

MINPLAN – en app som kan bidra til å redde liv?

André T. Smitt-Ingebretsen

Veileder

Carl Erik Moe

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: Det er i dag økende åpenhet om selvmord i den norske offentligheten, og norske politikere, helsemyndigheter og helsevesen har satt fokus på selvmordsforebygging. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* har valgt kriseplan som et av tiltakene for å redusere forekomsten av selvmord i psykisk helsevern. I samarbeid med pasientsikkerhets-programmet har Sørlandet sykehus utarbeidet en elektronisk kriseplan i form av en mobilapplikasjon: MINPLAN. Appen er tilgjengelig for operativsystemene iOS og Android. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan appen kan implementeres i psykisk helsevern, og problemstillingen i studien er: Hvordan kan appen MINPLAN implementeres som et supplement til behandlingen av selvmordsnære pasienter i psykisk helsevern?

Metode: Studien har et kvalitativt design, og datainnsamling er gjort ved hjelp av semistrukturerte intervju. Utvalget i studien er syv helsepersonell i Klinikk for psykisk helse i Sørlandet sykehus.

Resultater: Kriseplaner oppleves som nyttig i oppfølgingen av selvmordsnære pasienter. Appen MINPLAN oppleves som nyttig og enkel å bruke, og den kan føre til at kriseplaner blir mer tilgjengelig for pasienter. Informantene rapporterte om lite opplæring, og appen er i liten grad integrert i arbeidssystemet.

Konklusjon: MINPLAN er nyttig og kan bidra til økt bruk av kriseplaner, men det bør forskes mer på effekten av kriseplaner. Implementeringen er foreløpig mangelfull, men bedre og mer målrettet opplæring og tilgjengelige superbrukere i hver enhet vil kunne øke bruken av appen.

Abstract

Background and research question: Today there is an increasing openness regarding suicide in the Norwegian public, and Norwegian politicians, health care authorities and health service have focused on suicide prevention. The national patient safety programme *I trygge hender 24-7* has chosen crisis card as one of the measures to decrease the prevalence of suicide in mental health care. In cooperation with the national patient safety programme the regional hospital Sørlandet sykehus have developed a mobile application that functions as an electronic crisis card: MINPLAN. The app is available for the operating systems iOS and

Android. The object of this study is to explore how the app may be implemented in mental health care and the research question is: How can the app MINPLAN be implemented as a supplement to the treatment of suicidal patients in mental health care?

Method: The study has a qualitative design and data collection has been achieved through semi-structured interviews. The study population is seven health care professionals from the Division of Mental Health in Sørlandet sykehus.

Results: Crisis cards are perceived as useful in the follow-up of suicidal patients. The app MINPLAN is perceived as useful and easy to use, and it may lead crisis cards to become more available to patients. The informants reported that they had received little training, and there is a low degree of integration between the app and the work system.

Conclusion: MINPLAN is useful and may contribute to an increase in the use of crisis cards, but there is a need for more research into the effectiveness of crisis cards. The implementation is so far insufficient, but better and more tailored training and available super users in every unit may increase use of the app.

Søkeord

Suicide

Prevention

Crisis card

Mobile applications

Information system implementation

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensning	7
2.0 Litteraturgjennomgang	8
2.1 Beskrivelse av litteratursøk	8
2.2 Selvmord	9
2.3 Selvmordsforebygging og behandling av selvmordsnære pasienter i psykisk helsevern	12
2.3.1 Bruk av kriseplan for å forebygge selvmord	15
2.3.2 Bruk av mobile applikasjoner (apper) i forebygging av selvmord	17
2.4 MINPLAN	18
2.5 Implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsevesenet	20
2.6 Oppsummering	22
3.0 Teoretisk rammeverk	23
3.1 DeLone og McLeans modell for informasjonssystemsuksess	23
3.2 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)	25
3.3 Alters teori om arbeidssystemer	26
3.4 Oppsummering	29
4.0 Metode	31
4.1 Valg av metode	31
4.1.1 Utforming av intervjuguide	31
4.1.2 Utvalg og tilgang til feltet	32
4.1.3 Gjennomføring av intervjuer	32
4.1.4 Transkribering	33
4.1.5 Analyse av intervjuer	34
4.2 Etske overveielser	35
4.3 Metodiske overveielser	37
4.3.1 Validitet, reliabilitet og overførbarhet	37
5.0 Analyse og drøfting	41
5.1 Kasusbeskrivelse	41
5.2 Er kriseplan et nyttig tiltak?	42
5.2.1 Oppsummering	44
5.3 MINPLAN	44

5.3.1 Oppsummering.....	49
5.4 Implementering av MINPLAN.....	50
5.4.1 Oppsummering.....	53
6.0 Oppsummering.....	54
Litteraturliste.....	55
Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	i
Vedlegg 2: Intervjuguide	vii

1.0 Introduksjon

De siste årene har det blitt satt økende fokus på selvmord. Kjendiser som har stått frem og fortalt om sine egne selvmordsforsøk blir roset av brukerforeninger, helsepersonell og politikere (Sigurjonsdottir & Aldridge, 2014). I april 2014 lanserte regjeringen en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Planen inneholder flere delmål, deriblant redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper. Et av tiltakene som er beskrevet i planen er bruken av kriseplan ved utskriving fra døgnpast (Helsedirektoratet, 2014).

Ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) ble det tatt initiativ til å utarbeide en elektronisk kriseplan som et alternativ til en mer tradisjonell papirplan. I samarbeid mellom SSHF, pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* og danske programutviklere ble det utviklet en norsk versjon av en dansk kriseplanapplikasjon (Sørlandet sykehus HF & I trygge hender 24-7, 2014). En betaversjon av appen ble lansert våren 2014, og endelig versjon ble lansert i september 2014.

I dette prosjektet vil det bli studert hvordan denne appen kan bli en del av behandlingstilbudet til pasienter i psykisk helsevern med selvmordsproblematikk.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen er utarbeidet ved hjelp av verktøyet PICO. PICO gir en struktur og klargjør problemstillingen for litteratursøk og analyse (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

P	Patient/problem	Mange pasienter i psykisk helsevern tar selvmord.
I	Intervention	Det er utarbeidet en elektronisk kriseplan i form av en mobil applikasjon. Hensikten er å redusere forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk.
C	Comparison	Ikke aktuelt i dette prosjektet.
O	Outcome	Implementering av appen i behandling av selvmordsnære pasienter.

På bakgrunn av dette har følgende problemstilling blitt utarbeidet for prosjektet:

”Hvordan kan appen MINPLAN implementeres som et supplement til behandlingen av selvmordsnære pasienter i psykisk helsevern?”

1.2 Avgrensning

De fleste som begår selvmord er ikke under behandling (se kapittel 2.2). MINPLAN er fritt tilgjengelig og kan brukes av alle som ønsker det uavhengig av pasientstatus. Jeg har likevel valgt å avgrense problemstillingen til pasienter i psykisk helsevern. Dette gjøres for å begrense omfanget på masterprosjektet. I tillegg er kriseplan et konkret tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (I trygge hender 24-7, 2013), og jeg har derfor vurdert at det er hensiktsmessig å fokusere på pasienter i psykisk helsevern.

2.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet vil det bli presentert aktuell litteratur for å understøtte den valgte problemstillingen. Det vil først bli beskrevet hvordan litteratursøkene har blitt gjennomført. Så vil det bli en gjennomgang av fenomenet selvmord før anbefalte tiltak for selvmordsforebygging innenfor psykisk helsevern presenteres. Deretter vil appen MINPLAN bli presentert. Til slutt vil det bli en kort gjennomgang av forskning på implementasjon av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsevesenet.

2.1 Beskrivelse av litteratursøk

Litteratursøkene har blitt gjennomført i en kombinasjon av vitenskapelige databaser (Bibsys, Medline, Svemed+, Scopus og IEEE Xplore) og vanlige søkemotorer (Google og Google Scholar). Avhengig av database har det blitt brukt både norske og engelske søketermer. Søketermene har vært «selvmord», «kriseplan», «suicide», «mobile applications», «telemedicine», «prevention», «crisis card», «emergency card» og «IS implementation». De enkelte søketermene har gitt mange treff, men det har vært få eller ingen treff når de ble kombinert. For eksempel gav søketermen «suicide» over 30 000 treff i Medline, men i kombinasjon med «telemedicine» eller «mobile applications» var det henholdsvis 15 og 0 treff. Jeg klarte ikke å finne publisert forskning på bruk av apper i forhold til selvmordsforebygging i noen av databasene. Dette tolker jeg som at bruk av telemedisin og apper i selvmordsforebygging er et relativt nytt felt, og at det derfor foreligger lite publisert forskning.

Jeg har i stor grad tatt utgangspunkt i kunnskapsoppsummeringer gjennomført av anerkjente institusjoner som Cochrane-instituttet og Kunnskapssenteret i Norge. Gjennom disse oppsummeringene har jeg funnet artikler fra aktuelle studier. Fordelen med denne fremgangsmåten er at jeg kan være rimelig sikker på at de inkluderte studiene har en relativt høy metodisk kvalitet.

2.2 Selvmord

På verdensbasis dør nærmere én million mennesker av selvmord årlig. Selvmordsraten er 16 pr 100 000 mennesker, og er den tiende mest vanlige dødsårsaken. Blant mennesker i alderen 15-44 er selvmord den tredje mest vanlige dødsårsaken (Scott & Guo, 2012).

I Norge registreres det i overkant av 500 selvmord hvert år (12 per 100 000 mennesker). Av disse er i underkant av 150 kvinner og i overkant av 350 menn (Helsedirektoratet, 2014). En regner med at det er 10-25 % flere selvmord enn det rapporteres. Dette avviket skyldes blant annet mangler i registreringssystemet (Mehlum et al., 2007). For eksempel er antall registrerte selvmord i trafikken doblet etter at en begynte å analysere årsaker til trafikkulykker. En kan også regne med at selvmord skjules som andre typer ulykker, som for eksempel drukning og fallulykker (Folkehelseinstituttet, 2011).

Beregninger viser at helsevesenet behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk hvert år, men dette er usikre tall (Folkehelseinstituttet, 2011). Det antas at det er mellom 7 og 15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. I motsetning til selvmord er selvmordsforsøk mer vanlig blant kvinner enn menn (Helsedirektoratet, 2014). I 2013 var det over 1 000 innleggelser av pasienter med selvmordstanker ved Sørlandet sykehus HF (Vindstrand, 2014).

Det er en rekke kjente faktorer som øker risikoen for selvmord:

Tabell 1: Risikofaktorer for selvmord

Tidligere selvmordsforsøk	Dette regnes som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord (Harris & Barraclough, 1997; Mehlum et al., 2006).
Psykiske helseproblemer	Omtrent 90 prosent av dem som tar livet sitt hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse på dødstidspunktet (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).
Psykososiale risikofaktorer	Kriser, relasjonsproblemer, sosial isolasjon og arbeidsledighet øker risikoen for selvmordsatferd, også blant personer som ikke har psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014).

Biologiske risikofaktorer	Det er funnet en mulig sammenheng mellom serotoninomsetning (en transmittersubstans i nervesystemet) og selvmord, men det er behov for mer forskning (Antypa, Serretti & Rujescu, 2013).
Somatiske sykdommer	Det er en høyere forekomst av selvmord ved alvorlige somatiske sykdommer som kreft, multippel sklerose, epilepsi, hjerneslag og hiv/aids. I denne gruppen er selvmord relatert til følelser av isolasjon og håpløshet (Helsedirektoratet, 2014).
Utsatte grupper	I en del befolkningsgrupper er det økt risiko for selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2014): <ul style="list-style-type: none"> • Eldre menn • Barn og ungdom • Innvandrere og asylsøkere • Lesbiske, homofile, bifile og transpersoner • Pasienter innlagt i døgnenheter • Innsatte i fengsler • Enkelte yrkesgrupper (leger og veteraner)

Disse faktorene er ikke gjensidig utelukkende, en vil tvert i mot se at de gjerne opptrer samtidig. Tidligere selvmordsforsøk regnes som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord. Én oppsummeringsstudie viste at tidligere selvmordsatferd ga en standardisert mortalitetsratio på 38,4¹. Dette er høyere tall enn for noen psykisk lidelse, men den samme studien viste at det er forhøyet dødelighet ved de fleste psykiske lidelser (Harris & Barraclough, 1997). Internasjonal forskning viser at omtrent 90 prosent av de som tar selvmord hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse på dødstidspunktet (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Cavanagh et al., 2003; Fleischmann, Bertolote, Belfer & Beautrais, 2005). En norsk undersøkelse fant at 74 % av ungdom under 20 år som tok selvmord hadde en psykisk lidelse (Grøholt, Ekeberg, Wichstrom & Haldorsen, 1997). Depressive lidelser og alkoholmisbruk/-avhengighet er de vanligste diagnosene ved selvmord (Mehlum et al., 2006). Psykiske lidelser og tidligere selvmordsforsøk henger med andre ord tett sammen. Men en

¹ Standardisert mortalitetsratio beskriver dødelighet i en gruppe sammenlignet med den generelle befolkningen (Wikipedia, 2014c).

stor andel av personer med psykiske lidelser som tar livet sitt er ikke i behandling når de dør. Det viser seg likevel at mer enn 80 prosent av dem som tar selvmord har vært i kontakt med allmennlege det siste året, hvorav nærmere 66 prosent den siste måneden (Helsedirektoratet, 2014).

Det er også en sammenheng mellom alvorligheten i den psykiske lidelsen og risikoen for selvmord. Det er flere selvmord blant innlagte pasienter enn de som behandles poliklinisk, og det er flere selvmord blant pasienter som blir behandlet i psykisk helsevern generelt enn det er blant pasienter som blir behandlet i primærhelsetjenesten (Simon & VonKorff, 1998). Forskning fra Danmark og Norge viser at det er forhøyet risiko for selvmord under og etter innleggelse i psykiatrisk døgnenhet. Det er særlig forhøyet risiko den første uken av innleggelsen. Det er også forhøyet risiko det første året etter utskrivelse. Risikoen er da størst utskrivelsesdagen og avtar gradvis over tid (Mehlum et al., 2006). I 2011 ble det rapportert 124 selvmord i psykisk helsevern i Norge (I trygge hender 24-7, 2010).

På samme måte som risikofaktorer er det kjent en del faktor som beskytter mot selvmord:

Tabell 2: Beskyttelsesfaktorer mot selvmord (World Health Organization, 2012)

Nettverk	Sterk tilhørighet til familie og støtte fra lokalsamfunn (for eksempel barnehage, skole, arbeidsplass eller tros- og livssynssamfunn).
Personlige egenskaper	Gode evner innen problemløsning, konfliktløsning og ikkevoldelig håndtering av konflikter. Evne til å søke hjelp.
Overbevisninger	Personlige, sosiale, kulturelle eller religiøse overbevisninger som forteller at selvmord er galt og styrker ønsket om å leve.
Tilgang på selvmordsmidler	Begrenset tilgang på selvmordsmidler for eksempel gjennom våpenkontroll.
Hjelpeapparat	God tilgang til helsetjenester.

Det er ikke kjent noen enkeltfaktor som tydelig predikerer selvmord. Selvmord er ofte et resultat av et samspill mellom risikofaktorer og belastende livshendelser. Selvmord skjer i en

kulturell sammenheng, og selvmordsforebygging bør derfor inkludere en forståelse av kontekst, og ikke bare ha fokus på personens psykiske tilstand alene (Helsedirektoratet, 2014).

2.3 Selvmordsforebygging og behandling av selvmordsnære pasienter i psykisk helsevern

Det finnes en lang rekke anerkjente metoder for å forebygge selvmord, både i befolkningen generelt og blant pasienter i psykisk helsevern. Siden dette prosjektet er avgrenset til psykisk helsevern, vil det derfor bare bli fokusert på selvmordsforebygging innenfor dette fagfeltet.

En utfordring knyttet til forskning på selvmordsforebygging er at studiene ofte har metodiske svakheter. Mange studier baserer seg på kortvarige intervensjoner og små utvalg og har dermed begrensede muligheter for å påvise effekter. I tillegg er pasienter med stor selvmordsfare ekskludert fra de fleste studiene (Mehlum et al., 2006).

Psykoterapi

Det er særlig to hovedretninger av psykoterapimetoder og -teorier som er aktuelle innenfor selvmordsforebyggende arbeid. En del metoder tar utgangspunkt i kognitiv atferdsteori, for eksempel kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi, problemløsende terapi og interpersonlig psykoterapi. Felles for metodene er at det tas utgangspunkt i at det er nær sammenheng mellom tanker, følelser og handlinger. En annen terapiretning er psykodynamisk orienterte terapiformer. Disse tar utgangspunkt i bevisste og ubevisste psykologiske krefter som er virksomme i og mellom mennesker. Tidligere var det stor avstand mellom de kognitive og de psykodynamiske metodene, men de siste årene har de nærmet seg hverandre. I tillegg til disse to hovedretningene finnes det metoder som har større fokuset på familien og systemet rundt pasienten, for eksempel multisystemisk terapi. Det er enkelte studier som viser at psykoterapi reduserer selvmordsatferd mer enn kontrollbehandling, men de fleste studier viser ingen signifikant forskjell. Ingen studier viser økt selvmordsatferd som følge av psykoterapi (Mehlum et al., 2006).

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling er også vanlig i behandling av pasienter med selvmordsatferd, helst i kombinasjon med psykoterapi. Valg av medikamenter styres både av pasientens

psykiske lidelse og aktuelle symptomer. Siden depresjon er den psykiske lidelsen som medfører høyest risiko for selvmord, er antidepressive medikamenter den vanligste medikamentelle intervensjonen. De mest brukte antidepressivene er selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI). Det finnes en rekke studier som viser at antidepressiva effektivt reduserer depresjonssymptomer og selvmordstanker, men mange av studiene har ekskludert pasienter med høy selvmordsrisiko. Det er ikke dokumentert at antidepressiva kan øke selvmordsrisikoen for voksne (Mehlum et al., 2006). Det er en mulig forhøyet risiko for selvmordsatferd ved bruk av SSRI-preparater blant barn og ungdom under 18 år (Mann et al., 2006), og flere land (blant annet Norge) anbefaler derfor at disse preparatene ikke brukes i behandling av barn og unge (Mehlum et al., 2006).

Ved bipolare lidelser er stemningsstabiliserende medikamenter som litium førstevalget (Mehlum et al., 2006). Det er dokumentert en signifikant selvmordsforebyggende effekt av litiumbehandling ved stemningslidelser (Cipriani, Pretty, Hawton & Geddes, 2005).

Ved psykoser er antipsykotiske medikamenter førstevalget. Dersom de antipsykotiske medikamentene ikke har tilstrekkelig antidepressiv effekt, brukes de gjerne i kombinasjon med antidepressiva. Det er få studier som har studert effekten av antipsykotika på selvmordsatferd, og det er derfor vanskelig å si noe om effekten (Mehlum et al., 2006). Det er evidens for at det atypiske antipsykotikumet klozapin har en signifikant selvmordsforebyggende effekt hos pasienter med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse. Men denne behandlingen krever tett oppfølging på grunn av mulige alvorlige bivirkninger (leukopeni) (Meltzer et al., 2003).

Elektrokonvulsiv terapi

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) er aktuell ved alvorlige depresjoner. Behandlingen går ut på å gi pasientene strømstøt gjennom den ikkedominante delen av hjernen. Dette utløser et epileptisk anfall. Behandlingen gis mens pasienten er i narkose, og det epileptiske anfallet gir dermed ikke kramper. Behandlingen må følges opp med antidepressive medikamenter for å ha varig effekt (Mehlum et al., 2006). Studier viser at ECT er effektiv mot alvorlige depresjoner (UK ECT Review Group, 2003), og det er også gjort studier som indikerer at ECT reduserer selvmordstanker (Kellner et al., 2005). Men det finnes ingen evidens som viser at ECT har effekt på antall gjennomførte selvmord (Mehlum et al., 2006).

Kontinuitet i behandling og oppfølging

Psykiske vansker varer gjerne lenge utover en aktuell selvmordskrise. Mye avhenger av at pasienter får behandling for sine psykiske lidelser som har bidratt til å utløse selvmordsforsøket (Mehlum et al., 2007). Dessverre viser det seg at mange av selvmordsnære pasienter ikke blir tilbudt slik hjelp, eller hjelpen blir tilbudt på en måte som de ikke kan nyttiggjøre seg. Nærmere 40 prosent av pasienter som har forsøkt selvmord følger ikke opp behandlingen (Runeson & Wasserman, 1994). Det er særlig utfordrende å skape kontinuitet i overgangen mellom ulike systemer og behandlingsnivå (Mehlum et al., 2007).

Behandlingskjeder er et samlebegrep for en rekke ulike tiltak hvor helsepersonell tar kontakt med pasienten etter avsluttet sykehus- eller legevaktbehandling. Hensikten er å ivareta kontinuitet i behandlingstilbudet (Mehlum et al., 2007). Det er enkelte studier som tyder på effekt av slike tiltak. For eksempel var det 50 prosent reduksjon i selvmordsforsøksraten i Bærum kommune i perioden 1984-1996 (Dieserud, Loeb & Ekeberg, 2000). Men det var ingen kontrollgruppe, og det er derfor vanskelig å si om det var behandlingsskjeden som førte til reduksjonen. Og denne nedgangen skjedde samtidig med nedgang i antall selvmord i resten av Norge (Mehlum et al., 2006). Internasjonale kunnskapsoppsummeringer konkluderer med at det er ingen signifikant effekt av tiltaket (Hawton et al., 1999).

Fjerne terskler og øke tilgjengelighet

Høye terskler inn til behandlingsapparatet kan redusere nytten for pasientene. Slike terskler kan for eksempel være manglende informasjon om tilbud eller henvisningsplikt (det vil si at pasienten må via flere ledd for å komme i kontakt med den instansen de trenger hjelp fra).

Kriseplan (også kalt grønt kort) vil bli omtalt i kapittel 2.3.1.

De siste årene har mange land bygget ned heldøgnsinstitusjoner til fordel for lokalt baserte tverrfaglige psykiatriteam (Mehlum et al., 2007). Teamene er nærmere pasientene og har dermed en mulighet for å fange opp selvmordsnære pasienter raskere. En kunnskapsoppsummering av Cochrane-instituttet viste at slike team reduserte dødeligheten med nær signifikant effekt (Malone, Newron-Howes, Simmonds, Marriot & Tyrer, 2007).

Studier har vist at kortvarig innleggelse i somatisk sykehus etter selvmordsforsøk har ingen signifikant effekt på gjentatt selvmordsatferd (Waterhouse & Platt, 1990). Det er ikke funnet tilsvarende studier på innleggelse i psykiatriske sykehus (Mehlum et al., 2007).

Beskyttelsestiltak

Det er en lang rekke beskyttelsestiltak som benyttes overfor selvmordsnære personer innen psykisk helsevern. Det er stor enighet om mange av tiltakene, men det er ingen eller liten evidens for hvilken effekt de har på selvmordsatferd (Mehlum et al., 2007).

Det er vanlig å anbefale pårørende om å begrense tilgangen på selvmordsmidler som våpen, medikamenter eller andre giftstoffer. Det er ikke dokumentert om tiltaket har effekt på selvmordsatferd (Mehlum et al., 2007).

I psykisk helsevern er det relativt vanlig å bruke såkalte «ikke-selvmordskontrakter». Dette kan være muntlige eller skriftlige avtaler mellom pasient og behandler hvor pasienten lover å ikke gjennomføre selvskading eller selvmordsforsøk. Avtalene inneholder også alternative handlingsmåter for pasienten (Mehlum et al., 2007). Det finnes ingen evidens for at slike avtaler har selvmordsforebyggende effekt og det anbefales derfor at andre tiltak brukes (Miller, Jacobs & Gutheil, 1998).

Inne i døgnenheter er det gjennomført en mengde beskyttelsestiltak for å redusere selvmordsrisiko: Fjerning av festepunkter (det vil si steder hvor hengning kan finne sted), redusert tilgang til selvmordsmidler (skarpe gjenstander, medisiner, snorer, belter og så videre), begrenset utgang og overvåking (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det mangler effektstudier av beskyttelsestiltak i døgnavdelinger (Mehlum et al., 2007), men på bakgrunn av erfaring anbefales det likevel at de gjennomføres (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.3.1 Bruk av kriseplan for å forebygge selvmord

Som kapittel 2.3 viser er kriseplan bare ett av mange aktuelle tiltak i behandlingen av selvmordsnære pasienter.

Hensikten med en kriseplan er å legge til rette for egen mestring, virkningsfull hjelp og forutsigbarhet. Planen skal beskrive tidlige tegn som pasienten bør være oppmerksom på og hvilke tiltak som kan settes i gang (av pasienten eller andre) for å stoppe den negative

utviklingen. Det anbefales at kriseplan utarbeides i samarbeid mellom behandler og pasient (Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag, 2012).

Det er gjort noe forskning som viser at bruk av kriseplan reduserer selvmord sammenlignet med kontrollgrupper (Mann et al., 2005), men forskjellen er ikke signifikant (van der Sande, Buskens, Allart, van der Graaf & van Engeland, 1997). Det anbefales mer forskning på kriseplaner som intervensjon (Leitner, Barr & Hobby, 2008). Mehlum et al. (2007) har evaluert bruken av grønt kort (et tiltak som er sammenlignbart med kriseplan). En studie i England inkluderte 105 ungdommer som hadde blitt behandlet for selvmordsforsøk. Intervensjonsgruppen fikk standard behandling og grønt kort som gav dem fri tilgang til reinnleggelse i sykehuset ved behov. Studien varte i ett år (Cotgrove, Zirinsky, Black & Weston, 1995). En annen engelsk studie inkluderte 212 voksne personer som hadde vært behandlet for villet egenskade. Intervensjonsgruppen fikk standard behandling og et grønt kort som ga både mulighet til å ringe sykehuset for å snakke med en terapeut og fri tilgang til reinnleggelse. Studien varte i ett år (Morgan, Jones & Owen, 1993). En tredje engelsk studie inkluderte 827 pasienter som hadde vært behandlet for villet egenskade. Intervensjonsgruppen fikk standard behandling og et grønt kort som gav tilgang til telefonkontakt med en behandler i psykiatrisk avdeling (men ikke ansikt-til-ansikt kontakt eller innleggelse). Studien varte i seks måneder (Evans, Morgan, Hayward & Gunnell, 1999). Studiene til Cotgrove et al. og Morgan et al. konkluderte med en ikke-signifikant tendens til reduksjon i selvmordsatferd i intervensjonsgruppene, mens studien til Evans et al. konkluderte med ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Evans et al. fant likevel en tendens til at grønt kort kunne ha effekt for pasientene som ikke tidligere hadde blitt behandlet for villet egenskade (Evans et al., 1999).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* anbefaler at pasienter som skrives ut fra akuttpsykiatriske døgnenheter har en kriseplan (*I trygge hender 24-7*, 2013). Den nasjonale retningslinjen for forebygging av selvmord i psykisk helsevern anbefaler at pasienten bør gis informasjon om hvor han/hun skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette vil være et naturlig tiltak i en kriseplan. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia anbefaler at pasienter med selvskadingsatferd skal ha en kriseplan (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Til tross for begrenset evidens for effekten av kriseplan er det med andre ord en klar anbefaling for bruk av metoden.

2.3.2 Bruk av mobile applikasjoner (apper) i forebygging av selvmord

Apper er et relativt nytt fenomen (Wikipedia, 2014a). Det finnes utallige apper tilgjengelig for smarttelefoner, og antall helserelaterte apper er også sterkt økende. I oktober 2012 ble det anslått at det fantes minst 40 000 helserelaterte apper (Pelletier, 2012). I mars 2013 ble det anslått at antallet var 97 000 (Cortez, Cohen & Kesselheim, 2014). Til tross for det store antallet helseapper finnes det lite eller ingen evidens for om eller hvordan helseapper virker (Barr, 2013). Manglende forskning kan skyldes at fenomenet er nytt eller at mange av appene ikke er kvalitetssikret (Cortez et al., 2014).

Det er gjort noe forskning på forebygging og behandling av selvmordsproblematikk ved hjelp av internettbaserte intervensjoner. Det er også noe forskning på bruken av mer tradisjonelle telemedisinske metoder som telefon. Hailey, Roine og Ohinmaa (2008) viser til blandede resultater ved bruk av telefon. En studie viste signifikant færre selvmord og selvmordsforsøk etter oppfølging ved hjelp av telefon (De Leo, Buono & Dwyer, 2002), mens en annen studie viser ingen signifikant forskjell (Cedereke, Monti & Öjehagen, 2002). De viser samtidig til studier i forhold til behandling av depresjon (en lidelse som er nært knyttet til selvmord) hvor det har vært suksess både med internett- og telefonintervensjoner. En annen studie fant at internettbaserte intervensjoner kan være nyttige i forhold til psykiske lidelser, men at det trengs mer kunnskap om hvordan disse kan brukes sammen med tradisjonell behandling (Griffiths, Farrer & Christensen, 2007). Internettbasert kognitiv terapi kan redusere selvmordstanker, men det er ikke bevist at det er mer effektivt enn vanlig kognitiv terapi (Lai, Maniam, Chan & Ravindran, 2014).

Som med kriseplan er det begrenset med evidens for effekten av mobile applikasjoner eller internettbaserte intervensjoner for å forebygge selvmord. Men forskningen jeg har funnet viser en positiv innstilling til bruken av teknologi som et supplement til standard behandling samtidig som det anbefales mer forskning (Barr, 2013; Griffiths et al., 2007; Lai et al., 2014).

2.4 MINPLAN



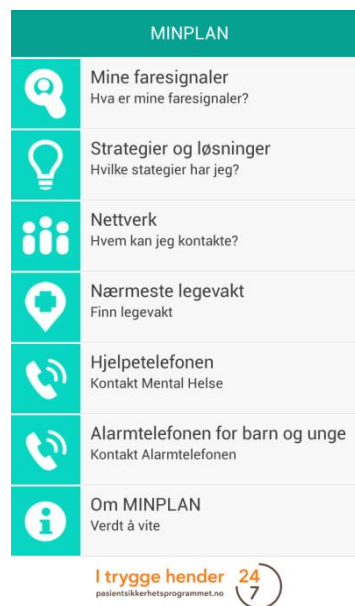
Figur 1: Skjerm bilde fra appen MINPLAN

Appen ”MINPLAN Norge” (heretter omtalt som MINPLAN) er en norsk versjon av en dansk app. Appen er tilpasset norske forhold i et samarbeid mellom SSHF, pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* og utviklerne av den danske appen. Appen er utviklet med tanke på pasienter i psykisk helsevern (Sørlandet sykehus HF & I trygge hender 24-7, 2014).

Appen baserer seg på tiltaket kriseplan (som er beskrevet i kapittel 2.3.1) og har som mål å forhindre selvmord, selvskadning og overdoser (Gjestland & Wirsching, 2014). Erfaringer fra pilotperioden i Danmark viser lovende resultater (Vindslund, 2014). I følge systemansvarlig for appen ved SSHF, Geir Inge Hausvik, er det ikke gjennomført forskning på appen ennå, men det er planer om dette i Danmark. Appen er relativt ny også i Danmark – betaversjonen ble lansert for to år siden og endelig versjon har vært tilgjengelig i omtrent halvannet år.

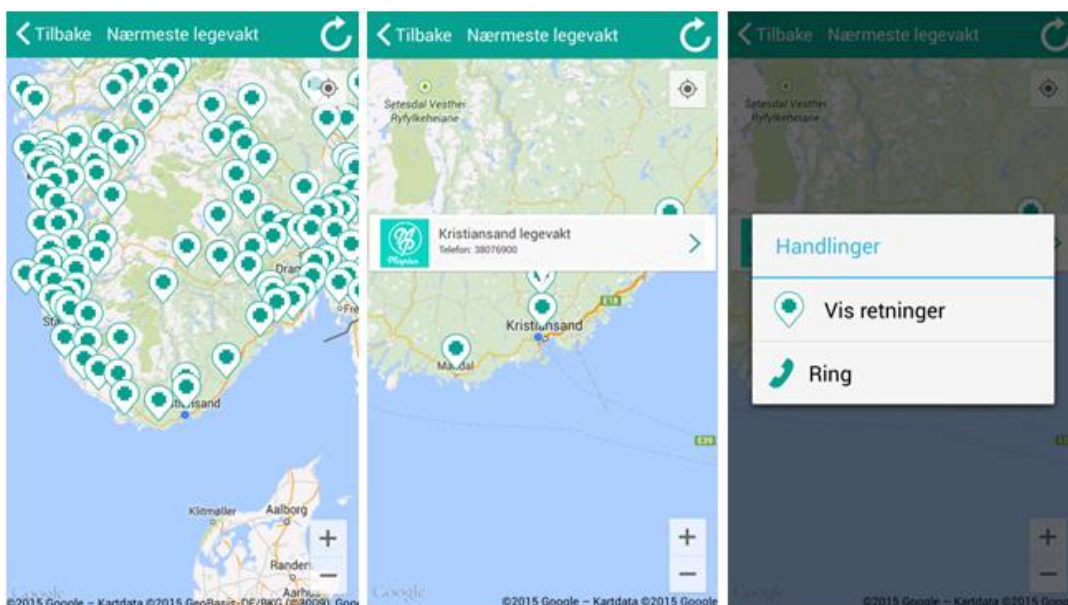
Appen er tilgjengelig for de to vanligste operativsystemene på smarttelefoner – Apples iOS og Googles Android. Den lastes ned til pasientens telefon, og pasienten legger selv inn aktuell informasjon. Det anbefales at kriseplan utarbeides i samarbeid med pasientens behandler (Sørlandet sykehus HF & I trygge hender 24-7, 2014). I kriseplanen beskriver pasienten med egne ord hvilke faresignaler han må være obs på. Til hvert av signalene kan brukeren beskrive strategier som kan hjelpe, for eksempel ringe til et familiemedlem, høre på en spesiell sang, se

på et spesielt bilde og så videre. Appen er koblet til telefonens kontaktliste og mediaspillere, slik at telefonsamtaler og sanger kan startes direkte fra appen.



Figur 2: Skjerm bilde fra appen MINPLAN

I appen er det også informasjon om hvor brukeren kan henvende seg ved kriser. Brukeren kan finne telefonnummer og retning til nærmeste legevakt (ved hjelp av telefonens posisjoneringssystem). I tillegg finnes kontaktinformasjon til Mental Helse og Alarmtelefonen for barn og unge.



Figur 3: Skjerm bilder fra appen MINPLAN

Det er ingen kobling mellom appen og journalsystemer i helsevesenet, og det er dermed ingen mulighet for uvedkommende å få tilgang til journalopplysninger.

2.5 Implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsevesenet

Det er gjort lite forskning på bruken av apper i helsevesenet, men det er etter hvert gjort mye forskning på implementering av IKT i helsevesenet. Det er beskrevet få eksperimentelle studier (Gagnon et al., 2009), men det er mange andre studier av høy metodisk kvalitet. Gagnon et al. (2012) har gjennomført en større oppsummeringsstudie hvor de har undersøkt faktorer som fremmer og hemmer implementasjon av IKT blant helsepersonell. De har identifisert 101 ulike studier hvor det har blitt forsket på implementering av ulike IKT blant helsepersonell. De viktigste faktorene som fremmer bruk av IKT er opplevd nytte og brukervennlighet. De viktigste hemmende faktorene er design, tekniske utfordringer, IKT-kunnskap og tid.

Tabell 3: Faktorer som fremmer og hemmer implementering av IKT i helsevesenet (Gagnon et al., 2012)

	Fremmer implementering	Hemmer implementering
IKT-relaterte faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Nytte • Brukervennlighet 	<ul style="list-style-type: none"> • Design • Tekniske utfordringer • Manglende kompatibilitet med arbeidsprosessen • Validitet (usikker vitenskapelig kvalitet, tilgjengelighet eller relevans på informasjonen fra systemet) • Kostnader • Juridiske bekymringer
Individuelle faktorer		<ul style="list-style-type: none"> • Manglende IKT-kunnskaper • Tidsbruk/økt arbeidsbelastning

Sosiale faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienters holdninger til IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevans for pasientene • Kollegers holdninger til IKT
Organisatoriske faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring • Superbrukere • Deltakelse av sluttbrukere i utviklingen av IKT • Ledelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsbelastning • Rollekonflikter mellom ulike profesjoner

Disse faktorene kan være både fremmende og hemmende, men de er plassert der de har størst virkning. Dårlig design vil for eksempel hemme implementering i større grad enn god design vil fremme implementering. En kan også anta at disse faktorene påvirker hverandre.

Men Gagnon et al. (2012) fant også at faktorene varierer avhengig av hvilken type teknologi som blir implementert. Ved implementering av personlige digitale assistenter (PDA) er opplevd nytte, brukervennlighet og superbrukere de viktigste faktorene for å fremme bruk (Abubakar, Williams & McEvoy, 2005; Di Pietro et al., 2008; Jotkowitz et al., 2006). I en norsk studie fra 2008 er det beskrevet en mislykket implementering av PDA i en somatisk sykehusenhet i Trondheim. Samtlige informanter i studien sa de savnet tilgjengelige superbrukere. Informantene ønsket at superbrukerne skulle være tilgjengelig i enheten og ivareta følgende oppgaver: Brukerstøtte, opplæring og motivere helsepersonell til å bruke PDAen. I tillegg kom det frem at det var vel så viktig for informantene å forstå *hvorfor* teknologien skulle tas i bruk som det var å forstå *hvordan* teknologien skulle brukes (Andre, Ringdal, Loge, Rannestad & Kaasa, 2008). PDAer er i dag i stor grad erstattet av smarttelefoner (Rossen, 2009).

Denne forskningen indikerer at generelle modeller for teknologiakseptanse, som UTAUT og DeLone og McLeans suksessmodell, er gyldige også innenfor helsevesenet. Disse generelle modellene vil bli nærmere beskrevet i kapittel 3. Men forskningen viser også at det er behov for ulike implementasjonsstrategier avhengig av hva slags teknologi som skal implementeres.

2.6 Oppsummering

Selv mord og selvmordsforsøk er et betydelig samfunnsproblem som rammer flere tusen mennesker årlig i Norge. Det er en rekke kjente risikofaktorer som alene eller sammen øker risikoen for selvmord. I tillegg er det flere kjente beskyttelsesfaktorer som reduserer risikoen. Men det er ingen kjente enkeltfaktorer som tydelig predikerer selvmord. Selvmord er ofte et resultat av et samspill mellom risikofaktorer og belastende livshendelser, og selvmordsforebygging bør derfor inkludere en forståelse av kontekst.

Det er komplisert å forske på selvmord, og av den grunn er det ofte relativt lav grad av evidens for de anbefalte tiltakene for selvmordsforebygging innenfor psykisk helsevern. Til tross for disse forskningsmessige svakhetene anbefales en rekke ulike psykoterapeutiske, medikamentelle og systemrettede tiltak. Ett av disse tiltakene er kriseplan, som skal gi større forutsigbarhet for pasienter, pårørende og behandlere. MINPLAN er en elektronisk kriseplan i form av en mobilapplikasjon som installeres på pasientens mobiltelefon. Appen inneholder alle anbefalte punkter i en kriseplan og inneholder i tillegg kontaktinformasjon til legevakter og brukerorganisasjoner.

Forskning tyder på at det er samme faktorer som påvirker helsepersonell i forhold til å ta i bruk ny teknologi som i samfunnet for øvrig, spesielt oppfattet nytte og brukervennlighet. I tillegg tyder forskningen på at det er viktig med god opplæring og tilgjengelige superbrukere.

3.0 Teoretisk rammeverk

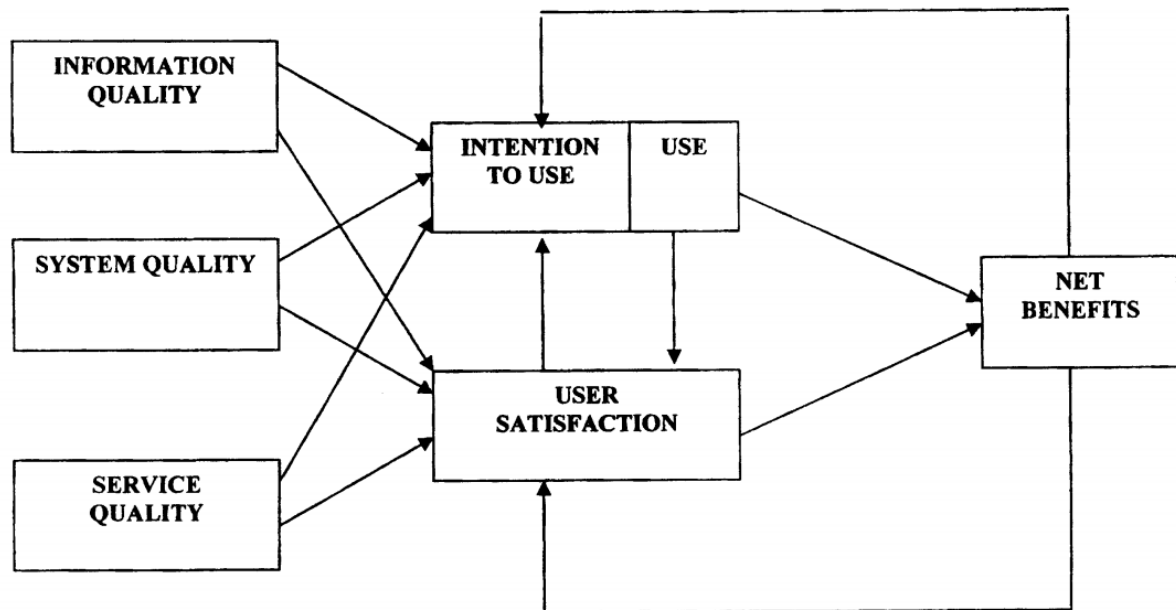
Prosjektet har et kvalitativt design, og det er ikke aktuelt å teste kjente modeller eller å utvikle nye. Men det finnes flere modeller for teknologiakseptanse og informasjonssystemsuksess som beskriver faktorer som bidrar til suksess, og det er relevant å bruke disse modellene som et rammeverk når jeg skal drøfte problemstillingen. Jeg vil særlig bruke DeLone og McLeans oppdaterte modell for informasjonssystemsuksess (DeLone & McLean, 2003). I tillegg vil jeg bruke elementer fra Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) (Venkatesh, Morris, Davis & Davis, 2003).

I tillegg til disse spesifikke modellene for informasjonssystemer og teknologi vil jeg bruke Steven Alters generelle arbeidssystemteori (Alter, 1999). Denne setter informasjonssystemer inn i en helhet, og viser hvordan endringer i teknologi kan påvirke resten av organisasjonen.

3.1 DeLone og McLeans modell for informasjonssystemsuksess

I 1992 publiserte DeLone og McLean sin første modell for informasjonssystemsuksess (IS-suksess) hvor de identifiserte seks hovedkategorier av faktorer for suksess: Systemkvalitet, informasjonskvalitet, bruk, brukertilfredshet, individpåvirkning og organisasjonspåvirkning. Disse faktorene er avhengige av hverandre og danner en modell (DeLone & McLean, 1992).

I 2003 publiserte de en oppdatert IS-suksessmodell (DeLone & McLean, 2003). Det er denne oppdaterte modellen som vil bli brukt i dette prosjektet.



Figur 4: DeLone og McLeans oppdaterte modell for informasjonssystemsuksess (DeLone & McLean, 2003)

Informasjonskvalitet (information quality) sier noe om egenskapene til informasjon som brukeren får ut av systemet. Informasjonen må være presis, relevant og lett å forstå (DeLone & McLean, 2003).

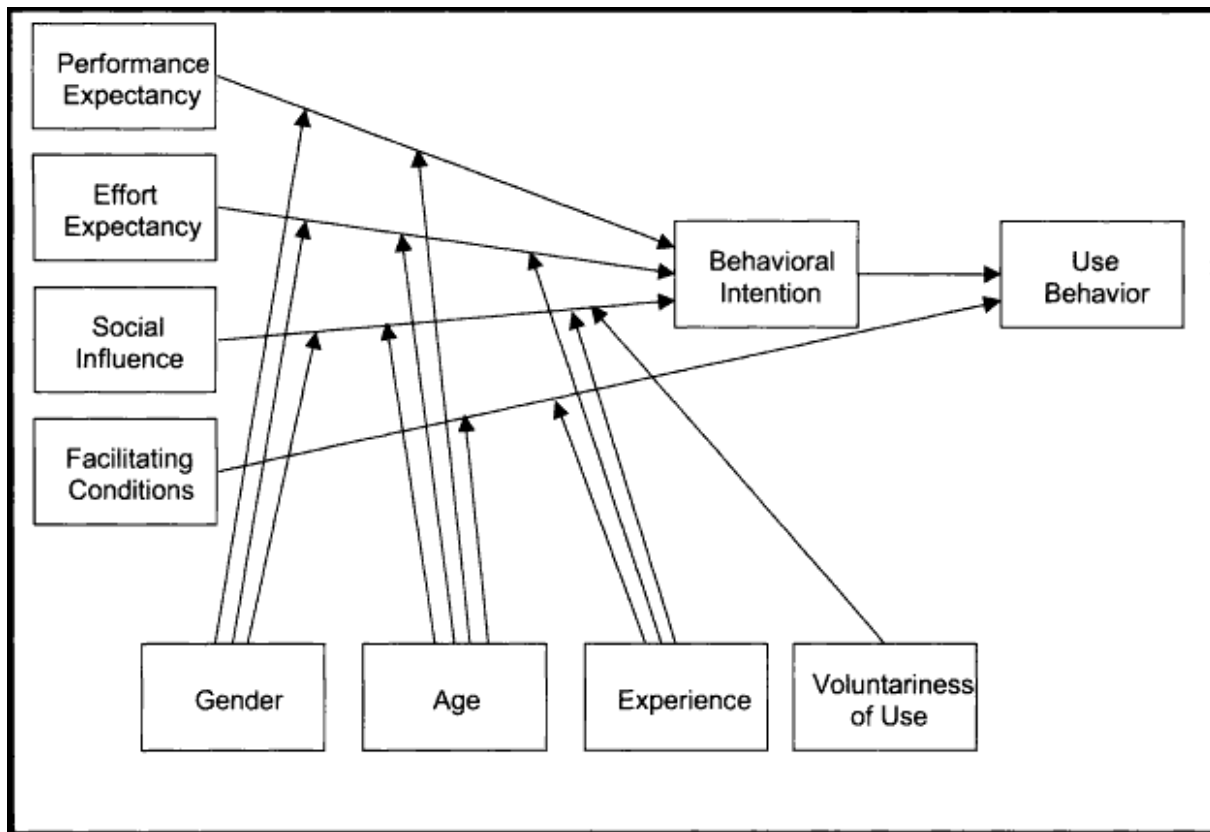
Systemkvalitet (system quality) sier noe om egenskapene til selve informasjonssystemet. Brukervennlighet, tilgjengelighet, pålitelighet, tilpasningsmuligheter og responstid er viktige systemkvaliteter (DeLone & McLean, 2003).

Servicekvalitet (service quality) sier noe om brukerstøtte. Pålitelighet, tilgjengelighet, kunnskap og brukerfokus er sentrale servicekvaliteter (DeLone & McLean, 2003).

Intensjon om bruk (intention to use), bruk (use) og brukertilfredshet (user satisfaction) er nært knyttet sammen. Intensjon om bruk er en holdning, mens bruk er en atferd. Det er vanskelig å måle hvordan holdninger påvirker atferd, men DeLone og McLean har allikevel valgt å beholde begge faktorene i modellen. I en prosessmodell vil bruk følge intensjon om bruk og brukertilfredshet vil følge bruk. Men i en kausal modell vil bruk føre til større (eller mindre) brukertilfredshet. Og brukertilfredshet vil igjen påvirke intensjon om bruk og bruk (DeLone & McLean, 2003).

Nettofordeler (net benefits) erstatter individ- og organisasjonspåvirkning i den oppdaterte modellen. Det skyldes at bruken av informasjonssystemer har endret seg betydelig siden den første modellen ble publisert. Informasjonssystemer påvirker både individer, grupper, hele organisasjoner, flere organisasjoner og så videre. For å gjøre modellen enklere har forfatterne derfor samlet alt under nettofordeler. Modellen bruker begrepet nettofordeler fordi alle informasjonssystemer har både fordeler og ulemper. En viktig suksessfaktor vil dermed være at fordelene er større enn ulempene. Et annet sentralt spørsmål er: Fordeler for hvem? Systemet kan ha nettofordeler for organisasjonen, men ikke for brukeren. Det er derfor viktig å definere konteksten før en kan definere nettofordeler (DeLone & McLean, 2003).

3.2 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)



Figur 5: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) (Venkatesh et al., 2003)

Modellen er utarbeidet på bakgrunn av de mest brukte modellene for å forklare individuell akseptanse av informasjonsteknologi (IT) i organisasjoner. Modellen peker på fire faktorer som direkte påvirker bruk av IT: Nytte (performance expectancy, brukervennlighet (effort expectancy), sosial påvirkning (social influence) og brukerstøtte (facilitating conditions). I

tillegg peker modellen på fire faktorer som modererer hovedfaktorene: Kjønn (gender), alder (age), erfaring (experience) (det vil si IT-erfaring) og frivillighet (voluntariness of use) (Venkatesh et al., 2003).

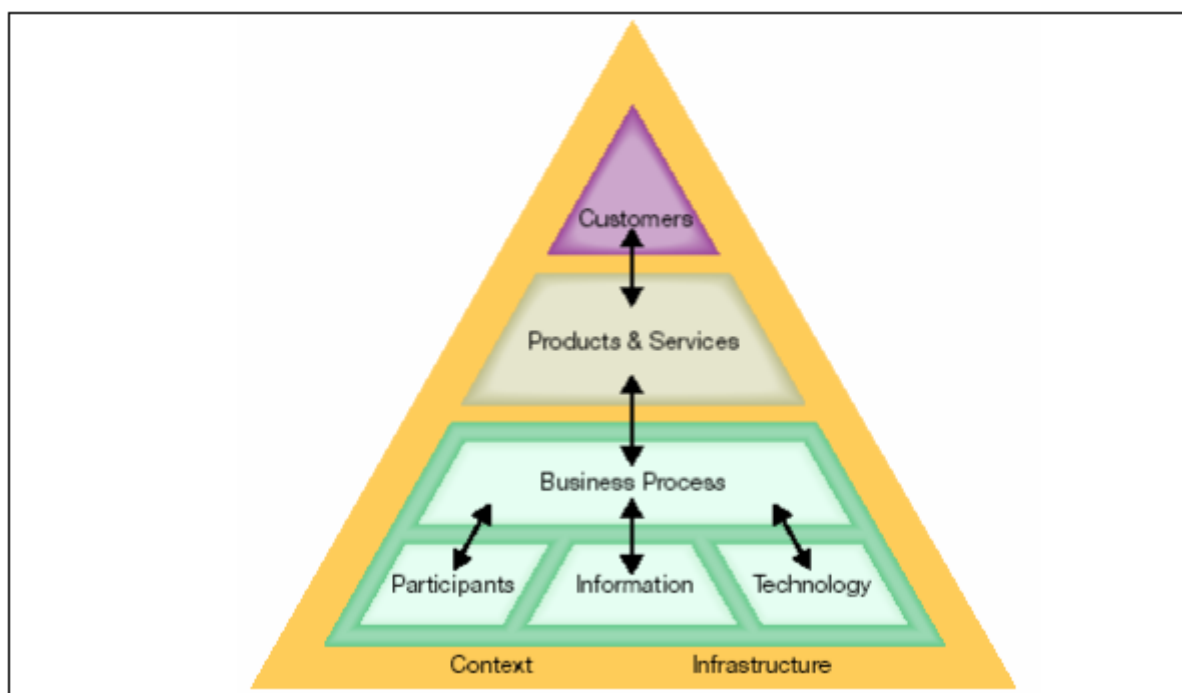
Av disse faktorene er det nytte (performance expectancy) som er den største predikatoren for fremtidig bruk. Dersom brukerne oppfatter teknologien som nyttig, vil de mest sannsynlig bruke den. Men dette blir påvirket av de modererende faktorene, særlig alder og kjønn. For kvinner (spesielt eldre kvinner) er brukervennlighet (effort expectancy) viktigere enn for menn (spesielt yngre menn) (DeLone & McLean, 2003).

I motsetning til DeLone og McLeans IS-suksessmodell sier UTAUT (i likhet med andre akseptansmodeller) ingenting om bruk av teknologi har positive effekter for en organisasjon (Venkatesh et al., 2003). Det er bruken i seg selv som er suksessen.

3.3 Alters teori om arbeidssystemer

Steven Alter har utarbeidet en teori hvor informasjonssystemer ses i sammenheng med arbeidssystemet de er en del av. Et arbeidssystem er et system hvor mennesker og/eller maskiner utfører en arbeidsprosess med hjelp av informasjon, teknologi og andre ressurser for å lage produkter for interne eller eksterne kunder. En organisasjon vil vanligvis inneholde flere arbeidssystemer. I følge Alter er det mer nyttig å fokusere på arbeidsprosessen enn for eksempel på informasjonssystemet eller organisasjonen (Alter, 1999).

Teorien til Alter kan visualiseres som en trekant (se Figur 6):



Figur 6: Alters trekant (Alter & Dennis, 2002)

Arbeidssystemet er de fire elementene innenfor det grønne feltet: Arbeidsprosess (business process), deltakere (participants), informasjon (information) og teknologi (technology).

Arbeidsprosessen er selve arbeidet som blir utført i arbeidssystemet. Arbeidsprosesser kan variere fra svært strukturerte via semistrukturerte til ustrukturerte. Dersom arbeidsprosessen er helt ustrukturert er det lite sannsynlig at et formelt informasjonssystem vil bidra på en konsistent og forutsigbar måte (Alter, 1999).

Deltakerne er menneskene som utfører arbeidet i arbeidsprosessen. En arbeidsprosess kan bli utført med varierende grad av suksess avhengig av deltakerens ferdigheter, opplæring og interesser. En deltaker i et arbeidssystem kan være deltaker i informasjonssystemet eller bruker av informasjon produsert av informasjonssystemet. Alter skiller mellom bruker og deltaker. Dette skillet er viktig for å forstå hvorfor informasjonssystemer blir sett på som viktige eller mindre viktige av brukerne. For noen er deltakelse i et informasjonssystem en sentral del av deres jobb. Andre deltar i mange arbeidsprosesser, og bruk av informasjonssystemet er bare aktuelt i én av dem. For disse vil informasjonssystemet være langt mindre viktig fordi deres oppmerksomhet er rettet mot andre arbeidssystemer (Alter, 1999).

Informasjon blir brukt av deltakerne i et arbeidssystem for å utføre arbeidet deres. Informasjonen er gjerne en kombinasjon av harde (systematiserte) og myke (subjektive eller intuitive) data. Bedre informasjon kan bedre effekten av arbeidssystemet, men det er større sannsynlighet for det dersom informasjonen er en del av en strukturert arbeidsprosess (Alter, 1999).

Teknologi er hardware, software og andre verktøy som blir brukt av deltakerne i arbeidssystemet for å utføre arbeidet (Alter, 1999).

Hensikten med arbeidssystemet er å lage et produkt (products and services) for kunden. Produktet kan være fysiske gjenstander, informasjon eller tjenester eller en kombinasjon av disse (Alter, 1999).

Kundene (customers) er den som mottar og bruker arbeidssystemets produkt. Kundene kan være eksterne eller interne deltakere i andre arbeidssystemer i organisasjonen (Alter, 1999).

For å forstå et arbeidssystem mener Alter det er nødvendig å se på miljøet rundt systemet. Dette deler han opp i infrastruktur (infrastructure) og kontekst (context).

Med infrastruktur menes mennesker og teknologi som arbeidssystemet er avhengig av for å fungere, men som eksisterer og ledes fra utsiden av arbeidssystemet (Alter, 1999). Dette kan for eksempel være en personalavdeling i et sykehus. Menneskene der er ikke en del av arbeidssystemene for behandling av pasienter, men de er nødvendige for at disse arbeidssystemene skal fungere. Alter skiller også mellom teknologi i arbeidssystemet og teknologi i infrastrukturen (Alter, 1999). For eksempel vil den elektroniske pasientjournalen kunne være en del av arbeidssystemet for behandling av pasienter, mens databasene og teknisk support vil være en del av infrastrukturen.

Kontekst er det organisatoriske, konkurransemessige, teknologiske og juridiske området arbeidssystemet virker i. Dette er faktorer som arbeidssystemet ikke er direkte avhengig av (i motsetning til infrastruktur), men som likevel påvirker systemet. Konteksten kan skape insentiver eller hindringer for endringer, for eksempel gjennom lovverket (Alter, 1999).

For at arbeidssystemet skal fungere friksjonsfritt må elementene være balansert og på linje. Med balansert menes at ressursene er forholdsmessig likt fordelt mellom de ulike elementene i arbeidssystemet slik at ingen elementer har alt for mye eller for lite ressurser i forhold til de andre elementene. På linje (alignment) betyr at de uttalte målene til de ulike elementene er konsistente og gjensidig styrkende. Ubalanse og manglende alignment skaper friksjoner som kan føre til nedsatt funksjon i arbeidssystemet, nedsatt kvalitet på produktet og kan føre til at energien flyttes fra produksjon til misnøye og konflikter. Dersom en foretar endringer i en del av arbeidssystemet, for eksempel ved å innføre ny teknologi, vil det som regel være nødvendig med endringer i andre elementer for å opprettholde balansen. Det er for eksempel lite sannsynlig at ny teknologi vil føre til endringer i arbeidssystemets ytelse dersom det ikke gjøres endringer i deltakerne eller arbeidsprosessen (Alter, 1999).

I følge Alter (1999) er informasjonssystemer en spesiell type arbeidssystem som har som oppgave å enten produsere informasjon eller støtte eller automatisere arbeid utført av andre arbeidssystemer. Informasjonssystemer kan bare automatisere strukturerte arbeidsprosesser.

Det er en varierende grad av integrasjon mellom informasjonssystemer og arbeidssystemene de støtter. Ved minimal integrasjon gir informasjonssystemet informasjon som brukes i arbeidssystemet, men spiller ingen aktiv rolle i systemet. Ved høyere integrasjon brukes informasjonssystemet som et verktøy i arbeidssystemet, og ved maksimal integrasjon er det så godt som umulig å skille arbeidssystemet fra informasjonssystemet. Graden av integrasjon påvirker hvor mye eventuelle svakheter i informasjonssystemet betyr for arbeidssystemet. Ved minimal integrasjon vil det viktigste være at informasjonen fra informasjonssystemet er tilstrekkelig, mens ved maksimal integrasjon kan svakheter i informasjonssystemet stoppe hele arbeidssystemet. Liten integrasjon kan også bety at deltakerne i arbeidssystemet vil bruke så lite tid og krefter på informasjonssystemet at det vil begrense informasjonssystemets innflytelse på arbeidssystemet (Alter, 1999).

3.4 Oppsummering

DeLone og McLean viser hvordan informasjons-, system- og servicekvalitet påvirker brukernes intensjon om å bruke, faktisk bruk og brukertilfredshet av et system. I tillegg viser modellen hvordan nettofordeler av bruken forsterker brukeratferden. I motsetning til

teknologiakseptansmodeller er det ikke bruken av systemet, men nettofordelene for organisasjonen som viser om systemet er en suksess.

UTAUT er en teknologiakseptansmodell, og som nevnt i forrige avsnitt er det bruken av teknologi som er målet på suksess. Denne modellen viser særlig sammenhengen mellom nytte, brukervennlighet og bruk. I tillegg viser modellen hvordan faktorer som kjønn, alder, erfaring og frivillighet påvirker hvordan brukeren oppfatter nytten og brukervennligheten.

Steven Alter viser i sin teori om arbeidssystemer hvordan teknologi må ses som en del av et større arbeidssystem. Teorien viser hvordan endringer i teknologi bør føre til endringer i resten av arbeidssystemet for å unngå friksjoner. I tillegg viser teorien at i hvilken grad informasjonssystemer er integrert i arbeidssystemer påvirker hvordan de virker på resten av arbeidssystemet og om endringer i teknologi fører til endring i arbeidssystemet.

4.0 Metode

I dette masterprosjektet har jeg brukt to metodiske tilnærminger: Litteratursøk og datainnsamling i felt. Litteratursøket er nærmere beskrevet i kapittel 2.1 og vil derfor ikke bli omtalt ytterligere i dette kapitlet.

4.1 Valg av metode

Jeg har valgt et kvalitativt design på prosjektet. Jeg ønsker å undersøke og forstå hvordan ny teknologi kan implementeres i selvmordsforebygging. Innenfor rammen av et masterprosjekt vil det være vanskelig, både tidsmessig og etisk, å undersøke eventuell effekt av appen gjennom et eksperiment. Jeg mener derfor at et kvalitativt design vil passe bedre enn et kvantitativt.

Jeg vil ha en fenomenologisk tilnærming. I følge Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2005) er målet med fenomenologi økt forståelse og innsikt i andres verden. Siden jeg ønsker å utforske hvordan helsepersonell i psykisk helsevern jobber med selvmordsnære pasienter og hvordan MINPLAN virker inn på dette, mener jeg et fenomenologisk design er det mest hensiktsmessige.

Til datasamling har jeg valgt å bruke et kvalitativt, semistrukturert intervju. Gjennom intervju kan en få frem erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2003).

4.1.1 Utforming av intervjuguide

Som masterstudent er jeg relativt uerfaren med forskningsintervju, og intervjuguiden har derfor vært et viktig verktøy for meg (se vedlegg 2). Semistrukturerte intervju er nyttige når en skal dekke et eller flere tema i intervjuet. Intervjuguiden hjelper da forskeren til å sikre seg at alle tema blir dekket (Polit & Beck, 2010). Spørsmålene i guiden var åpne for at deltakerne i størst mulig grad skulle svare med deres egne ord og redusere muligheten for at svarene skulle bli styrt av meg.

Intervjuguiden bestod av noen få åpne hovedspørsmål. I tillegg utformet jeg noen delspørsmål for å sikre at temaene i prosjektet ble dekket.

Intervjuguiden ble utformet i forståelse med veileder.

4.1.2 Utvalg og tilgang til feltet

Utvalgene i kvalitative studier er nesten alltid små. Hensiktene med studiene er som regel å oppnå økt forståelse av et fenomen (Polit & Beck, 2010). I et masterprosjekt har en begrenset tid til rådighet. Dette legger klare begrensninger på utvalgsstørrelsen, og en må derfor begrense utvalget til mellom fem og ti personer (Johannessen et al., 2005). Dette prosjektet har syv informanter.

Utvelgingen av informantene var kriteriebasert, det vil si at de måtte oppfylle visse kriterier for å kunne inkluderes (Johannessen et al., 2005): Informantene måtte arbeide med selvmordsnære personer, de måtte kjenne til bruk av kriseplan og de måtte være kjent med appen MINPLAN.

Siden appen er utviklet av Sørlandet sykehus valgte jeg å rekruttere informanter der. Jeg henvendte meg til sykehusets forskningsenhet, og gjennom den fikk jeg tillatelse til å samle inn data i aktuelle avdelinger. Selve rekrutteringen ble gjennomført via enhetsledere i de aktuelle avdelingene. Jeg sendte informasjonsskriv (vedlegg 1) til enhetslederne, og de fant personer som oppfylte kriteriene og var villige til å delta som informanter.

Målet var å rekruttere informanter fra to-tre ulike enheter ved ulike behandlingssteder. Jeg klarte å rekruttere informanter fra to ulike enheter ved to forskjellige behandlingssteder, men det er en klar overvekt av informanter fra den ene enheten.

I utgangspunktet ønsket jeg også å rekruttere informanter fra brukerforeninger. Dette kunne jeg dessverre ikke gjennomføre på grunn av tidsknapphet. Data om brukerforeningenes synspunkt på MINPLAN hadde vært nyttig å ha med i analysen, og denne mangelen svekker dermed oppgaven noe.

4.1.3 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Dette var en arena hvor informantene sannsynligvis kjente seg trygge og som dermed økte muligheten for at de ville

kjenne seg mer komfortable i intervjusituasjonen. Alle intervjuene ble gjennomført i egnede rom uten forstyrrelser fra andre.

Før intervjuet begynte informerte jeg deltakerne om prosjektet. Jeg la særlig vekt på at alle data fra intervjuet ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert i den ferdige oppgaven. De ble også informert om at de kunne avbryte intervjuet når som helst dersom de ønsket det.

Det er fornuftig å begynne intervjuene med ukompliserte spørsmål (Johannessen et al., 2005). Jeg åpnet derfor med faktaspørsmål om informantene som utdanning og arbeidserfaring. Jeg gikk deretter inn på spørsmålene knyttet til selvmordsproblematikk, kriseplan og MINPLAN.

Etter intervjuet fikk deltakerne mulighet til å gi utfyllende kommentarer eller komme med andre spørsmål.

4.1.4 Transkribering

Seks av de syv intervjuene ble transkribert. Ett av opptakene hadde så dårlig lyd kvalitet at det ikke var mulig å transkribere intervjuet.

Jeg har transkribert intervjuene selv. Dette var veldig tidskrevende, men samtidig gav det meg mer informasjon enn jeg ville ha fått dersom noen andre hadde gjort det for meg. Gjennom transkripsjonen ble jeg minnet på hvordan hvert intervju forløp, for eksempel hvordan stemningen i intervjuet var. Transkriberingen var også nyttig i den forstand at jeg lærte mye om min egen intervjustil.

Hvordan intervjuer transkriberes er avhengig av hva de skal brukes til. Transkripsjoner som skal brukes til språklige analyser krever en langt mer detaljert transkripsjon enn meningsanalyser (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette prosjektet var det ingen språklig analyse, og intervjuene ble derfor ikke transkribert med alle «eeeh»-er, «øøøh»-er og lignende pauselyder. Men utover det ble transkripsjonen gjort ordrett.

Det kan være stor forskjell på muntlig og skriftlig språk. Et uhøytidelig, muntlig språk i et intervju kan fremstå som usammenhengende og uintelligent når det blir transkribert (Kvale & Brinkmann, 2009). Sitatene som brukes i oppgaven har derfor blitt endret noe slik at de fremstår i en mer korrekt skriftlig form.

4.1.5 Analyse av intervjuer

Intervjuer gir en stor mengde ustrukturerte data, og det er utfordrende å redusere denne datamengden til en mer håndterlig størrelse, identifisere mønstre og formidle dette videre (Johannessen et al., 2005).

Det finnes en lange rekke teknikker for å analysere kvalitative data, og hvilke en velger er avhengig av forskningsdesign. I dette prosjektet har jeg valgt å bruke en tilnærming som er vanlig i fenomenologiske studier: Analyse av meningsinnhold (Johannessen et al., 2005).

Analyse av meningsinnhold kan deles inn i fire hovedfaser:

Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold

I denne fasen er hensikten å få et helhetsinntrykk av datamaterialet ved å lese gjennom hele materialet. I denne fasen er det viktig å ikke bli for detaljfokusert, men legge merke til hovedtemaer (Johannessen et al., 2005).

Hovedtemaene i intervjuene i dette prosjektet ble i stor grad styrt av hovedspørsmålene i intervjuguiden. Temaene som gikk igjen var kriseplan, arbeid med selvmordsnære pasienter og MINPLAN.

Koding

I denne fasen forsøker en å finne meningsbærende enheter i datamaterialet. En skiller da ut materiale som er relevant for det en vil undersøke og prøver å finne det som gir kunnskap om hovedtemaene. De meningsbærende enhetene kodes slik at det senere blir mulig å organisere materialet (Johannessen et al., 2005). I følge Liv Fegran kan kodene være induktive eller deduktive. Ved induktiv analyse lages koder fortløpende når en leser teksten, og en går fra det spesifikke til det generelle. Ved deduktiv analyse lager en koder på bakgrunn av eksisterende kunnskap eller hensikten med studien. En går da fra det generelle til det spesifikke (Forelesningen Dataanalyse og fortolkning, 22. mars 2010).

Jeg valgte en induktiv tilnærming da jeg kodet teksten. Jeg valgte å gjøre det på denne måten fordi jeg ikke ønsket å binde meg for mye opp mot kjente modeller og teorier.

Det er viktig at en ikke mister helheten når en koder en tekst. I motsetning til koding i kvantitative undersøkelser er det helheten som er viktig (Johannessen et al., 2005).

Kondensering

I denne fasen trekker en det kodete materialet ut fra teksten slik at en står igjen med et redusert datamateriale. Dette kondenserte materialet blir så organisert. Noen av kodeordene blir slått sammen til nye, mer abstrakte kodeord, mens andre ordnes hierarkisk slik at noen koder blir underordnet andre koder (Johannessen et al., 2005).

I denne fasen så jeg til teoriene jeg skulle drøfte datamaterialet opp mot. En konkret kode som «den er jo grei» ble nå organisert under det mer abstrakte «systemkvalitet».

Sammenfatning

I den siste fasen settes det kondenserte materialet sammen til nye begreper og beskrivelser. En tar utgangspunkt i kodeordene og kategoriene og setter det sammen til en ny helhet. Det er viktig at en vurderer om det sammenfattede materialet er i tråd med helhetsinntrykket en hadde før en startet kodingen. Dersom det ikke er samsvar må en gå tilbake for å vurdere om en har gjort noe feil underveis i analysen.

En utfordring med analyse av intervjuer er at ulike tolkere finner ulik mening i samme intervju. Kvale og Brinkmann (2009) skiller mellom partisk og perspektivisk subjektivitet. Ved partisk subjektivitet ser en bare det som støtter ens egen mening, og velger fortolkninger som støtter opp om ens egne konklusjoner, og alternative fortolkninger forkastes. Perspektivisk subjektivitet oppnår en ved å velge ulike perspektiver og stille ulike spørsmål til den samme teksten. På denne måten kan en komme frem til ulike fortolkninger og konklusjoner. Partisk subjektivitet er ikke annet enn slett arbeid, mens perspektivisk subjektivitet er intervjuforskningens styrke.

4.2 Ethiske overveielser

Prosjektet er godkjent av Fakultetets etiske komite (FEK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og er gjennomført i tråd med godkjenningene deres.

All deltakelse i prosjektet har vært basert på frivillig informert samtykke, det vil si at deltakerne har blitt informert om formålet og hovedtrekkene i designet (Kvale & Brinkmann, 2009). De har også blitt informert mulige fordeler og ulemper med deltakelse og om retten til å trekke seg fra prosjektet. Informasjonen ble gitt skriftlig under rekruttering av deltakere (se vedlegg 1) og muntlig i forkant av intervjuet.

Innsamlede data må behandles konfidensielt slik at identiteten til informantene ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitative undersøkelser oppgir informantene mye informasjon om seg selv som kan brukes til å identifisere dem (Johannessen et al., 2005). Deltakerne har blitt informert om at alle data som brukes i oppgaven blir anonymisert. MINPLAN er nært knyttet til Sørlandet sykehus, og det er dermed vanskelig å unngå å opplyse om at informantene er rekruttert der. Samtidig er sykehuset så stort at det er fullt mulig å anonymisere informantene.

MINPLAN brukes av pasienter og andre selvmordsnære personer. Det ville derfor vært interessant å samle inn data blant pasienter. Jeg har vurdert dette, men konkluderte med at det kunne få uforsvarlige konsekvenser for eventuelle informanter. MINPLAN er en relativt ny app, og det er derfor sannsynlig at pasienter som har brukt appen fortsatt kan ha selvmordstanker. Deltakelse i prosjektet kunne derfor ha aktivert disse tankene og ført til forverring av problemene. Risiko for skade må stå i et rimelig forhold til mulig nytte (Ruyter, Førde & Solbakk, 2000), og jeg kom frem til at dataene jeg kunne fått med å inkludere pasienter ikke ville stått i forhold til risikoen for å forverre deres tilstand.

Jeg er selv ansatt i Klinikk for psykisk helse i Sørlandet sykehus, og dette kan skape etiske utfordringer. For eksempel kan informanter føle at det er vanskelig å si nei til deltakelse i et prosjekt som gjennomføres av en kollega (Personvernombudet for forskning, N.d.). Dette kan bli problematisk i forhold til prinsippet om frivillig samtykke. Jeg jobber ikke i noen av avdelingene hvor datasamling ble gjennomført, og jeg hadde aldri møtt informantene før intervjuene. Jeg mener derfor at det er lite sannsynlig at informantene følte seg presset til å delta fordi jeg jobber i samme klinikk.

4.3 Metodiske overveielser

Kvalitative metoder er særlig nyttige der kunnskapsgrunnlaget er begrenset, der problemstillingen er kompleks og sammensatt og der en stiller seg åpen for en mengde svar (Malterud, 2002). En klar fordel med kvalitativ datainnsamling er åpenhet og fleksibilitet. Forskeren utarbeider gjerne en intervjuguide i forkant, men spørsmålene kan endres underveis dersom det er behov for det og tilpasses til den enkelte informant. Ulempen er at kvalitativ datainnsamling er tidskrevende, og det er dermed begrenset hvor mange informanter som kan inkluderes. Det er dermed vanskelig å trekke slutninger som kan generaliseres til større grupper (Johannessen et al., 2005).

MINPLAN er en relativt ny app, og som jeg beskrev i kapittel 2.1 er det gjort lite forskning på bruk av apper og annen telemedisin til selvmordsforebygging. I dette prosjektet er det viktigere å finne ut av hvordan appen brukes og forstå konteksten den skal brukes i. I lys av dette begrensede kunnskapsgrunnlaget mener jeg derfor at en kvalitativ tilnærming er best egnet i dette prosjektet.

En svakhet med kvalitative undersøkelser er at det kan være vanskelig å bedømme om forskeren har gjort gode valg i forhold til analysen av datamaterialet. Kvalitative datainnsamlingsmetoder produserer store mengder av data, og det er svært begrenset hvor mye av dette materialet forskeren kan publisere. Dersom forskeren ikke gir en god beskrivelse av analyseprosessen, vil det dermed være vanskelig for andre å vurdere kvaliteten på studien (Polit & Beck, 2010).

4.3.1 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Det er enighet blant kvalitative forskere om at det er viktig med høy kvalitet i forskningen, men det er stor uenighet om hva som er høy kvalitet. Som en følge av dette finnes det ingen felles vokabular for kvalitet i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2010).

Validitet/troverdighet

Johannessen et al. (2005) bruker begrepene troverdighet og begrepsvaliditet om hverandre, mens Kvale og Brinkmann (2009) likestiller validitet med gyldighet.

Innen kvantitativ forskning kan validitet uttrykkes som måler vi det vi tror vi måler. Ut i fra denne definisjonen er ikke kvalitative undersøkelser valide fordi de ikke kan måles (Johannessen et al., 2005). En del mener at validitet hører hjemme i en positivistisk tradisjon, og at det derfor er mer riktig å snakke om troverdighet enn validitet i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2010). Troverdighet i kvalitativ forskning kan uttrykkes som i hvilken grad forskerens funn reflekterer hensikten med studiet og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2005).

Det er særlig to tiltak forskeren kan bruke for å øke troverdigheten på undersøkelsen: Vedvarende observasjon og triangulering. Vedvarende observasjon vil si at forskeren bruker nok tid på datainnsamling til å få en dybdeforståelse av kulturen, språket og meningene til deltakerne og dermed oppnår en metning i datamaterialet (Polit & Beck, 2010). Gjennom vedvarende observasjon bygger forskeren tillit til deltakerne og får nok data til å skille relevant fra irrelevant informasjon (Johannessen et al., 2005). Triangulering kan deles i metodetriangulering og datatriangulering. Ved metodetriangulering bruker forskeren forskjellige metoder for å samle inn data, for eksempel observasjon og intervju (Johannessen et al., 2005). Ved datatriangulering brukes flere forskjellige kilder for å samle inn data. Polit og Beck (2010) skiller mellom tids-, steds- og persontriangulering. Ved tidstriangulering samler en inn data om det samme fenomen eller de samme menneskene på forskjellige tidspunkter. Stedstriangulering vil si at en samler inn data om samme fenomen på flere ulike steder. Persontriangulering vil si at data samles inn fra forskjellige typer mennesker eller mennesker på forskjellig nivå.

I dette prosjektet har data blitt samlet inn gjennom intervju på to enheter på to lokasjoner. Informantene har hatt ulik utdanningsbakgrunn. Denne datatrianguleringen styrker troverdigheten til dataene jeg har samlet inn. Det er vanskelig å beskrive syv intervjuer som vedvarende observasjon, men samtidig opplevde jeg en relativt rask datametning. Allerede etter tre-fire intervjuer begynte det å komme lite ny informasjon om temaet.

Forskeren kan også tilbakeføre resultatene til informantene for bekreftelse eller la andre analysere det samme datamaterialet for å se om tolkningen blir sammenlignbar (Johannessen et al., 2005). Alle informantene i dette prosjektet fikk tilbud om å lese gjennom det transkriberte intervjuet, men ingen ønsket det. På grunn av tidsknapphet har det ikke vært mulig å vise informantene resultatet av dataanalysen. Koding og analyse av datamaterialet har

kun vært gjennomført av meg. Dette mener jeg bidrar til å senke troverdigheten til undersøkelsen.

Reliabilitet/pålitelighet

Reliabilitet eller pålitelighet er knyttet til undersøkelsens data. Hvilke data skal samles inn, hvilken måte blir de samlet inn og hvordan blir de analysert? I kvantitative undersøkelser kan en bruke egne metoder for å teste reliabilitet, men det er ikke mulig i kvalitative undersøkelser. I kvalitative undersøkelser er som regel datainnsamlingen ikke strukturert. I tillegg bruker forskeren seg selv som instrument når datamaterialet skal tolkes, og det er derfor umulig for andre å sette seg helt inn i fortolkningsprosessen (Johannessen et al., 2005).

Det finnes likevel metoder for å styrke en undersøkelses pålitelighet. Forskeren kan gi en grundig beskrivelse av konteksten hvor dataene er samlet inn. I tillegg bør forskeren gi en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten for tolkning av datamaterialet (Johannessen et al., 2005).

Konteksten vil bli beskrevet i kapittel 5, og dataanalysen er nærmere beskrevet i kapittel 4.1.5. Dette gir leseren innsikt i hvordan analysen har blitt gjennomført, og dette bidrar derfor til å styrke påliteligheten.

Overførbarhet

I motsetning til kvantitative undersøkelser er det ikke noe mål for kvalitative undersøkelser å generalisere resultatene til en gruppe eller befolkning. I stedet er det vanlig å snakke om overførbarhet, det vil si om en lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger (Johannessen et al., 2005).

Kvale og Brinkmann (2009) skriver om analytisk generalisering. Her kommer forskeren med en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene kan overføres til andre situasjoner.

Det var lite variasjon i svarene fra informantene, og på bakgrunn av det kan en anta at det er en viss overførbarhet til lignende enheter i Sørlandet sykehus. Samtidig mener jeg at det lave antall informanter i dette prosjektet legger en klar begrensning på overførbarheten.

Datamaterialet avdekket også at MINPLAN foreløpig er lite brukt. Mer bruk kan føre til at en

fremtidig undersøkelse gir helt andre data, og jeg mener derfor det er god grunn til å være tilbakeholden med å overføre resultatene fra denne undersøkelsen til lignende situasjoner.

5.0 Analyse og drøfting

I dette kapitlet vil data fra den kvalitative undersøkelsen bli drøftet opp mot eksisterende forskning og informatikkfaglige teorier. Jeg vil først beskrive konteksten dataene ble samlet inn. Deretter vil jeg drøfte tiltaket kriseplan før data om appen MINPLAN blir drøftet. Til slutt vil jeg drøfte implementering av MINPLAN.

5.1 Kasusbeskrivelse

Sørlandet sykehus er områdesykehus for Agder-fylkene og gir spesialisthelsetjenester innenfor fagområdene medisin, kirurgi og psykisk helsevern. Sykehuset har virksomhet fordelt på tre hovedlokasjoner (Arendal, Kristiansand og Flekkefjord), men har også virksomhet på en rekke andre geografiske steder i Agder. I 2013 var det i gjennomsnitt i underkant av 5 300 brutto månedsverk ansatt i sykehuset (Sørlandet sykehus HF, 2014).

Sykehuset er delt opp i tre kliniske klinikker: Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og Klinikk for psykisk helse. I tillegg har sykehuset medisinsk serviceklinikk, driftsenhet og stabsavdelinger. Klinikk for psykisk helse (KPH) tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor spesialitetene psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Klinikken har åtte ulike avdelinger, og hver av disse er delt opp i enheter. I 2013 var det 80 970 liggedøgn og 175 433 polikliniske konsultasjoner i klinikken (Sørlandet sykehus HF, 2014).

De syv informantene er rekruttert fra to ulike avdelinger i KPH ved to av hovedlokasjonene: Ett distriktpsikiatrisk senter (DPS) og en sykehusavdeling. Alle informantene er kvinner. To av informantene er i 30-årene, fire i 50-årene og én i 60-årene. Alle har en helsefaglig utdanning, men på forskjellig nivå: Én er hjelpepleier, fem er sykepleiere og én er lege. Samtlige informanter har jobbet i KPH i flere år og jobber nå i døgneheter, og samtlige informanter oppfyller inklusjonskriteriene: De jobber med selvmordsnære pasienter, de er kjent med kriseplan og de er kjent med MINPLAN.

5.2 Er kriseplan et nyttig tiltak?

En viktig forutsetning for at appen MINPLAN skal brukes er at tiltaket kriseplan oppleves som nyttig. Dersom kriseplan er unyttig, er det usannsynlig at MINPLAN vil oppleves som nyttig.

Pasienter i psykisk helsevern har en høyere risiko for selvmord enn befolkningen generelt, og risikoen øker i takt med behandlingsnivået. Det vil si at det er høyere selvmordsrisiko for pasienter i døgnenheter enn i poliklinisk behandling. En må anta at dette sannsynligvis har sammenheng med at alvorligheten og symptomtrykket i lidelsen er høyere blant pasienter i døgnbehandling. Det er altså ikke døgnbehandling i seg selv som er farlig. Men samtidig vet en at innleggelser fjerner pasienter fra sitt nettverk og kan føre til sosial isolasjon, noe som er en kjent risikofaktor for selvmord. I forbindelse med døgninnleggelser er det i tiden etter utskrivelse forhøyet risiko for selvmord. Risikoen er størst det første døgnet og avtar over det neste året. Derfor anbefaler det norske pasientsikkerhetsprogrammet at pasienter som har vært innlagt med selvmordsproblematikk skal ha med seg en kriseplan når de skrives ut.

Tilgang til hjelpeapparatet er en faktor som beskytter mot selvmord. En kriseplan tydeliggjør for pasienten hvor han kan henvende seg for å få hjelp, for eksempel legevakt eller psykiatrisk sykepleier. På den måten kan kriseplanen bygge opp om en beskyttelsesfaktor mot selvmord.

Etter litteraturgjennomgangen synes jeg anbefalingen fra pasientsikkerhetsprogrammet om bruk av kriseplan er noe problematisk. Det er begrenset med forskning på kriseplaner, og den forskningen som er gjort gir ingen evidens for at kriseplaner signifikant reduser selvmordsrisikoen. Er det riktig å gi en så klar anbefaling på et tiltak en ikke kan bevise virker?

I litteraturgjennomgangen har jeg vist at det er svært få av de anbefalte tiltakene innenfor selvmordsforebygging som kan vise til signifikant reduksjon i selvmordsrisiko. En kan jo da spørre seg om hvorfor de anbefales. Mye av den kjente forskningen på selvmordsproblematikk har metodiske svakheter. Mange av studiene har få informanter, og det er dermed vanskelig å generalisere dem til alle selvmordsnære pasienter. Et annet problem er at personer med alvorlig selvmordsproblematikk ofte blir ekskludert fra studiene. Ut i fra et etisk perspektiv kan en forstå hvorfor det er problematisk å forske på pasienter med selvmordsproblematikk. Det vil for eksempel være vanskelig å teste nye tiltak på pasienter som en vet

står i fare for å ta livet sitt. Samtidig fører dette til at det er begrenset med forskning på effekten av selvmordsforebyggende tiltak. En annen metodisk svakhet er at studiene er gjennomført i et begrenset tidsrom. Det er dermed vanskelig å vurdere om tiltakene har effekt over tid.

Til tross for disse metodiske svakhetene er det altså anbefalt at kriseplan er et av tiltakene for å forebygge selvmord i psykisk helsevern. Nasjonale retningslinjer blir kvalitetssikret av klinikere, og en må anta at fagmiljøene er enige om at kriseplan er et godt tiltak til tross for manglende evidens.

Informantene i dette prosjektet er helt samstemte i at kriseplan er et nyttig verktøy. De mener at kriseplan er nyttig både for helsepersonell og pasienten:

«For oss å vite at de har en kriseplan når de skal i permisjon eller utskrives er en trygghet. Og det får vi inntrykk av at mange av pasientene også synes.»

En av informantene mener at planene er nyttige for pasienten uten at pasienten nødvendigvis ser sammenhengen med planen:

«Jeg har pasienter som sier «Takk og lov for at jeg kunne ringe den og den» uten at de ser helheten, men jeg vet jo at det er fordi det er en plan på det.»

Flere av informantene mener at nytten med kriseplaner er todelt. For det første gir planen i seg selv forutsigbarhet og trygghet både for pasienten, pårørende og helsepersonell. Men de mener det er like viktig at arbeidet med kriseplanen setter i gang en prosess hos pasienten hvor de blir mer bevisst på hva som utløser selvmordstanker og -handlinger:

«Jeg tror absolutt en del av dem har god nytte av den. Bare det å lage den og sette i gang tankeprosessen på hva en kan gjøre i stedet i pressede situasjoner, bare det i seg selv tror jeg er en viktig ressurs for dem å ha med seg.»

En av informantene pekte på en svakhet med kriseplaner:

«Poenget med en kriseplan er at den skal brukes, og det er der utfordringen er. Det hjelper ikke hva vi vil, og hva vi lager, og hva vi hjelper pasienten med. De må faktisk være villig til å bruke det. Det er der utfordringen er.»

Denne svakheten mener jeg er et vesentlig ankepunkt mot kriseplaner. For at planene skal være til hjelp er en helt avhengig av at pasienten følger dem. En god kriseplan kan peke på gode strategier i krisesituasjoner, men hvis ikke pasienten bruker den, har den ingen effekt. På den andre siden gjelder dette for veldig mye annet innen pasientbehandling. En diabetiker vil ikke ha effekt av behandlingen hvis han ikke tar insulin, og en overvektig pasient vil ikke gå ned i vekt hvis han ikke følger dietten sin. For at behandling skal være effektiv er helsepersonell avhengig av at pasientene følger anbefalingene som gis. Informantene mine er enige i de nasjonale anbefalingene om at kriseplan er et nyttig tiltak. Jeg mener derfor at en kan ikke la være å bruke kriseplan fordi det er en mulighet for at pasientene ikke vil følge den.

Informantene er på linje med de nasjonale retningslinjene og mener kriseplaner er nyttige. Men en må ikke glemme å se helheten. Kriseplan er bare et lite tiltak i en lang rekke av anbefalinger, og det ville vært naivt å tro at kriseplaner alene vil føre til en stor reduksjon i forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk.

5.2.1 Oppsummering

Det er en del metodiske svakheter knyttet til forskning på kriseplaner og selvmordsforebygging, men det er likevel en klar anbefaling om at kriseplaner skal brukes i forbindelse med utskrivning fra døgnet i psykisk helsevern. Informantene i prosjektet er samstemte i at kriseplaner er et nyttig tiltak i arbeidet med selvmordsnære pasienter.

5.3 MINPLAN

DeLone og McLeans oppdaterte modell for informasjonssystemsuksess peker på to faktorer ved selve informasjonssystemet som påvirker bruken av systemet: Informasjonskvalitet og systemkvalitet.

Informasjonskvaliteten forteller noe om egenskapene til informasjonen brukeren får ut av systemet. Informasjonen bør være presis, relevant og lett tilgjengelig. Med presis menes det at

informasjonen er tydelig og konsis. Det vil da være mindre sjanse for at brukeren feiltolker informasjonen som systemet produserer. Relevant betyr som ordet antyder at informasjonen må være relevant i forhold til det brukeren ønsker. For eksempel bør et informasjonssystem som skal gi beslutningsstøtte i forhold til medisinerings bare gi informasjon om det og ikke informasjon om kirurgiske prosedyrer. Lett tilgjengelig vil si at informasjonen er tilgjengelig når brukeren trenger den.

MINPLAN er en enkel app. Med det mener jeg at det er begrenset hvor mye informasjon som kan legges inn og hentes ut av appen. På startsidene er det bare syv valg brukeren kan gjøre, og alle er tydelig merket med tekst og universelt gjenkjennelige symboler. Når informasjonen er lagt inn er det dermed lett å hente den ut igjen. Sannsynligvis vil pasientene ha større problemer med å legge inn informasjon enn å hente den ut, men det handler ikke om forhold ved appen:

«Det folk sliter mest med er å finne varselsymptomene sine.»

Varselssymptomer eller faresignaler er tegn pasienten må lære seg å kjenne for å kunne forutsi problemene før de oppstår. En pasient kan for eksempel ha søvnevansker som et faresignal. Hvis han sover dårlig over tid, kan det føre til selvmordstanker, og han bør derfor ha en strategi for hva han skal gjøre. For mange kan det være vanskelig å gjenkjenne egne faresignaler, og jeg synes derfor at det fornuftig at utviklerne anbefaler at pasienten får hjelp til å fylle inn informasjon i appen.

For helsepersonell er MINPLAN lett gjenkjennelig som en kriseplan:

«Den er i hovedsak lik kriseplanene vi har i vårt system.»

Med unntak av de som er kjent med kriseplaner fra før vil jeg anta at pasientene ikke synes den er like gjenkjennelig. Men igjen så tenker jeg at det blir helsepersonellens oppgave å hjelpe pasienten til å bli kjent med appen.

Informantene var samstemte i at MINPLAN inneholder alle elementer en kriseplan bør inneholde. Ingen mente den burde inneholde flere elementer:

«Jeg tenker den må ikke bli for komplisert heller fordi da blir det overveldende og for mye og så orker man ikke det heller. Den bør være enkel, oversiktlig og lett å finne ut av.»

Informasjonen i appen er tilgjengelig for brukeren så lenge han har telefonen med seg og det er strøm på telefonen. Alt brukeren trenger å gjøre er å åpne appen så er all informasjonen i kriseplanen tilgjengelig for ham, inkludert kontaktinformasjon til nærmeste legevakt. Det er tilgjengelighet informantene trekker frem som appens største fortrinn i forhold til kriseplan på papir:

«Jeg synes jo den virker veldig grei, og det er jo noe med å ha den med seg. For det har jo vært et problem med å ha den i papirform. Mange pasienter sier den lå jo hjemme i skuffen. Mens når du har den på telefonen, telefonen har de fleste med seg til enhver tid. Så den blir veldig tilgjengelig da. Og det er veldig positivt.»

«Men du løper ikke rundt med det papiret hele tiden. Appen har de jo med seg.»

Denne økte tilgjengeligheten kan føre til at kriseplanen blir mer brukt. Jeg vil anta at det er mindre sannsynlig at pasienten glemmer telefonen hjemme enn at de glemmer et papirark. Men det er fortsatt pasienten som aktivt må åpne appen, så der er det ingen forskjell i forhold til kriseplaner på papir. Men jeg mener den økte tilgjengeligheten appen gir, øker sannsynligheten for at pasienten vil bruke kriseplanen.

MINPLAN er dessverre ikke like tilgjengelig for alle pasienter. Flere av informantene påpeker at eldre pasienter har problemer med appen. For det første er det mange eldre pasienter som ikke har smarttelefon:

«Vi har jo en utfordring i forhold til at de har jo ikke alltid disse smarttelefonene. Det er ikke alle som har det heller, og da kommer en jo ikke noen vei med den appen.»

En grunnleggende forutsetning for å kunne bruke MINPLAN er at pasienten har en telefon som kan laste ned appen. Det betyr at appen kan skape et skille i tilbudet til pasienter. Men dette skillet ser en mange steder i samfunnet. Etter hvert som samfunnet blir mer og mer digitalisert, risikerer en at mennesker uten tilgang til eller kunnskaper om teknologi faller

utenfor. Dette problemet bør helsevesenet ta på alvor, og en bør passe på at noen pasienter får dårligere helsehjelp fordi de ikke har tilgang til teknologiske hjelpemidler.

Andre eldre pasienter har smarttelefon, men klarer ikke å forstå appen:

«En utfordring som vi ser er at vi ofte har litt godt voksne også her inne som kanskje synes det er vanskelig og ikke helt forstår seg på disse telefonene og strever litt med å bruke den. Men da får de jo hjelp og veiledning, men så er det jo da når det kommer til stykke om de klarer å finne frem og bruke den igjen.»

Det er viktig at helsepersonell forsikrer seg om at pasienten kan bruke appen. Dersom kriseplan legges inn i MINPLAN, og pasienten ikke klarer å hente frem informasjonen igjen, er det fare for at pasienten kan komme til skade. I slike tilfeller mener jeg at en må vurdere å fraråde pasienten fra å bruke MINPLAN.

I følge teorien UTAUT er alder en faktor som påvirker hvordan vi oppfatter ny teknologi. En må derfor forvente at eldre pasienter sannsynligvis vil ha større problemer med å bruke appen enn yngre pasienter. En av informantene sa rett ut at MINPLAN ikke vil være nyttig for eldre:

«Hadde jeg foreslått det for ei dame på 68, hadde hun bare himlet med øynene.»

Den andre faktoren knyttet DeLone og McLeans modell peker på er systemkvalitet. Denne beskriver egenskaper ved selve systemet, for eksempel brukervennlighet, tilgjengelighet, pålitelighet og tilpasningsmuligheter.

Brukervennlighet ble drøftet litt i forhold til eldre pasienter. Flere av informantene innrømmet at de aldri hadde prøvd appen selv. Alle var kjent med appen i den forstand at noen hadde vist den til dem, men fire av informantene sa de ikke hadde brukt den selv. Til tross for at de ikke hadde brukt appen, mente disse fire at MINPLAN er brukervennlig. De mente i stedet det var egenskaper ved dem selv som gjorde at de syntes det var vanskelig:

«Jeg har ikke gått inn på den fordi jeg er i kategorien meget dårlig på elektroniske ting.»

Det kan være at de trakk frem egenskaper ved seg selv i stedet for å peke på problemer med MINPLAN fordi de merket min positive innstilling til appen. I intervjusituasjonen kan det ha vært mindre ubehagelig å bortforklare brukervennlighetsproblemer med å skylde på seg selv. På den andre siden peker modellen UTAUT på kjønn, alder og teknologierfaring som faktorer som påvirker hvordan vi oppfatter nytten og brukervennligheten av ny teknologi. Alle de fire informantene som sa de ikke hadde brukt appen var over 50 år og sa at de ikke likte «tekniske ting». I følge UTAUT er brukervennlighet en viktigere faktor for bruk av teknologi enn nytte når det gjelder godt voksne kvinner. Jeg mener derfor at det er grunn til å stole på utsagnene om at det var egenskaper ved dem selv, og ikke appen, som var utfordringen.

De tre informantene (to i 30-årene og en i 50-årene) som faktisk hadde brukt appen sa at den var enkel og uproblematisk å bruke:

«Så synes jeg, for mitt vedkommende i hvert fall, så er den håndterlig og grei. Jeg synes også den for så vidt er oversiktlig.»

I følge UTAUT er en av faktorene som påvirker bruk av teknologi effort expectancy, altså hvor mye krever det av meg å bruke teknologien. Det er ingen kobling mellom den elektroniske pasientjournalen og MINPLAN. Dette har sine fordeler og ulemper. En åpenbar fordel er at det krever langt mindre sikkerhet av appen. Dersom det var en kobling mot pasientjournalen ville det vært nødvendig med sikker pålogging i appen, og det ville sannsynligvis ha redusert brukervennligheten for pasienten. I en krise kan det være krevende nok å ta opp telefonen og åpne appen. Dersom det i tillegg skulle vært en krevende innlogging, ville det kunne skapt en barriere for pasienten som hadde stoppet han i bruke appen. Slik appen er i dag er det ingen pålogging utenom en eventuell kode på selve telefonen. En annen fordel med manglende kobling mellom pasientjournalen og MINPLAN er at pasienten ikke har mulighet til å endre på informasjon i sin egen journal.

Ulempen med manglende kobling er at det fører til dobbeltarbeid for helsepersonell. På grunn av den lovpålagte dokumentasjonsplikten må helsepersonell dokumentere kriseplaner i pasientens journal. Vanligvis kan de skrive ut denne og gi den til pasienten. Ved bruk av MINPLAN må de bruke tid på å hjelpe pasienten til å legge informasjonen inn i pasientens telefon. Informantene var delt på om de oppfattet dette som et problem. En av informantene

fra sykehusavdelingen var tydelig på at dette merarbeidet var en mulig årsak til lite bruk av appen:

«Mengde og belastningen i forhold til dokumentasjon er nok en viktig årsak til at den kanskje ikke er blitt brukt.»

Det var ingen av informantene fra DPSen som var så tydelig på at merarbeid med appen førte til redusert bruk. Det tror jeg har sammenheng med at det i den aktuelle enheten i sykehusavdelingen er det kort liggetid og høy gjennomstrømming av pasienter. Det fører til begrenset tid på hver pasient, og en må dermed prioritere oppgaver. På den andre siden sa den samme informanten at kriseplaner generelt ble brukt for lite i enheten. Det kan være en indikasjon på at det ikke er merarbeid på grunn av MINPLAN som problemet.

En annen informant var også tydelig på at appen førte til merarbeid, men hun var tydelig på at hun mente det var uproblematisk:

«Det går greit. Hvis det kan hjelpe pasienten og redde livet til pasienten, så spiller ikke det noen rolle.»

Dette stemmer overens med UTAUT hvor nytte er en viktigere faktor for bruk av teknologi enn brukervennlighet. Denne informanten mente tydeligvis at nytten med appen var viktigere enn merarbeidet den skapte.

Det er mulig å sende innholdet i kriseplanen som en PDF-fil fra MINPLAN. Dette kan redusere merarbeidet for helsepersonell. Pasienten kan da sende planen til helsepersonellet og så kan de skanne planen inn i journalen. På den måten kan dokumentasjonsplikten ivaretas uten at det skaper mye merarbeid for helsepersonellet.

5.3.1 Oppsummering

Den viktigste fordelen med MINPLAN fremfor kriseplan på papir er økt tilgjengelighet for pasienten. Pasienten har alltid planen med seg så lenge han har med seg telefonen sin. Men MINPLAN er mindre tilgjengelig for eldre pasienter. En del har ikke smarttelefoner, og andre synes det er vanskelig å bruke apper.

Samtlige informanter mener at appen er brukervennlig. Flere har ikke brukt appen, men de peker på egenskaper ved seg selv som forklaring på dette. Dette støttes av teorier om teknologiakseptanse.

MINPLAN fører til merarbeid for helsepersonell fordi de må dokumentere kriseplan i journalen i tillegg til i pasientens telefon. Dette kan til en viss grad motvirkes av en funksjon i appen.

På bakgrunn av kjente teorier og datainnsamlingen mener jeg at MINPLAN oppfattes både som nyttig og brukervennlig. Dette er to viktige, men ikke tilstrekkelige faktorer for at ny teknologi skal tas i bruk.

5.4 Implementering av MINPLAN

I kapittel 5.3 ble det satt fokus på MINPLAN som informasjonssystem. Til tross for visse svakheter konkluderte jeg med at informasjons- og systemkvalitetene til appen var av en slik karakter at de burde påvirke til bruk av systemet.

Men dette er ikke nok for at ny teknologi skal tas i bruk. DeLone og McLean trekker frem servicekvalitet som en tredje faktor som påvirker bruk. Dette sier noe om brukerstøtten til systemet. I følge DeLone og McLean bør brukerstøtten være tilgjengelig for brukerne, være pålitelig og ha kunnskap om systemet og konteksten det brukes i.

Datamaterialet avdekker at brukerstøtten i beste fall er mangelfull. To av informantene sa at de bruker en kollega når de trenger hjelp:

«Min kollega er veldig inne i det. Hun promoterer det veldig, og hun har hjulpet pasienter med å installere det. Så hvis hun er på jobb så roper jeg på henne.»

Jeg fikk ikke inntrykk av at dette var organisert brukerstøtte, men mer tilfeldig fordi denne kollegaen «liker tekniske ting».

Det har vært veldig lite opplæring når MINPLAN ble lansert. I følge informantene har det vært en svært begrenset opplæring. En av informantene opplyser om at det har vært en kort informasjon:

«Det er jo ikke veldig lenge siden vi fikk informasjon selv, og fikk sånne små brosjyrer, på vaktrommet.»

De andre informantene opplyser at de har lært om appen av kollegaer:

«Nei, så vidt jeg vet, og jeg jobber fullt, så har vi ikke fått noe, hva skal jeg si, organisert opplæring. Det har jeg kun lært av en kollega som er veldig teknisk interessert. Og jeg ville tro at hadde det vært noe så hadde jeg fått greie på det i og med at jeg jobber fullt.»

Opplæring er en faktor som fremmer bruken av IKT i helsevesenet. Opplæringen bør være styrt, og den bør være tilpasset den enkeltes behov. Jeg har ikke funnet tegn til at dette har skjedd i Sørlandet sykehus. Utover informasjon om appen ser det ikke ut som det er planlagt noe brukerstøtte.

MINPLAN er foreløpig lite brukt i sykehuset. Kun to av informantene oppgir at de har hjulpet pasienter med å ta i bruk appen, og begge disse oppgir at de kun har brukt den med to-tre pasienter. Jeg antar at flere enn disse to informantene har brukt appen i Sørlandet sykehus, men med tanke på at det var over tusen innleggelses på grunn av selvmordstanker i 2013, så burde bruken vært høyere. Det er ikke usannsynlig at manglende brukerstøtte hemmer bruk av appen. Både DeLone og McLeans modell og UTAUT trekker frem brukerstøtte som en faktor for bruk av teknologi. Men jeg mener den manglende bruken også må ses i sammenheng med at MINPLAN er en ny app. I følge DeLone og McLean fører bruk av informasjonssystemer til større eller lavere brukertilfredshet som igjen fører til større eller mindre bruk. En må derfor kunne anta at fordi appen er så ny og så lite brukt, har ikke brukerne fått nok erfaring ennå til å påvirke bruken.

I følge DeLone og McLean bidrar nettofordelene av bruken av informasjonssystemet til større bruk. Hva som er nettofordeler avhenger av hvem en spør. For helsepersonell vil det sannsynligvis oppleves som en nettofordel hvis færre pasienter begår selvmord eller

selvmordsforsøk. Informantene som har brukt appen sier at foreløpig har ingen av de aktuelle pasientene kommet tilbake:

«Ingen av de pasientene jeg har hjulpet har ikke vært her siden, så jeg har ikke fått spurt dem om den har hjulpet.»

Det kan være at de ikke har kommet tilbake til sykehuset fordi appen har hjulpet dem til å mestre livet på en mer hensiktsmessig måte. Men det kan også skyldes at det ikke har gått veldig lang tid siden de ble skrevet ut. Det er det første året etter utskrivelsen selvmordsrisikoen er forhøyet, og en kan derfor anta at det er i denne perioden MINPLAN har mest betydning.

Tidligere forskning på PDAer i helsevesenet viste at superbrukere var en særlig viktig faktor i forbindelse med implementering av denne teknologien. PDA og smarttelefoner er nært beslektet, og en kan derfor anta at superbrukere vil være nyttig ved implementasjon av apper også.

To av informantene oppgav at de fikk en kollega til å hjelpe pasientene hvis de trengte det. De følte da at pasienten ble ivaretatt, samtidig som de selv slapp å forholde seg til teknologien:

«Jeg vet ikke om jeg ikke liker den fordi jeg har ikke prøvd. Jeg har tenkt at når den dagen kommer så tar jeg det. Men den dagen har ikke kommet, og så har Kari vært på jobb.»

I følge Alter bør innføring av ny teknologi føre til endring i andre deler av arbeidssystemet. Det kan for eksempel være endringer i hvordan en jobber eller endring i deltakerne. Jeg kan ikke se at MINPLAN vil føre til store endringer i måten en jobber. Kriseplan er allerede et anerkjent tiltak, og det er dermed ikke snakk om å ta i bruk et nytt tiltak som endrer arbeidsprosessen. Endringen bør derfor skje i andre deler av arbeidssystemet, og jeg mener at deltakerne er der en endring vil ha størst effekt. MINPLAN er ny teknologi, og det er derfor nødvendig med opplæring av deltakerne. En kan enten lære opp alle deltakerne til å bruke appen, eller så kan en velge ut enkelte ansatte som får ansvaret for å hjelpe pasientene. Ut i fra datamaterialet og min egen erfaring fra helsevesenet mener jeg det vil være mest nyttig å lære opp enkeltansatte. En vil da få kompetente ansatte som er motiverte til å hjelpe pasienter til å

bruke appen. De ansatte som er ukomfortable med ny teknologi vil i stor grad slippe å forholde seg til den. En slik endring i deltakerne vil gi rom for å innføre ny teknologi i arbeidssystemet uten å skape særlig friksjoner.

MINPLAN er i dag lite integrert i arbeidssystemet som handler om å behandle selvmordsnære pasienter. I følge Alter vil lav grad av integrering mellom informasjonssystem og arbeidssystem kunne føre til at informasjonssystemet får liten virkning på arbeidssystemet. Deltakerne i arbeidssystemet vil prioritere andre og mer sentrale oppgaver fremfor å bruke tid og krefter på informasjonssystemet.

Som nevnt i kapittel 5.3 så jeg dette i sykehusavdelingen i utvalget. Bruken av MINPLAN spesielt og kriseplaner generelt ble nedprioritert i forhold til det som ble vurdert som viktigere oppgaver.

Kriseplaner er kun en liten del av tilbudet til selvmordsnære pasienter, og jeg kan derfor ikke se at MINPLAN kan integreres dypere inn i arbeidssystemet. Det vil i stedet være viktig å være klar over denne utfordringen.

5.4.1 Oppsummering

Brukerstøtten til MINPLAN er i dag svært mangelfull, og dette hemmer implementeringen av appen. Ansatte som er usikre på ny teknologi vil kunne vegre seg i forhold til å bruke MINPLAN fordi de ikke får tilstrekkelig støtte.

Opplæringen i bruken av appen har til nå vært mangelfull til tross for at opplæring er kjent som en faktor som fremmer bruken av IKT i helsevesenet. Det er ikke utnevnt superbrukere, men det burde vurderes for å fremme implementeringen.

Endringer i teknologi i et arbeidssystem bør føre til endring i andre deler av systemet, for eksempel gjennom opplæring av ansatte. Det bør vurderes å peke ut enkelte ansatte som kan ha ansvar for å hjelpe pasienter i å bruke appen.

6.0 Oppsummering

Det er behov for mer forskning på kriseplan, men tiltaket er anbefalt av nasjonale helsemyndigheter og oppleves som nyttig av helsepersonell. Kriseplaner skaper en forutsigbarhet både for pasienten, pårørende og helsevesenet. Det er dermed grunnlag for å tro at en elektronisk kriseplan også vil oppleves som nyttig.

MINPLAN oppleves som en nyttig og brukervennlig app. Det som særlig trekkes frem er tilgjengeligheten for pasienten sammenlignet med kriseplan på papir. MINPLAN har pasienten alltid med seg så lenge han har med seg telefonen. Appen oppleves som mer relevant for yngre pasienter. En del eldre pasienter har ikke smarttelefon og andre opplever apper som kompliserte.

Men selv om MINPLAN oppfattes som nyttig og brukervennlig er det flere tiltak som bør settes inn for å bedre sjansene for en vellykket implementering. Ansatte som skal bruke appen må få bedre og mer målrettet opplæring enn i dag. Det bør vurderes om opplæringen skal fokuseres på enkelte ansatte fremfor alle. En vil da få enkeltansatte i alle enheter som er kompetente og motiverte til å hjelpe pasientene å ta i bruk MINPLAN.

Litteraturliste

Abubakar, I., Williams, C. J. & McEvoy, M. (2005). Development and evaluation of a hand held computer based on-call pack for health protection out of hours duty: a pilot study. *BMC Public Health*, 5, 35.

Alter, S. (1999). A general, yet useful theory of information systems. *Communications of the Association for Information Systems*, 1.

Alter, S. & Dennis, A. R. (2002). Selecting Research Topics: Personal Experiences and Speculations For the Future. *Communications of the Association for Information Systems*, 8, 314-329.

Andre, B., Ringdal, G. I., Loge, J. H., Rannestad, T. & Kaasa, S. (2008). The importance of key personnel and active management for successful implementation of computer-based technology in palliative care: results from a qualitative study. *Comput Inform Nurs*, 26(4), 183-189.

Antypa, N., Serretti, A. & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(10), 1125-1142.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37.

Barr, P. (2013). mEvidence, please. Mobile health tech is the rage, but does it work? *Hospitals & Health Networks*, 87(9), 22, 24.

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405.

Cedereke, M., Monti, K. & Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry*, 17(2), 82-91.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K. & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1805-1819.

Cortez, N. G., Cohen, I. G. & Kesselheim, A. S. (2014). FDA Regulation of Mobile Health Technologies. *The New England Journal of Medicine*, 371(4), 372-379.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMhle1403384>.

Cotgrove, A., Zirinsky, L., Black, D. & Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(5), 569-577.

De Leo, D., Buono, M. D. & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 226-229.

- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (1992). Information Systems Success: The Quest for the Dependent Variable. *Information Systems Research*, 3(1), 60-95.
- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9-30.
- Di Pietro, T., Coburn, G., Dharamshi, N., Doran, D., Mylopoulos, J., Kushniruk, A., . . . McArthur, G. (2008). What nurses want: diffusion of an innovation. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(2), 140-146.
- Dieserud, G., Loeb, M. & Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 30(1), 61-73.
- Evans, M. O., Morgan, H., Hayward, A. & Gunnell, D. J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *The British Journal of Psychiatry*, 175(1), 23-27.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M. & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Folkehelseinstituttet. (2011). Selvmord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatisikk. Hentet 8. september, 2014, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Labrecque, M., Car, J., Pagliari, C., Pluye, P., . . . Legare, F. (2012). Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. *J Med Syst*, 36(1), 241-277.
- Gagnon, M. P., Legare, F., Labrecque, M., Fremont, P., Pluye, P., Gagnon, J., . . . Gravel, K. (2009). Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD006093.
- Gjestland, H. S. & Wirsching, A. (2014, 9. september). Ny app skal forhindre selvmord. *NRK Sørlandet*. Hentet fra <http://www.nrk.no/sorlandet/app-skal-forhindre-selvmord-1.11923180>
- Griffiths, K., Farrer, L. & Christensen, H. (2007). Clickety-click: e-mental health train on track. *Australasian Psychiatry*, 15(2), 100-108.
- Grøholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. & Haldorsen, T. (1997). Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threat Behav*, 27(3), 250-263.
- Hailey, D., Roine, R. & Ohinmaa, A. (2008). The effectiveness of telemental health applications: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 769-778.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & Van Heeringen, K. (1999). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2014/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017.html?id=758063

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.

I trygge hender 24-7. (2010, 10.11.2014). Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Hentet 28.11.2014, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+selvmord+i+akuttpsykiatriske+d%C3%B8gnavdelinger.11.cms>

I trygge hender 24-7. (2013). Tiltakspakke for Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Hentet 08.09.2014, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachment/1817?ts=13d11fdd414>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. ed.). Oslo: Abstrakt forlag.

Jotkowitz, A., Oh, J., Tu, C., Elkin, D., Pollack, L. A. & Kerpen, H. (2006). The use of personal digital assistants among medical residents. *Med Teach*, 28(4), 382-384.

Kellner, C. H., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G., Husain, M., Rummans, T., . . . Malur, C. (2005). Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*, 162(5), 977-982.

Kunnskapsbasert praksis. (2012). PICO. Hentet 22.03.2015, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lai, M. H., Maniam, T., Chan, L. F. & Ravindran, A. V. (2014). Caught in the web: a review of web-based suicide prevention. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), e30.

Leitner, M., Barr, W. & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review* Vol. 60/2008. *Government social research: Health and community care* Hentet fra <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/208325/0055246.pdf>.

Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S. & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122(25), 2468-2472.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *The Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Mann, J. J., Emslie, G., Baldessarini, R. J., Beardslee, W., Fawcett, J. A., Goodwin, F. K., . . . Wagner, K. D. (2006). ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology*, 31(3), 473-492.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. & Myhre, K. (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 24-2006* Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forebygging-av-selvmord-del-1-psykoterapi-medikamentelle-intervensjoner-og-elektrokonvulsiv-terapi>.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. & Myhre, K. (2007). *Forebygging av selvmord, del 2 Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 4-2007* Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forebygging-av-selvmord-del-2>.
- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., . . . International Suicide Prevention Trial Study, G. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*, 60(1), 82-91.
- Miller, M. C., Jacobs, D. G. & Gutheil, T. G. (1998). Talisman or taboo: the controversy of the suicide-prevention contract. *Harvard review of psychiatry*, 6(2), 78-87.
- Morgan, H., Jones, E. & Owen, J. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 111-112.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Self-harm: longer-term management. Hentet 28.11.2014, fra <http://www.nice.org.uk/guidance/cg133/chapter/1-guidance>
- Pelletier, S. G. (2012). Explosive Growth in Health Care Apps Raises Oversight Questions. Hentet 5. oktober, 2014, fra <https://www.aamc.org/newsroom/reporter/october2012/308516/health-care-apps.html>
- Personvernombudet for forskning. (N.d.). Forske på egen arbeidsplass. Hentet 1. mai, 2015, fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice* (7. ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rossen, E. (2009). Personlig kommunikator - IT. *Store norske leksikon*. 27. april 2015, fra https://snl.no/personlig_kommunikator%2FIT
- Runeson, B. & Wasserman, D. (1994). Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatr Scand*, 90(3), 222-228.

- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2000). *Medisinsk etikk - en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag. (2012). Selvhjelpsplan/kriseplan - når det blir vanskelig. Hentet 5. oktober, 2014, fra <http://www.hnt.no/NordTrondelag/Bilder/Selvhjelpsplan%20-%20Kriseplan%20versjon%20august%202012.pdf>
- Scott, A. & Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report July 2012* Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf.
- Sigurjonsdottir, S. & Aldridge, Ø. (2014, 2. september). -Åpenhet om selvmord kan være livreddende. *Fædrelandsvennen*. Hentet fra <http://www.fvn.no/lokalt/--Apenhet-om-selvmord-kan-vare-livreddende-2666185.html?link=related>
- Simon, G. E. & VonKorff, M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol*, 147(2), 155-160.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sørlandet sykehus HF. (2014). *Årlig melding 2013 til Helse Sør-Øst RHF*. Kristiansand: Sørlandet sykehus HF.
- Sørlandet sykehus HF & I trygge hender 24-7. (2014). Minplan. Alltid en plan. Uansett hvor du er. [Brosjyre]. Kristiansand: Sørlandet sykehus HF.
- UK ECT Review Group. (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361(9360), 799-808.
- van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y. & van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 43-50.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.
- Vindslund, S. (2014, 9. september). Lanserer app mot selvmord. *Fædrelandsvennen*. Hentet fra <http://www.fvn.no/lokalt/kristiansand/Lanserer-app-mot-selvmord-2670467.html>
- Waterhouse, J. & Platt, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide. A randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 156(2), 236-242.
- Wikipedia. (2014a). Mobile app. fra http://en.wikipedia.org/wiki/Mobile_app
- Wikipedia. (2014c). Standardized mortality ratio. 27. april 2015, fra http://en.wikipedia.org/wiki/Standardized_mortality_ratio

World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework*. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

”MINPLAN – en app som kan bidra til å redde liv?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan appen MINPLAN oppfattes og hvordan den eventuelt kan implementeres som en del av behandlingen. Appen er en elektronisk kriseplan som kan brukes ved fare for selvmord, selvskading og overdoser. Denne studien har fokus på selvmordsforebygging. Studien er rettet mot behandlere i Klinikk for psykisk helse og representanter for ulike brukerforeninger innen psykisk helse. Studien er en del av et mastergradsprosjekt i helse- og sosialinformatikk, og Fakultet for helse- og idrettsfag ved Universitetet i Agder er ansvarlige for studien.

Hva innebærer studien for deg?

Data vil bli samlet inn ved hjelp av intervju. Dersom du samtykker, vil det bli tatt lydopptak av intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil bidra til å skaffe til veie ny kunnskap om bruk av apper i psykisk helsevern. Utover tiden det tar å delta i intervju forventes det ingen ulemper for deg. Intervjuet vil ta maksimalt én time.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navnelisten vil bli slettet når prosjektet er fullført sommeren 2015, og etter det vil det ikke være mulig å identifisere deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det får konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte André T. Smitt-Ingebretsen, tlf 977 04 617.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A - utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunnsinformasjon om studien

De siste årene har det blitt satt økende fokus på selvmord. I april 2014 lanserte regjeringen en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. Planen inneholder flere delmål, deriblant redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper. Et av tiltakene som er beskrevet i planen er bruken av kriseplan ved utskriving fra døgnpost.

Ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) ble det tatt initiativ til å utarbeide en elektronisk kriseplan som et alternativ til en mer tradisjonell papirplan. I samarbeid mellom SSHF, pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* og danske programutviklere ble det utviklet en norsk versjon av en dansk kriseplanapplikasjon. En betaversjon av appen ble lansert våren 2014, og endelig versjon ble lansert i september 2014.

I dette prosjektet vil det bli forsket på hvordan denne appen kan bli en del av behandlingstilbudet til pasienter i psykisk helsevern med selvmordsproblematikk.

Kriterier for deltakelse

Informanter til studien rekrutteres fra Klinikk for psykisk helse (KPH) og brukerforeninger inn psykisk helse.

Behandlere i KPH må ha behandlingsansvar for pasienter med selvmordsproblematikk. Det er nødvendig at behandlerne kjenner til appen MINPLAN og bruk av kriseplan i selvmordsforebyggende arbeid.

Brukerrepresentanter/erfaringskonsulenter i KPH og/eller representanter fra brukerforeninger innen psykisk helse kan inkluderes i studien. Kjennskap til appen MINPLAN og kriseplan er nødvendig.

Hva må du gjennom?

Dersom du samtykker til å delta i prosjektet, må du delta i ett intervju. Deltakerne i intervjuet vil være deg og ansvarlig masterstudent. Intervjuet vil vare i inntil én time.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene vil bli gjennomført i perioden desember 2014 til januar 2015. Masterprosjektet vil bli fullført innen sommeren 2015.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil bidra til å gi ny kunnskap om bruken av apper i psykisk helsevern. Ulempen for deg vil være tiden det tar å delta i intervjuet.

Helseapper er et relativt nytt fenomen, og det er dermed lite forskning på feltet. Dette prosjektet kan bidra med ny kunnskap om hvordan apper kan tas i bruk som en del av behandlingen av pasienter med selvmordsproblematikk.

Ditt ansvar

Du har ansvar for å gi beskjed så raskt som mulig dersom du ønsker å trekke deg fra studien. Dersom dine data allerede har blitt inkludert i analyser vil det ikke være mulig å trekke seg, jfr kapittel B.

Informasjon underveis

Du vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke din villighet til å delta i studien. Du vil også bli opplyst om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at din deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Direkte identifiserbare opplysninger som registreres om deg er navn. I tillegg vil det bli samlet inn indirekte identifiserbare opplysninger som arbeidsplass, alder og utdanningsnivå. Det vil ikke bli hentet inn andre data om deg enn de du selv oppgir. Det er kun ansvarlig mastergradsstudent og veileder som har tilgang til dataene.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Opplysninger om deg vil ikke bli utlevert til andre.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Klinikk for psykisk helses rolle

Studien ble iverksatt på initiativ fra ansvarlig masterstudent. KPH har ingen aktiv rolle i studien utover klinikkens godkjenning av datainnsamling. KPH vil få tilgang til det publiserte resultatet.

Klinikken vil ikke få tilgang til innsamlede data.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det, kan du få kopi av den ferdige oppgaven.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

- Utdanning
- Arbeidssted
- Alder
- Kjønn

Fortell om jobben din?

Mulige delspørsmål:

- Hva slags pasienter?
- Hvor lenge har du jobbet der?
- Hva slags metoder/verktøy bruker du?

Fortell om hvordan du jobber med pasienter med selvmordsproblematikk?

Mulige delspørsmål:

- Hvordan bruker du kriseplan?

Hvordan tror du appen MINPLAN kan brukes i behandlingen av pasienter med selvmordsproblematikk?

Mulige delspørsmål:

- Hvilken nytte ser du med appen?
- Hvilke problemer ser du med appen?
- Har pasientene tatt initiativ til å bruke appen?