfor har du ikke benyttet deg av den?**

---

---

**23. Hva kunne vært gjort annerledes for at du skulle hatt bedre nytte av kriseplanen? (sett flere kryss ved behov)**

Kriseplan i bankkortformat  Kriseplan på MobilApp   
Påminnelse av kontaktpersoner ved kriser  Annet \_\_\_\_\_

**24. Forslag til andre endringer/forbedringer:**

---

---

**Tusen takk for din deltakelse**



### **Vedlegg 3: Pilotstudie intervjuguide**

Spørreskjemaet prøves ut ved hjelp av en pilotstudie, der hensikten er å se om respondentene forstår spørsmålenes begreper og hensikt, og om respondentene forstår det samme med spørsmålene og svaralternativene samsvarer med det forskeren forstår. Brukervennlighet og den subjektive opplevelsen av å svare på spørreskjemaet vektlegges.

Spørreskjemaet sonderes individuelt sammen med 5 pasienter og har fokus på deres **forståelse av spørsmålene;**

- a) forstår du alle spørsmålene og svaralternativ? J / N
  
- b) blir spørsmål og svaralternativer fotstått på samme måte? J / N
  
- c) kan noe misforstås eller forstås på flere måter? J / N
  
- d) er spørsmålene ledende? J / N

#### **Hvordan det opplevdes å besvare spørsmålene**

- a) å få frem respondentenes tanker om spørsmålene
  
- b) hvor enkelt er det å svare på og forstå spørsmålene
  
- c) hva forstås med forskjellige begreper
- d) husker det de bes å besvare J / N
- e) kalkuleres svarene J / N
- f) relevante svaralternativer eventuelt om det mangler noe
  
- g) huskes hendelser J / N
- h) hvor sikker er du på svarene 1 - 10

## Vedlegg 4: Vurdering framleggingsplikt – REK



<b>Region:</b> REK midt	<b>Saksbehandler:</b> Hilde Eikemo	<b>Telefon:</b> 73597508	<b>Vår dato:</b> 26.05.2015	<b>Vår referanse:</b> 2015/828/REK midt
			<b>Deres dato:</b> 11.05.2015	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ottar Bjerkeset  
Avd for Helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag

### VURDERING AV FREMLEGGINGSPLIKT

Komiteen viser til fremleggingsvurdering innsendt 11.05.2015, og har vurdert om prosjektet er omfattet av helseforskningsloven. Dokumentet er vurdert av komiteens leder, på fullmakt fra REK midt, og i henhold til forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd).

#### Vurdering

Utarbeidelse av individuell kriseplan er anbefalt i nasjonale retningslinjer for depresjon, bipolare lidelser, psykose og rus, men bruken og effekten av kriseplan har til nå ikke blitt evaluert. Formålet med den foreliggende masteroppgaven er å kartlegge om individuell kriseplan blir brukt, på hvilke måter, om uhensiktsmessig atferd reduseres, og om samarbeidet bedres. Dette skal gjøres ved å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse med 200 tidligere pasienter om deres erfaringer med individuell kriseplan.

Studien oppfattes som en evaluering av egen praksis opp mot nasjonale retningslinjer, og kan derfor karakteriseres som kvalitetssikring. Studien omfattes dermed ikke av helseforskningslovens (hfl.) saklige virkeområde, jf. hfl. § 2.

Søker anfører selv at dette er en anonym spørreskjemaundersøkelse. Komiteen vil presisere at den ikke oppfatter studien som anonym ettersom spørreskjemaene skal kodes for utsending fra sekretær. Det skal kodes for hoveddiagnose, tidsrom pasientene var innlagt (3-månedersintervaller) og uhensiktsmessig atferd. Med en slik inndeling er det rimelig å anta at enkeltpasienter kan bakveisidentifiseres, og dataene er følgelig ikke anonyme.

Studien kan gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av REK, men komiteen minner om at et kvalitetssikringsprosjekt bare kan gjennomføres når ansvarlig ledelse, vanligvis avdelingsleder, har godkjent det og stiller de nødvendige ressurser til rådighet. I tillegg må kvalitetssikringsstudier meldes til det lokale personvernombudet/Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste ([www.nsd.no](http://www.nsd.no)) ettersom datasettet neppe er å regne som anonymt.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny fremleggingsvurdering.

#### Vedtak

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurderer prosjektet som ikke søknadspliktig.**

**Besøksadresse:**  
Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk  
forskningsenter 7489  
Trondheim

**Telefon:** 73597511  
**E-post:** rek-midt@medisin.ntnu.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
midt, not to individual staff

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold  
Dr.med.  
Leder, REK midt

Hilde Eikemo  
Sekretariatsleder

## Vedlegg 5: Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

### Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfelleurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

### Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

### INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet. For ytterligere veiledning anbefaler vi "best praksis" sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:**

**STROBE (ulike kvantitative studier)**

**COREQ (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)**

CONSORT (randomiserte studier)

COSMIN (utvikling av måleinstrumenter)

TREND (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og Reinart og Jamtvedt 2010 (kunnskapsopsummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom.

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

### **2. Sammendrag**

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

**Det engelske sammendrag (abstract)** fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

### **Tekstsider**

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging: Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

### **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel* (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

*Resultater*. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av CONSORT-gruppen

## Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved insendigen lenker manuskriphåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** *Myles Textbook for Midwives.* Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie.* Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault.* Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

## Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

## Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

## Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

### **Krav til medforfatterskap**

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.

2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.

3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for Erklæring om interessekonflikter finnes på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

## Vedlegg 6: Samtykke

### SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-, BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER

Forfatter(e): Linda Jørstad

Norsk tittel: Pasienters erfaringer med bruk av kriseplan  
etter innleggelse

Engelsk tittel: Patients experience in use of joint crisis  
plan after hospital admission

Studieprogram: \_\_\_\_\_

Emnekode og navn: MPH 470 Masteroppgave i Psykiske helsearbeid

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, HINTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigris fra: \_\_\_\_\_

Dato: 10/11-15

Linda Jørstad  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

