

# Utvikling og testing av et spørreskjema for kartlegging av klinisk praksis ved alvorlige psykiske lidelser

—  
**Renate Brox og Agnetha Ottosen**

*Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi – Mai 2015*

*Veileder: Brita Elvevåg*



## Forord

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt i regi av Professor Brita Elvevåg ved Universitetet i Tromsø, og danner grunnlaget for undertegnede studenters hovedoppgave. Det overordnede målet med prosjektet er utvikling av et «støttesystem» for overvåking av psykose. Formålet med denne studien var utvikling og distribuering av en spørreundersøkelse som hadde til hensikt å kartlegge hva klinikere *gjør* ved vurdering av mental- og risikostatus blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Datagrunnlaget i hovedoppgaven vil baseres på resultater fra pilotstudien, da utvikling av spørreundersøkelse er en kompleks og tidkrevende prosess som resulterte i at studien ikke ble ferdig innen normert tid. Utarbeidelsen av spørreundersøkelsen foregikk parallelt i Norge og Louisiana, USA, der kontinuerlig datainnsamling og tilbakemeldinger bidro til at vi i samarbeid med prosjektleder kunne utvikle den norske utgaven av undersøkelsen.

Vi ønsker å takke Brita Elvevåg for at vi fikk delta i dette spennende, viktige og innovative prosjektet. Videre ønsker vi å takke for din store tålmodighet, kyndige veiledning og kunnskapsrike bidrag. Deretter vil vi takke biveileder Tove Irene Dahl for faglig ekspertise, god hjelp og veiledning i utformingen av hovedoppgaven. Til sist vil vi takke familie og andre viktige mennesker i våre liv som har utvist stor forståelse og romslighet i denne krevende prosessen. Takk til dere vi er så heldige å bo under samme tak med, for at dere holdt ut med rotete hjem, 1 - 2 – 3 middagsløsninger og til tider håpløse følelsesutbrudd.



## Sammendrag

Psykiske lidelser er høyt forekommende i den voksne befolkningen, og har alvorlige psykososiale og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Hovedoppgaven var en del av et større prosjekt i regi av Professor Brita Elvevåg ved Universitetet i Tromsø. Formålet med studien var å utvikle et spørreskjema med hensikt om å avdekke hva klinikere *gjør* ved monitorering og vurdering av mental- og risikostatus hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Dette på bakgrunn av en planlagt utvikling av et automatisert «støttesystem» for overvåking av psykose. Utviklingen av spørreskjemaet foregikk i en trinnvis prosess som strakte seg over fire faser: (a) utvikling av spørsmål, (b) Studie I: Pretest - Intervju av norske klinikere, (c) Studie II: US survey – Pilottest blant klinikere i USA, og (d) Studie III: Norge survey – Pilottest blant klinikere i Norge. Deltakere var 10 klinikere med relevant ekspertise og erfaring. Resultatene dannet grunnlaget for vurdering av spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet, samt belysning av forskningsspørsmål. På bakgrunn av stort frafall i studien var det ikke mulig å dra slutning fra utvalg til populasjon. Mulige metodologiske utfordringer ble diskutert.



## **Utvikling og testing av et spørreskjema for kartlegging av klinisk praksis ved alvorlige psykiske lidelser.**

Psykiske lidelser rammer en tredjedel av den voksne befolkningen i Norge på årsbasis (Mykletun og Knudsen, 2009), og det estimeres at depresjon vil være den mest invalidiserende sykdommen i verden i 2020 (Lopez og Murray, 1998). Studier i Norge indikerer at majoriteten av mennesker med høye nivåer av psykiske lidelser ikke mottar behandling (Mykletun og Knudsen, 2009). Psykopatologi har alvorlige psykososiale og samfunnsøkonomiske konsekvenser, og medfører blant annet redusert levealder, økt dødelighet, arbeidsuførhet og nedsatt livskvalitet.

Det er en forhøyet mortalitet blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkningen, der forventet levealder er redusert med om lag 20 år (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler og Laursen, 2011). I en longitudinell studie utført i Tromsø blant pasienter med schizofreni, fant Høye, Jacobsen og Hansen (2011) at kvinner og menn hadde henholdsvis 2.6 og 3.5 ganger høyere sannsynlighet for prematur død enn den generelle populasjonen.

Selv mord er en av årsakene til for tidlig død blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og i Norge registreres årlig om lag 530 selvmord (Zahl og Diesrud, 2011), og mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk ([www.nhi.no](http://www.nhi.no)). Verdens helseorganisasjon (WHO) predikerer at på verdensbasis vil ett menneske dø av selvmord hvert 20. sekund i 2020 ([www.befrienders.org](http://www.befrienders.org)). Studier indikerer at over to tredjedeler av mennesker som begår selvmord var i kontakt med helsevesenet i løpet av den siste måneden (Zahl og Diesrud, 2011). Pasientgruppen som søkte hjelp i forkant av selvmordet mottok ofte inadekvat behandling eller manglende diagnostisering, noe som indikerer et behov for forbedring av prosedyrer innen psykisk helsevern (Gonda, Fountoulakis, Kaprinis og Rihmer, 2007).

Utredning, diagnostisering og behandling innen psykisk helsevern baseres i hovedsak på verbal informasjon formidlet av pasienten (Helsedirektoratet, 2009), men det er derimot knyttet flere utfordringer ved denne formen for informasjonshenting (Cohen, Alpert, Nienow, Dinzeo og Docherty, 2008). Noen av disse er relatert til svakheter ved kartleggingsverktøy *per se*, slik som lav interrater reliabilitet, tidsforbruk, lav sensitivitet og spesifisitet. Andre begrensinger er blant annet knyttet til lav ratio mellom klinikere og pasienter, hyppighet mellom konsultasjoner, samt egenskaper ved klinikere (Overland, Lotzier, Krogstad og Mykletun, 2007). Dette resulterer i at pasienter med alvorlig psykopatologi ikke alltid mottar

adekvat oppfølging og behandling (Mykletun og Knudsen, 2009), noe som igjen bidrar til stor *lidelse*, betydelige *tap* og i ytterste konsekvens fatale utfall som *død*.

Gitt den høye prevalensen, de samfunnsøkonomiske – og psykososiale konsekvensene ved psykiske lidelser, samt begrensinger ved nåværende utrednings – og behandlingsmetoder er det indikasjoner som tilsier at det er et stort behov for styrking av psykisk helsevern. Hovedoppgaven er del av et større prosjekt i regi av Professor Brita Elvevåg ved Universitetet i Tromsø, og studien foregår parallelt i Tromsø, Norge og Louisiana, USA. Formålet med prosjektet er utvikling av et automatisert «støttesystem» for overvåking av psykose, i form av et mobilt «telemental helse» - monitoreringsverktøy. Hensikten med systemet er å komplementere vurderinger utført av klinikere, noe som kan bidra til at klinisk signifikante endringer lettere fanges opp og dermed redusere sannsynligheten for dårlige utfall og alvorlige konsekvenser hos pasienter med psykiske lidelser. Det overordnede målet er blant annet å overkomme tidligere nevnte begrensninger, eksempelvis relatert til hyppighet av monitorering, tidsforbruk og lav sensitivitet ved kartleggingsverktøy. Ved alvorlige psykiske lidelser er flere dimensjoner av språket affisert, og verktøyet baserer seg blant annet på bruk av semantisk og lingvistisk analyse av tale hos denne pasientgruppen. Automatisert analyse av tale kan bidra til sensitive, reliable og raske vurderinger av sentrale aspekter ved pasienters mentale status, samt gi informasjon om effekt av behandling (Cohen og Elvevåg, 2014).

Prosjektet er inndelt i de fire fasene (I) User needs assessment, (II) Initial data collection, (III) Software research og (IV) Pilot trail and dataanalysis, der hovedoppgaven tar utgangspunkt i fase I. Formålet vil være å undersøke hva klinikere *gjør* ved vurdering av mental- og risikostatus, og hvordan de fanger opp klinisk signifikante endringer blant sine pasienter. Fokuset i hovedoppgaven vil være rettet mot utvikling av et spørreskjema som har til hensikt å kartlegge eksisterende utrednings – og behandlingstilnærminger, for å avdekke hva klinikere baserer sine vurderinger på. Ved å kartlegge dette kan holdepunkter som vektlegges, mulige «flaskehals» og hvilke behov klinikere har ved vurdering av mental- og risikostatus avdekkes. Dette vil kunne underbygge og optimalisere den planlagte utviklingen av støttesystemet i de påfølgende fasene. Utvikling av spørreskjema og distribuering av denne vil foregå i en pågående prosess, der datainnsamling og tilbakemeldinger bidrar til en kontinuerlig videreutvikling av spørreundersøkelsen. Denne prosessen vil fortsette etter at hovedoppgaven er ferdigstilt.



I det følgende vil betydningen av denne studien presenteres, der hovedoppgaven overordnet vil ha fokus på «*gapet*» mellom anbefalt klinisk praksis på den ene siden, og de alvorlige konsekvensene for mennesker med psykiske lidelser på den andre siden. Innledningsvis beskrives prevalensen av psykiske lidelser og hvilke samfunnsøkonomiske – og psykososiale konsekvenser dette medfører, med hensikt om å illustrere og tydeliggjøre at psykiske lidelser utgjør en *trussel* mot folkehelsen, og samfunnet for øvrig. Videre følger en presentasjon av retningslinjer i Norge vedrørende utrednings – og behandlingstilnærminger, *anbefalt* klinisk praksis per i dag, samt hvordan psykiske lidelser og klinisk signifikante endringer fanges opp. Deretter vil begrensninger vedrørende denne tilnærmingen belyses, for å synliggjøre mulige årsaker til hvorfor så mange mennesker innen psykisk helsevern *lider* og ikke mottar adekvat diagnostisering og behandling. Videre presenteres litteratur som foreslår hvordan metodologiske utfordringer kan imøtekommes, og da med særlig fokus på hvordan nyttiggjøre språklige variasjoner som indikatorer ved psykiske lidelser. Avslutningsvis, vil forskningsspørsmålene presenteres, der hensikten er å undersøke hva klinikere faktisk *gjør* i praksis. Intensjonen med denne delen av undersøkelsen er å avdekke hva klinikere *gjør*, slik at det kan utvikles et system for å støtte og supplere der man vet at «*flaskehals*er» og begrensninger ved nåværende klinisk praksis foreligger.

### **Prevalens av psykiske lidelser**

WHO estimerer at om lag 20 % av verdens befolkning har en eller annen form for psykisk lidelse eller problem, og er sammen med rusmisbruk de ledende årsaker til funksjonsnedsettelse på verdensbasis (www.who.int). I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) innfrir årlig en tredjedel av den voksne populasjonen diagnostiske kriterier for minst en psykisk lidelse, og om lag halvparten av befolkningen vil rammes en gang i løpet av livet (Mykletun og Knudsen, 2009). De vanligste psykiske lidelsene i Norge er angst -, depressive – og rusrelaterte lidelser, der det er en noe hyppigere forekomst av de to førstnevnte lidelsene blant kvinner, mens det er en overvekt av rusrelaterte lidelser blant menn. Årlig antas det at forekomsten av depresjon i befolkningen er 10 %, mens angstlidelser rammer rundt 15 %. Rusrelaterte lidelser, som oftest er alkoholavhengighet og misbruk, har en årlig prevalens på 15 %. Andre psykopatologiske tilstander slik som bipolar lidelse og schizofreni har en livstidsforekomst på henholdsvis 1.6 % og 1.0 % (Knudsen og Mykletun, 2010). I den voksne

befolkningen er prevalensen av personlighetsforstyrrelser på 13 % (www.norsklegeforening.no).

### **Konsekvenser av psykiske lidelser**

Epidemiologiske studier i den norske befolkningen viser at psykiske lidelser har store psykososiale konsekvenser og viktige samfunnsøkonomiske implikasjoner (Mykletun og Knudsen, 2009). I Norge estimeres kostnader av psykiske lidelser å laste samfunnet for om lag 60 – 70 milliarder kroner årlig (Røsjø, 2014). Alvorligheten av et helseproblem vurderes ut fra hvilke konsekvenser det har for pasienten og samfunnet for øvrig, og ved psykiske lidelser er ringvirkningene ofte mer alvorlige enn helseproblemet *per se*. Følger av psykiske lidelser affiserer blant annet familieliv, nære relasjoner, livskvalitet og evne til å delta i utdanning - og yrkesliv (Mykletun og Knudsen, 2009). Studier viser at eksempelvis depresjon er en sterk risikofaktor for frafall fra arbeidslivet og en viktig bidragsyter til uførhet. I tillegg til pasientens lidelse og dens følgetilstander, bidrar depresjon også til økte trygdeutgifter, tapte skatteinntekter og produktivitet (Helsedirektoratet, 2009). Videre er det evidens for at varighet av sykefraværperioder er lengre ved psykiske lidelser enn ved somatiske lidelser som for eksempel muskel- og skjelettsykdommer. Fraværperioden i seg selv kan fungere som en selvforsterkende spiral ved å øke sosial isolasjon, rusmiddelmissbruk, negativ grubling og inaktivitet, noe som igjen kan forverre symptomtrykket og funksjonsnedsettelse hos denne pasientgruppen (Mykletun og Knudsen, 2009).

I et folkehelseperspektiv er psykiske lidelser ofte kroniske og tilbakevendende tilstander (Mykletun og Knudsen, 2009), og medfører en betydelig reduksjon i levealder (Helsedirektoratet, 2013). Blant annet estimeres det at om lag en tredjedel av pasienter som har fått behandling for depresjon, vil oppleve en ny depressiv episode i løpet av en tiårs periode (Helsedirektoratet, 2009). Studier viser at det er en økt sannsynlighet for tidlig død blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkningen (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler og Laursen, 2011), eksempelvis har pasienter med diagnosen Schizofreni to til tre ganger høyere dødelighetsrate med tanke på for tidlig død, relativt til den generelle populasjonen (Laursen, Munk – Olsen og Vestergaard, 2012). Videre viser epidemiologiske studier at depresjon statistisk sett har samme effekt på dødelighet som konsekvenser av røyking (Mykletun og Knudsen, 2009). Årsaksforholdene til forhøyet mortalitet blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser er ikke entydige, men data indikerer

at om lag 40 % av premature dødsfall skyldes selvmord og unaturlige årsaker (Tiihonen, Lönnqvist, Wahlbeck, Klaukka, Niskanen, Tannskanen og Haukka, 2009), slik som rusrelaterte ulykker (Mykletun og Knudsen, 2009). Det estimeres at de resterende 60 % av for tidlig død skyldes somatisk sykdom, slik som kardiovaskulære lidelser og lungesykdommer (Tiihonen og medarbeidere, 2009), der årsaksfaktorene ofte er en forløper til eller følgetilstand av alvorlige psykiske lidelser (Mykletun og Knudsen, 2009). Livsstil som inaktivitet, overvekt, røyking og økt alkoholforbruk antas å være viktige risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2013).

**Selvord som en konsekvens av psykiske lidelser.** Epidemiologiske studier utført i Norge viser at risiko for selvmord øker ved tilstedeværelse av psykopatologi slik som alvorlige personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse, schizofreni, alvorlig depresjon og angst (Zahl og Diesrud, 2014). Forskning indikerer at depresjon er den vanligste forløperen til selvmord (France, Shiavi, Silverman, Silverman og Wilkes, 2000), og at tidligere selvmordsforsøk, alkohol - og rusmiddelmisbruk også er forbundet med forhøyet risiko (Zahl og Diesrud, 2014). På verdensbasis er selvmord den 14. ledende dødsårsaken (Judd, Jackson, Komiti, Bell og Fraser, 2012), og i Norge registreres årlig om lag 150 selvmord blant kvinner og i underkant av 400 blant menn. Over halvparten av rapporterte selvmord begås av mennesker i aldersgruppen under 50 år. I følge FHI har mer enn 80 % av de som begår selvmord vært i kontakt med helsevesenet siste året, og 66 % av disse i løpet av den siste måneden (Zahl og Diesrud, 2011).

### **Veileder for klinisk praksis - utredning, diagnostisering og behandling innen psykisk helsevern**

I 2007 vedtok Norsk Psykologforeningen Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis som postulerer:

«Evidensbasert psykologisk praksis er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127)

Formålet med Prinsipperklæringen var å forbedre folkehelsen, samt fremme virksom effektiv psykologisk praksis gjennom bruk av empirisk fundamenterte prinsipper ved psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon. Beste forskningsevidens

refererer til intervensjonsstrategier og utredningsmetoder som er basert på resultater fra vitenskapelig forskning gjennomført både i klinikk og laboratorium. Dette betyr at forskningsresultater av klinisk relevans innenfor psykologisk praksis skal baseres på statistisk og klinisk signifikans, systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser og ha en omfattende underbyggende evidens (Norsk Psykologforening, 2007).

**Nasjonale faglige retningslinjer.** De nasjonale retningslinjene utformet av Helsedirektoratet inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger og veiledere som danner grunnlaget for en felles standard når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)). Retningslinjene tar utgangspunkt i beste evidensbaserte psykologiske praksis, i henhold til Prinsipperklæringen utformet av Norsk Psykologforening (Helsedirektoratet, 2009). Videre er retningslinjene ikke underlagt jurisdiksjon, men fungerer som veileder som bør være ledende i valg av intervensjonsmetode.

I behandlingsforløpet anbefales tidlig kartlegging av pasientens kognisjon, psykososiale fungering samt psykisk og somatisk helse. Retningslinjene tilrår at diagnostisering bør omfatte anamnese, resultater fra standardiserte intervju og tester, samtaler, atferdsobservasjon og klinisk tverrfaglig vurdering (Helsedirektoratet, 2008). I henhold til Helsedirektoratets forskrifter ved diagnostisering av psykiske lidelser er minstekravet bruk av det standardiserte kartleggingsverktøyet Mini internasjonalt nevropsykiatrisk intervju plus (M.I.N.I Plus) for en symptomscreening. Ved omfattende diagnostisering og differensialdiagnostikk anbefales mer spesifikke kartleggingsverktøy som har en høyere spesifisitet og sensitivitet for den enkelte diagnose. Eksempelvis ved alvorlige psykiske lidelser slik som schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig angst og depresjon samt personlighetsforstyrrelser, anbefales i tillegg Structured Clinical Interview for DSM - IV Axis I Disorder (SCID - I), Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis II Personality Disorders (SCID – II) ([www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)) og Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Videre tilrådes administrering av verktøyene som en del av evalueringen i behandlingsforløpet for registrering av endringer i funksjonsnivå og symptomtrykk (Helsedirektoratet, 2009). Normene ved bruk av kliniske utredningsverktøy oppfordrer også til bruk av *klinisk skjønn* ved administrering, skåring og tolkning av resultater (Leiknes, Leganger, Malt og Malt, 2001).

**Utfordringer knyttet til utredning, diagnostisering og behandling.** På bakgrunn av Nasjonale retningslinjer er kjernen ved diagnostisering, behandling og monitorering innen

psykisk helsevern basert på verbal informasjon formidlet av pasienten (Helsedirektoratet, 2009). Det er knyttet flere utfordringer og begrensninger relatert til denne formen for informasjonsheving, og disse er blant annet relatert til egenskaper ved kartleggingsverktøyene, kliniker og pasient.

**Begrensninger ved kartleggingsverktøy.** Innen psykisk helsevern foretar klinikere viktige vurderinger og avgjørelser kontinuerlig, og tidsaspektet er et velkjent fenomen. En av utfordringene relatert til kartleggingsverktøy er at administrering og skåring av ulike standardiserte måleinstrumenter er tidkrevende (Cohen og medarbeidere, 2008), eksempelvis estimeres administrering av M.I.N.I Plus å vare på om lag 30 minutter. I tillegg må det påberegnes tid til skåring og konvertering av resultater til diagnostiske kriterier i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision* (ICD – 10) (Leiknes og medarbeidere, 2001).

Andre eksempler som illustrerer ulemper ved tidskonsumerende kartleggingsverktøy er når klinikere skal foreta de mest krevende, fundamentale og komplekse vurderinger som ofte er relatert til suicidalrisiko (Ozdas og medarbeidere, 2004). I nåværende klinisk praksis baseres suicidalvurderinger på store informasjonsmengder og data innhentet via kliniske intervju og kartleggingsverktøy. På bakgrunn av dette kan kliniker differensiere mellom pasienter som er i høy eller lav selvmordsrisiko, men det er derimot vanskeligere å identifisere pasienter i umiddelbar risiko (Ozdas og medarbeidere, 2004). I slike tilfeller er det ofte behov for rask beslutningstaking, noe som hemmes av tidkrevende prosedyrer, og dermed svekker kvaliteten av den kliniske vurderingen (France og medarbeidere, 2004).

En annen metodologisk utfordring er at kartleggings skjemaer ofte har vage normeringer, der symptomene eksempelvis differensieres i «mild», «moderat» og «alvorlig». Fra et psykometrisk perspektiv kan dette føre til at små endringer i symptom bildet ikke fanges opp over tid (Cohen og medarbeidere, 2008). I tillegg kan man anta at klinikere, i egenskap av å være et menneske, har begrenset kognitiv kapasitet til å huske pasientens kvalitet av symptomer nøyaktig fra konsultasjon til konsultasjon. Noe som vanskeligjør sammenligning av pasientens egen «baseline» for vurdering av endringer i symptomer mellom konsultasjonene.

Videre, har kartleggingsverktøy begrenset sensitivitet og spesifisitet, noe som gjør identifisering – og differensiering av symptomer vanskelig. Dette kommer eksempelvis til uttrykk ved at de fleste måleinstrumenter for depressive lidelser feiler i å predikere

selvmordsforsøk (France og medarbeidere, 2000), og det eksisterer få objektive diagnostiske verktøy som kan bidra til å optimalisere den kliniske vurderingen med hensyn til akutt suicidalfare (Ozdas og medarbeidere, 2004).

Andre utfordringer knyttet til lav sensitivitet og spesifisitet ved kartleggingsverktøyene er at vurderingene kan resultere i en høy falsk positiv - eller falsk negativ rate i klinisk praksis. Noe som blant annet kan forklares ved at flere av kartleggingsverktøyene er basert på kriterier fra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM – IV), mens klinisk praksis i Norge tar utgangspunkt i ICD – 10. Videre er flere av anbefalte kartleggingskjemaer slik som M.I.N.I Plus og SCID utviklet for amerikanske populasjoner, noe som svekker reliabiliteten og validiteten brukt på den norske befolkningen ([www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)). Dette impliserer et behov for en forbedring av verktøy som kan komplementere klinikers metoder ved vurdering av symptomer og selvmordsrisiko (France og medarbeidere, 2004).

Ytterligere begrensninger relatert til bruk av kartleggingskjemaer er knyttet til interrater reliabilitet, der det kan forekomme store variasjoner mellom klinikers vurderinger av konstruktet som måles (Cohen og Elvevåg, 2014). Eksempelvis ved bruk av M.I.N.I Plus oppfordres utelukkende faglig kompetente og erfarne klinikere til å anvende verktøyet i praksis, da det antas at mer uerfarne klinikere vil gjøre mindre nøyaktige diagnostiske vurderinger på bakgrunn av resultatene ([www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)).

**Begrensninger ved klinikere.** Som et supplement til standardiserte kartleggingsverktøy ved diagnostisering og vurdering anbefales også utøvelse av *klinisk skjønn* (Leiknes og medarbeidere, 2001), men det er derimot knyttet flere utfordringer til dette. Heuristikker, kognitive prosesser og manglende feedback fra pasienter er faktorer som kan påvirke klinikers vurderinger (Garb, 1998). Beslutningstaking baserer seg ofte på ulike konsepter, også referert til som heuristikker og feilkilder (biases). Vurdering av sannsynlighet for hvor hyppig noe forekommer påvirkes ofte av tilgjengelighetsheuristikker, det vil si hvor lett det er å gjenkalle fra minnet, legge merke til og forestille seg.

Representativitetsheuristikker bidrar til at klinikere ofte gjør vurderinger basert på likhetskriterier, og diagnostiserer ut i fra hvilken kategori symptomene har størst likhet med. Videre kan rekkefølgen av informasjon som blir formidlet påvirke vurderingen, der studier viser at informasjon som presenteres sist blir mest vektlagt. I tillegg har mennesker en tendens til å søke informasjon som kan bekrefte en allerede tilstedeværende hypotese, noe som kan

bidra til at annen viktig informasjon ignoreres i en vurdering (Elstein, 1999). Disse faktorene kan være medvirkende til hvorfor pasienter ikke fanges tilstrekkelig opp, og får en adekvat oppfølging og behandling.

Videre stilles det høye krav til kliniker vedrørende konseptuell forståelse og klinisk erfaring i forhold til konstruktet som blir evaluert (Kobak, Engelhardt, Williams og Lipsitz, 2004). I Norge er det fastlegene som behandler flesteparten av pasientene med de vanligste psykiske lidelsene, slik som angst og depresjon. Studier viser at fastleger som diagnostiserer pasienter basert på selvrapporterings skjema for angst – og depressive lidelser overbehandler i 11 % av tilfellene, og underbehandler 49 % og 64 % av henholdsvis alvorlige depressive episoder og generaliserte angstlidelser (Olsson, Mykletun og Dahl, 2006). Nasjonale og internasjonale epidemiologiske studier indikerer at over – og underbehandling av psykiske lidelser i allmennpraksis er et omfattende problem, og da særlig med hensyn til forbruk av antidepressiva. Konsekvenser av dette er blant annet at pasienter som ikke tilfredsstillers kliniske nivåer av psykopatologi mottar medikamentell behandling, som ved slike tilfeller sannsynligvis ikke har effekt utover placebo. Dette medfører at pasienter blant annet utsettes for unødvendige bivirkninger noe som i seg selv er svært uheldig, samt at dette på sikt kan bidra til å redusere tilliten til helsevesenet. En annen følge av overbehandling er misbruk av helseressurser, noe som antas å ha store økonomiske følger for samfunnet som helhet og at pasienter som har hjelpebehov ikke får dette dekket (Mykletun og Knudsen, 2009).

Konsekvenser av underbehandling er alvorlig, tatt i betraktning at dette i ytterste fall fører til redusert livskvalitet, arbeidsuførhet og dødelighet. Videre viser studier at, paradoksalt nok, rapporterte mange som nylig hadde fått innvilget uførepensjon grunnet psykisk sykdom, ikke hadde mottatt noen form for behandling (Mykletun og Knudsen, 2009). En av faktorene som antas å bidra til underbehandling av pasienter med psykiske lidelser, er begrenset tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse innenfor psykisk helsevern (Overland, Lozier, Krogstad og Mykletun, 2007). En undersøkelse utført av Mykletun og medarbeidere (2010) viste at en overvekt av fastlegene uttrykte økt behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for råd og veiledning ved vurdering av pasienter med psykiske lidelser. I tillegg ble mer kunnskap og kompetanse vedrørende bruk av diagnostiske verktøy og effektiv behandling etterspurt (Mykletun, Knudsen, Tangen og Øverland, 2010).

**Faktorer ved pasienten som kan påvirke den kliniske vurderingen.** Faktorer ved pasienten har også viktige implikasjoner for validiteten av klinikers vurdering. For pasienter

med alvorlige psykiske lidelser er utfordringer ofte relatert til underrapportering av symptomer grunnet manglende evne eller uvilje til å gi en nøyaktig beskrivelse av disse (Ho, Flaum, Hubbard, Arndt og Andreasen, 2004). Studier utført av Ho og medarbeidere (2004) viser at faktorer som lav motivasjon, manglende selvinnsikt, mistenksomhet, desorganisert tale og oppmerksomhetsvansker affiserer validiteten av symptombeskrivelsen hos pasienter med psykoselidelser. Videre konkluderer de med at vurderinger som i hovedsak baserer seg på pasientens selvrapportering øker sannsynligheten for en underestimert av psykopatologien hos denne pasientgruppen (Ho og medarbeidere, 2004).

### **Hvordan kan metodologiske utfordringer vedrørende klinisk praksis møtes?**

Gitt de ovennevnte faktorer og begrensninger, relatert til blant annet interrater reliabilitet, tid, sensitivitet og spesifisitet, som påvirker vurdering og behandling av pasienter innen psykisk helsevern er det flere indikasjoner som tilsier et behov for utbedring og supplering av psykologisk praksis. Dette har også blitt poengtert og etterlyst gjentatte ganger innen den vitenskapelige psykologiske disiplinen (France og medarbeidere, 2004; Gonda og medarbeidere, 2007). En mulig innfallsvinkel for utbedring og supplering av vurdering og behandling, har vært rettet mot språklige nyanser ved *tale* hos pasienter med psykiske lidelser.

**Hvordan påvirkes språket ved psykiske lidelser, og kan det brukes ved forebygging og behandling?** Ordbruk kan fungere som en indikator for fysiske, psykiske og sosiale forhold (Pennebaker, Mehl og Niederhoffer, 2003). Det har lenge vært et kjent fenomen at psykopatologiske tilstander ofte påvirker stemme – og talekarakteristikker (Scherer og Zei, 1988), men de bakenforliggende mekanismene er derimot ikke tilstrekkelig dokumentert (Docherty, 2005).

Forskning viser at emosjonell aktivisering medfører endringer i taleproduksjon ved å affisere fonetiske, respiratoriske og artikulatoriske prosesser, og kommer til uttrykk via akustikken i talen. Dette kan forklares på bakgrunn av at vokalisering gjenspeiler aktiviteten til ulike aspekter ved nevrofysiologisk fungering. Ved psykopatologi medierer komplekse affektive forstyrrelser underliggende nevrokjemiske og nevroregulatoriske mekanismer, noe som vil ha en sterk innvirkning på pasientens tale og stemme (Ozdas, Shiavi, Silverman, Silverman og Wilkes, 2004). Videre, ved alvorlige psykiske lidelser slik som schizofreni, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse og alvorlig depresjon vil ulike dimensjoner av



kommunikasjon affiseres, og da særlig semantiske aspekter (Cohen og Elvevåg, 2014). Både verbal og nonverbal kommunikasjon vil påvirkes, noe som kan komme til uttrykk gjennom monotoni, vagt innhold, ulogiske resonnement, desorganisert -, usammenhengende – eller løpsk tale (Statens helsetilsyn, 2012).

Forskning indikerer at forstyrrelser i det semantiske og eksekutive systemet kan være underliggende årsaker til taleforstyrrelser hos pasienter med schizofreni (Tagamets, Cortes, Griego og Elvevåg, 2014). Studier indikerer at svekkelser i sekvenseringsevner og oppmerksomhet er høyt predikativt for kommunikasjonsvansker relatert til språklig formidling hos denne pasientgruppen (Docherty, Strauss, Dinzeo og Hillaire, 2006). I en review av Covington og medarbeidere (2005) differensierer de mellom minst to typer talesvekkelser hos pasienter med schizofreni. Den første er relatert til *tankeforstyrrelser* og refererer til en redusert evne til å opprettholde en sammenhengende tale, noe som antas å ha en forbindelse med en forstyrrelse av pragmatikk og eksekutive funksjoner (Covington, He, Brown, Naci, McClain, Fjordbak, Semple og Brown, 2005). Usammenhengende tale, inkoherens, er et sentralt diagnostisk kriterium ved schizofreni og denne formen for tale kjennetegnes ved en strøm av usammenhengende ideer og svake assosiasjoner i det semantiske innholdet mellom ord og setninger (Elvevåg, Foltz, Weinberger og Goldberg, 2007). Inkoherens bidrar ofte til kronisk sosial funksjonsnedsettelse, og er et av symptomene som vedvarer til tross for forbedring av andre psykotiske symptomer (Docherty og medarbeidere, 2006). Den andre formen for talesvekkelse, som Covington og medarbeidere beskriver, er relatert til en dysfasilignende svekkelse referert til som «*schizophasia*», der pasienten blant annet utviser uforståelige ytringer og neologismer. Videre affiseres ofte de fonetiske egenskapene ved tale, mens morfologi, syntaks og fonologi som regel forblir intakte (Covington og medarbeidere, 2005).

Ved depressive lidelser er psykomotorisk retardasjon, referert til som redusert tanke -, tale – og bevegelsesmønstre, en av de tidligste og mest konsistente indikatorene på psykopatologi (France og medarbeidere, 2000). Klinikere har lenge beskrevet egenskaper hos pasienter med depressive lidelser, der karakteristiske kjennetegn ved tale ofte rapporteres å være monoton, uniform og uttrykksløs. Videre tenderer pasienter med depresjon også til å snakke saktere og med lavere stemmevolum (Stassen, Kuny og Hell, 1998). Studier har dokumentert forholdet mellom alvorlighetsgrad av depresjon og observerbare kvalitative og kvantitative endringer i taleproduksjon (Cannizzaro, Harel, Reilly, Schappell og Snyder, 2004). Blant annet fant Stasen og medarbeidere (1998) en sterk korrelasjon mellom akustiske

egenskaper ved talen og endringer i alvorlighetsgrad av symptomer (Stassen og medarbeidere, 1998). Videre er det også evidens for at talehastighet og variasjon i tonehøyde korrelerer med grad av depressive symptomer (Cannizzaro og medarbeidere, 2004). Forskning viser at ved alvorlig depresjon har pasienten lengre og mer variabel pausetid mellom fonemer, mindre tale - pause ratio og en langsommere tale. Disse funnene er konsistente med kliniske observasjoner der pasienten ofte rapporterer vansker relatert til psykomotorisk retardasjon. Utfordringene manifesterer seg ofte i form av konsentrasjonsproblemer, vansker med å resonnerer og å finne ord, som igjen påvirker taleproduksjonen (Mundt, Vogel, Feltner og Lenderking, 2012).

Studier indikerer at bruk av akustisk og automatiserte datastyrte metoder for analyse av taleforstyrrelser ved psykopatologi kan predikerer psykologisk status (Cohen og Elvevåg, 2014; Mundt og medarbeidere, 2012; Cannizzaro og medarbeidere, 2004). Blant annet hevder Ozdas og medarbeidere (2004) at suicidalvurderinger basert på pasientens stemme fremfor det lingvistiske innholdet er en bedre prediktor for selvmordsrisiko. Videre kan bruk av slike metoder styrke og supplere ordinær klinisk praksis for vurdering og diagnostisering av psykiske lidelser, samt evaluering ved behandling av disse (Mundt og medarbeidere, 2012).

**Språklige indikatorer ved psykiske lidelser.** En review utført av Cohen og Elvevåg (2014) viste at automatiserte datastyrte metoder muliggjør objektive mål av kommunikasjonsforstyrrelser ved tale hos pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Forskningen viser at databaserte vurderinger er både reliable og valide, og sammenlignet med tradisjonelle vurderingsmetoder og verktøy overgår de mange av deres praktiske begrensninger. Noen av disse fordelene omhandler blant annet at spesifikke aspekter ved atferd blir isolert og direkte kvantifisert, i motsetning til vage operasjonelle definisjoner som kategoriserer atferd i «mild», «moderat» og «alvorlig» (Cohen og Elvevåg, 2014). Videre har studier vist at automatiserte datastyrte metoder blant annet kan oppdage endringer i språkbruk etter behandling for depresjon, samt skille mellom kliniske populasjoner (Tagamets og medarbeidere, 2014).

Det eksisterer flere ulike automatiserte datastyrte metoder, deriblant *Latent semantisk analyse* (LSA), som er en statistisk og databasert modell som anvendes for å estimere likheten mellom ord brukt i en gitt kontekst. Premisset bak metoden er at ord som brukes i lignende kontekster tenderer til å ha større semantisk likhet enn ord brukt i ulike kontekster (Elvevåg

og medarbeidere, 2007), og på bakgrunn av analyse av kontekstuell bruk utledes et mål på likhet mellom ordene (Holshausen, Harvey, Ellevåg, Foltz og Bowie, 2014).

En studie utført av Ellevåg og medarbeidere (2007) ønsket å validere en reliabel og objektiv databasert tilnærming for kvantifisering av inkoherens i et utvalg av schizofrene pasienter. Resultatene viste at LSA evnet å differensiere mellom pasient - og kontrollgruppe, samt analysere desorganisert taleproduksjon. Videre korrelerte dette med kliniske vurderinger, og studien konkluderte med at LSA kan brukes som et supplement til vurderinger utført av klinikere (Ellevåg og medarbeidere, 2007). Disse resultatene sammenfaller og underbygges av tidligere studier utført med automatiserte datastyrte metoder, der analyse av tale kan bidra til objektive mål av psykiske lidelser, som igjen kan styrke klinisk praksis ved diagnostisering, vurderingen og behandling (Alpert, Shaw, Touget og Lim, 2002; Cohen, Alpert, Nienow, Dinzeo, Dorchety, 2008; Lott, Guggenbühl, Schneeberger, Pulver og Stassen, 2002).

### **Problemstillingen og forskningsspørsmål**

Med bakgrunn i kjennskap til anbefalte prosedyrer ved kartlegging og behandling av psykiske lidelser, samt begrensninger ved disse, er det åpenbart behov for utbedring av psykologisk praksis. Dette med tanke på den store *lidelsen* blant mennesker med alvorlig psykopatologi, betydelige samfunnsøkonomiske - og psykososiale konsekvenser, samt høy rate av selvmord og selvmordsforsøk.

For å overkomme og redusere konsekvenser av, og begrensninger ved, diagnostisering, behandling og monitorering er det essensielt å avdekke hva klinikere faktisk *gjør* i praksis. Dette for å kartlegge viktige holdepunkter, mulige «flaskehals» og behov klinikere har ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. På bakgrunn av dette vil det være mulig å utvikle et «støttesystem» som kan komplementere og supplere klinikers metode ved vurdering og behandling av alvorlig psykopatologi.

Hovedoppgaven har til formål å utvikle en spørreundersøkelse med henblikk på å kartlegge hva klinikere gjør ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus. Dette foregikk gjennom utvikling av et spørreskjema i en pågående prosess, der spørsmålene kontinuerlig ble videreutviklet på bakgrunn av innsamlede data og tilbakemelding fra respondentene. Datainnsamlingen forløp over flere omganger, både i Tromsø og Louisiana,

USA. Med bakgrunn i innleveringsfrist for hovedoppgave vil datagrunnlaget i denne studien være basert på respondentenes svar fra den norske pilottesten, med todelt tilnærming. For det første vil formålet med datamaterialet være å teste ut spørreundersøkelsens *kvalitet* og *anvendelighet*, samt få en indikasjon på hvorvidt spørsmålene måler det de har til hensikt å måle, samt avdekke mulige begrensninger ved disse. For det andre vil fokuset i denne oppgaven være rettet mot spørsmål relatert til de fire domeneene *Prosedyrer*, *Hyppighet*, *Tidsbruk* og *Holdepunkter*, og hvorvidt spørsmål relatert til disse kartlegger det de har til hensikt å måle. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet vil det vurderes hvorvidt domeneene blir besvart. Forskningsspørsmålet er som følgende:

*Ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus (1) hvilke Prosedyrer vektlegges mest, (2) hva er Ideell og Reell Hyppighet (3) hva er Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk, og (4) hvilke atferds – og miljømessige Holdepunkter tas hensyn til?*

Svaret ble undersøkt ved bruk av data og tilbakemeldinger innsamlet blant klinikere i Tromsø, rekruttert via prosjektleder og undertegnede psykologstudenter. Vi antar at spørsmålene i hovedsak vil bli besvart ut i fra hva de har til hensikt å måle, men at mulige begrensninger ved dem vil avdekkes.

### **Avgrensning og presisering av problemstilling og design**

Det overordnede målet med hovedoppgaven var utvikling og testing av et spørreskjema for å vurdere dets kvalitet og anvendelighet. Videre ble spørsmål som var sentrale for belysning av forskningsspørsmålet selektert ut for en nærmere gjennomgang. I utgangspunktet skulle denne studien resultere i distribuering av den utviklede spørreundersøkelsen til hovedutvalget, men slik gikk det ikke til. På bakgrunn av at forskning og utvikling av spørreskjema er en tidkrevende, intrikat og kompleks prosess, medførte dette at tiden løp ut med tanke innleveringsfrist av hovedoppgaven.

I det følgende vil den metodologiske bakgrunnen for studien presenteres, og da med særlig fokus på anbefalt metodelitteratur vedrørende spørreskjema utvikling. Innledningsvis vil bakgrunnen for undersøkelsen beskrives, og deretter vil design og utvalgsprosedyrer nærmere gjennomgås. Videre gjennomgås prosedyren for utviklingen av spørsmålene i undersøkelsen, før presentasjon av de tre studiene hovedoppgaven tar utgangspunkt i.

Avslutningsvis vil en overordnet diskusjon belyse studien i sin helhet, oppsummere mulige implikasjoner av funnene, samt drøfte veien videre.

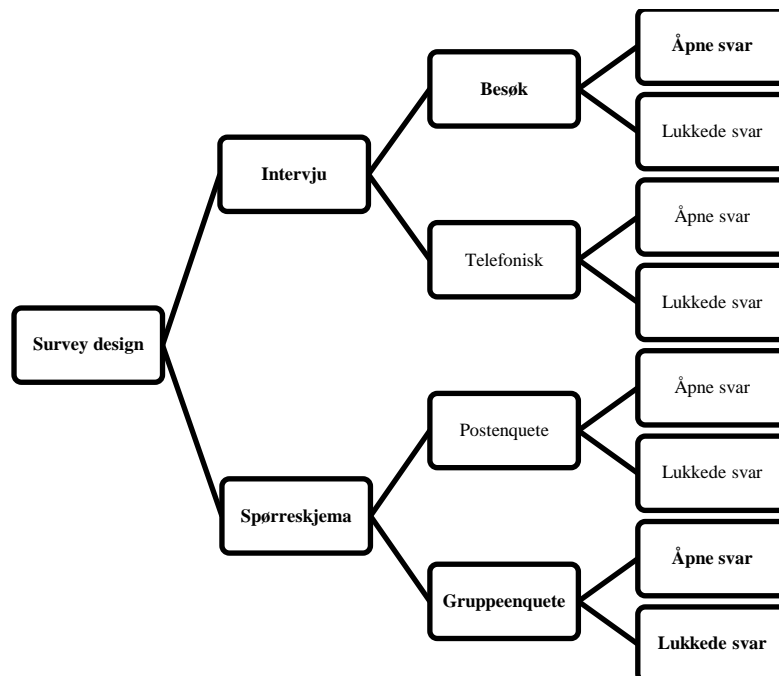
### **Spørreskjema utvikling**

Metoden som er anvendt i denne studien er utvikling av et spørreskjema, som hadde til hensikt å danne grunnlaget for utarbeidelse og distribuering av «*Spørreundersøkelsen for støttesystemer som omhandler videreutvikling av behandling av psykiske lidelser*». Formålet var å kartlegge hva klinikere gjør ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, samt undersøke hvilke behov de har for å støtte og supplere disse vurderingene. Kriteriet for deltakelse i undersøkelsen var yrkesutøvelse som kliniker med pasientgrupper som schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, post traumatisk stresslidelse, kognitive - eller andre alvorlige mentale lidelser. Utviklingen av spørreskjemaet var et samarbeid mellom Professor Brita Elvevåg, Professor Alex Cohen og medarbeidere. Utarbeidelsen, distribuering og datainnsamling foregikk i en parallell prosess i Norge og USA, og utviklet seg over fire etapper; (a) utvikling av spørsmål, (b) Studie I: Pretest - Intervju av norske klinikere, (c) Studie II: US survey – Pilottest blant klinikere i USA, og (d) Studie III: Norge survey – Pilottest blant klinikere i Norge.

### **Design**

Forskningsdesignet var en survey med en kvalitativ og kvantitativ tilnærming til problemstilling og forskningsspørsmål. Survey er en metode for innsamling av informasjon for å beskrive, forklare og sammenligne kunnskap, verdier, følelser, atferd og preferanser hos individer eller samfunnet for øvrig (Fink, 2009). Designet baserer seg på en standardisert utspørring, og består blant annet av Intervjuedesign og Spørreskjemadesign (Lund og Haugen, 2006). I denne studien ble både intervju og spørreskjema administrert, dette med bakgrunn i fordeler med begge designtypene. Intervjuedesign muliggjør innsamling av omfattende og detaljert informasjon, mens spørreskjemadesign tillater distribuering og informasjonsinnhenting til et større utvalg respondenter. I denne undersøkelsen var intervjuene basert på åpne spørsmål, og ble gjennomført ved besøk hos respondentens arbeidssted. Spørreskjemaene ble administrert direkte til en gruppe (gruppeenquête), og tok form av både åpne og lukkede svaralternativ (Lund og Haugen, 2006). Se figur 1 for en

systematisk oversikt av forskningsdesignet. Designet brukt i denne studien er uthevet i skrift font **Fet**.



Figur 1. Skjematisk fremstilling av forskningsdesign (Lund og Haugen, 2006, s. 150).

**Reliabilitet og validitet.** Formålet med spørreundersøkelser er å undersøke hva en større gruppe mennesker mener vedrørende et emne, ut i fra å spørre et mindre utvalg som er representativ for populasjonen (Ilstad, 1989). Ved utvikling av spørreskjema er det viktig å sikre begrepsvaliditet, det vil si hvorvidt en operasjonalisering av et komplekst målbart begrep faktisk måler det den har til hensikt å måle. Det er knyttet flere utfordringer til måling av begrepsvaliditet, men faktoranalyse kan gi en indikasjon på dette (Ilstad, 1989). I følge Kleven, Hjordemaal og Tveit (2011) er trusler mot begrepsvaliditeten relatert til tilfeldige og systematiske målingsfeil, der førstnevnte er knyttet til «reliabilitetsproblemer» og sistnevnte til «validitetsproblemer». Tilfeldige målingsfeil refererer til at feilene opptrer tilfeldig, men at dette jevner seg ut i det lange løp (Kleven og medarbeidere, 2011). Det vil si at målefeilen har tilfeldige variasjoner i begge retninger i forhold til sann verdi (Svartdal, 2009). Spørreundersøkelsens pålitelighet påvirkes av tilfeldige målingsfeil, og god reliabilitet

indikerer at data er lite påvirket av dette. I henhold til Kleven og medarbeidere (2011) er det flere strategier for å minimere tilfeldige målingsfeil, og disse er relatert til redusering og nøytralisering av de tilfeldige feilene. Dette kan blant annet gjennomføres ved en standardisering av datainnsamlingen, noe som ble utført i denne studien gjennom utvikling av en elektronisk spørreundersøkelse. Videre kan reliabiliteten økes ved å bruke et enkelt og kortfattet språk ved utformingen av spørsmål. Et spørreskjemas validitet avhenger av dets reliabilitet, da dårlig reliabilitet svekker begrepsvaliditeten. Systematiske målingsfeil refererer til systematisk avvik fra sann verdi, det vil si at målefeilen ofte tenderer å påvirke i samme retning ved gjentatte målinger, og jevner seg ikke ut i lange løp (Kleven og medarbeidere, 2011).

### **Utvalgsprosedyrer**

Utvalgsprosedyrer er sentrale ved surveydesign, da deltakere bør velges ut for å sikre at relevante generaliseringer oppnår høy grad av gyldighet, noe som refereres til som ytre validitet. Det eksisterer flere former for utvalgsprosedyrer, der i blant ulike varianter av sannsynlighetsutvelging og ikke – sannsynlighetsutvelging (Lund og Haugen, 2006). Det viktigste prinsippet bak eleksjon av utvalg omhandler *tilfeldighet*, det vil si at alle respondentene har lik eller kjent sannsynlighet for å bli inkludert i studien (Johannessen, 2009).

Ved vurdering av utvalgsstørrelse må sentrale faktorer hensynstas, dette for å sikre at utvalget er representativt for populasjonen som undersøkes. Disse faktorene er relatert til populasjonsstørrelse, feilmargin og konfidensintervallnivå. Den estimerte populasjonsstørrelsen er avhengig av gruppen man ønsker å studere, som igjen påvirker størrelsen på utvalget ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)). Feilmargin refererer til tilfeldige feil som oppstår på bakgrunn av undersøkelse av et tilfeldig utvalg fremfor hele populasjonen (Fowler, 2009), og ved generalisering fra utvalg til populasjon må det vurderes hvor stor feilmargin som aksepteres (Svartdal, 2009). I følge metodelitteratur kan feilmargin reduseres ved å øke utvalgets størrelse (Fowler, 2009). Konfidensintervallnivå viser til hvilket intervall som med relativ stor sannsynlighet representerer populasjonsverdien, tatt akseptabel feilmargin i betraktning (Ilstad, 1989).

I denne studien er populasjonen som studeres klinikere i Norge som jobber med alvorlige psykiske lidelser. For å imøtekomme noen av utfordringene relatert til utvalgsprosedyrer, som kan påvirke generaliserbarheten av resultatene, ble ulike hensyn tatt. I den norske pilotstudien ble det utført en ikke – sannsynlighetsutvelging i form av skjønnsmessig utvelging. Det vil si at deltakerne ble valgt ut i fra gitte kriterier som bidro til at bestemte hensyn ble tilfredsstilt (Lund og Haugen, 2006). Respondentene ble valgt ut i fra kriteriet om at de hadde relevant klinisk erfaring, samt var tilgjengelig for å kunne gi tilbakemelding vedrørende spørreskjemaet. Denne utvelgelsen medførte det metodelitteraturen refererer som «snøball - effekten», det vil si at deltakerne selv rekrutterer nye deltakere til undersøkelsen (Svartdal, 2009).

Den planlagte utvelgelsen av hovedutvalget er en sannsynlighetsutvelging i form av klyngeutvalg, der alle medlemmer av Norsk legeforening (NLF), Norsk psykologforening (NPF) og Norsk sykepleierforbund (NSF) mottar forespørsel om deltakelse. Bakgrunn for at utvalget inkluderer, og er begrenset til, disse profesjonene er at leger og psykologer i Norge har behandlingsansvar, samt at sykepleiere ofte er en del av det samarbeidende teamet.

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det i 2014 registrert 31.403 medlemmer i NLF, 8.229 medlemmer i NPF og 103.445 medlemmer i NSF ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Videre antas det at majoriteten av de ulike profesjonene er medlemmer av respektive fagforeninger. Det foreligger ingen konkret statistikk over hvilke pasientgrupper de ulike profesjonene behandler, noe som vanskeliggjør estimering av den reelle populasjonsstørrelsen. Med hensikt om ivaretagelse av representativitet av utvalget samt generalisering til populasjonen, blir utsagnet «*Bakgrunnen for at vi kontakter deg er at du er identifisert som en kliniker som potensielt jobber med pasienter med schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, post traumatisk stresslidelse, kognitive lidelser eller andre alvorlig mentale lidelser. I denne undersøkelsen vil du bli spurt om hvordan du og/eller ditt team vurderer pasienter med alvorlig psykisk lidelse*» inkludert i introduksjonen av spørreundersøkelsen (se Appendiks E for Spørreundersøkelse for støttesystemer norsk utgave). Dette i et forsøk på å selektene klinikere som er relevante for studien.



## Prosedyre for utvikling av spørsmål

I henhold til litteratur vedrørende utvikling av survey har utarbeiding foregått i en trinnvis prosess (Johannessen, 2009; Fink, 2009), der første steget var å definere hvilke domener spørreundersøkelsen hadde til hensikt å kartlegge (se tabell 1).

Tabell 1

### *Overordnede domener survey vil kartlegge*

---

Kategori	Domener
A.	Avdekke bekymringer og oppfatninger hos klinikere (i Norge og Louisiana)
B.	Evaluere og avgrense spesifikke proposisjoner implisitt i prosjektbeskrivelsen: Hva er beste praksis ved vurdering mental klinisk tilstand? Er det per i dag tilstrekkelig antall klinikere for å monitorere pasienter så ofte som nødvendig? Hvor viktig er prediksjon av risiko for tilbakefall før det oppstår? Typisk, hvor frekvent er klinisk evaluering av utskrevne pasienter? Er det per i dag metoder som kan predikere kriser hos pasienten på en god måte?
C.	Samle ideer i forhold til hva klinikere anser som evidens for et vellykket prosjekt utfall.
D.	Innhente innsikt som kan utforme en bedre survey til et større utvalg.

---

Etter at domenene var definert startet utarbeidelsen av spørsmålene. I følge metodelitteratur anbefales bruk av tidligere utprøvde og etablerte spørreundersøkelser som mal ved utvikling av spørreskjema, da disse anses å ha høy validitet og reliabilitet (Johannessen, 2009). Noe som medførte at utviklingen av spørsmål tok utgangspunkt i undersøkelsen «Therapist Attitudes Toward Assessment in Treatment», University of Miami (se Appendiks A for Miami spørreundersøkelse).

Videre tok spørsmålsutviklingen form i en *pågående prosess* parallelt med datainnsamling og feedback fra eksperter. En kvalitativ tilnærming med åpne spørsmål ble valgt som en del av forundersøkelsen i utviklingen av spørreskjemaet, dette for å sikre et visst empirisk grunnlag i den videre utviklingen av spørreundersøkelsen (Holme og Solvang, 1993). I følge Greco og Walop (1987) er fordeler med åpne spørsmål muligheten for at respondenten kan besvare spørsmålene med egne ord og dermed fungere som en innholdsrik kilde av informasjon. I tillegg tillater dette en fordypning av domenet som spørsmålet har til hensikt å undersøke (Greco og Walop, 1987). Videre, kan åpne spørsmål bidra til at mulige temaer som assosieres med domenet avdekkes (Leung, 2001).

På den andre siden er noen av ulempene ved bruk av åpne spørsmål at svarene er vanskelig å oppsummere og statistisk kvantifisere, noe som igjen medfører at mangfoldet av svarene kan forsvinne (Greco og Walop, 1987). Under utvikling av spørreskjema er det generelle regler som anbefales ved formatering av spørsmålene for kvalitetssikring. Noen av disse er relatert til at spørsmålene bør være korte og konsise, samt spesifikk i form av å rette fokus mot et emne ad gangen. Videre anbefales det å unngå ledende og negativt ladete spørsmål, samt etterspørre sensitiv informasjon vedrørende respondenten (Leung 2001). Anbefalinger relatert til rekkefølge av spørsmålene ble også hensynstatt, der spørsmål av høy relevans ble plassert i starten av skjemaet (Greco og Walop, 1987).

Ovennevnte faktorer lå til grunn for utvikling av Versjon I: Straw - man dokument (se Appendix B for Straw - man dokument), som deretter ble testet blant et fåtall utvalgte respondenter i US som var representativ med tanke på relevant ekspertise og erfaring, dette i tråd med Lund og Haugens (2006) anbefalinger (Lund og Haugen, 2006). Etter tilbakemeldinger fra ekspertene ble formulering av spørsmål videreutviklet for å sikre at domener man ønsket å undersøke ble fanget opp. Dette resulterte i utviklingen av Versjon II: Brickman dokument engelsk utgave (se Appendix C for Brickman dokument engelsk utgave), og i dette utkastet ble demografiske variabler slik som kjønn, alder og yrke også inkludert. I henhold til Greco og Walop (1987) anbefales det at slike sensitive variabler kartlegges til sist i et spørreskjema, dette for å opprettholde respondentens interesse og motivasjon for å fullføre (Greco og Walop, 1987). Studier viser også at når spørsmål om demografi plasseres på slutten i en spørreundersøkelse øker svarprosenten (Svartdal, 2004) Videre, ble det også utviklet en «sjekkliste» for å sikre at overordnede domener ble kartlagt under intervjuet. Tabell 2 presenterer temaer som var ønskelig å undersøke.

## Tabell 2

### *Sjekkliste av overordnede tema*

---

Type pasientgruppe/alvorlighetsgrad/komorbiditet

Typiske bekymringer/varsellamper

Kartleggingsverktøy for vurdering/monitorering/evaluering

Definisjon av klinisk status "OK"

Hyppighet av monitorering (faktisk kontakt versus ideell hyppighet av kontakt)

Personlig kontakt

Telefonisk kontakt

Indikatorer for et dårlig utfall

I klinikk

Per telefon (volum, hastighet og intonasjon)

Avgjørende faktorer i vurderingen av pasientens mentale tilstand

Styrker og svakheter ved praktiserende vurderingsmetoder

Kritiske spørsmål og tegn ved daglig vurdering av ikke hospitaliserte pasienter

---

### **Studie I: Pretest - Intervju av norske klinikere**

Formålet med studien var å undersøke om spørsmålene var adekvat formulert, forståelig for respondentene og fanget opp det de var tenkt å måle. Dette med hensikt å gi en indikasjon på spørsmålenes reliabilitet og validitet. Reliabilitet omhandler i hvilken grad man oppnår likt resultat ved å anvende samme målingsprosedyre gjentatte ganger på ett fenomen, altså spørsmålenes pålitelighet og konsistens. Validitet refererer til hvorvidt spørsmålene måler det de har til hensikt å måle, det vil si spørsmålenes gyldighet (Ilstad, 1989). I tråd med litteratur relatert til utvikling av spørreskjema anbefales det at det er hensiktsmessig å teste ut

spørsmålene på et mindre heterogent utvalg av respondenter som er representativ med tanke på hovedutvalget. Videre har denne formen for pretesting til hensikt å avklare om viktige holdepunkter er blitt glemt, om spørsmålene er for vanskelig eller flertydig, eller om spørsmålene skaper ubehag (Ilstad, 1989). I tillegg bør det legges til rette for at respondentene i etterkant kan gi tilbakemeldinger vedrørende spørsmålenes kvalitet (Sudman og Bradburn, 1982). Generelt ved pretesting er intervju den mest anvendte fremgangsmåten (Ilstad 1989).

## Metode

### Deltakere

Deltakere var to klinikere, en kvinnelig psykolog og en mannlig psykologspesialist, ansatt ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord - Norge Åsgård (UNN Åsgård). Respondentene hadde praktisert innenfor profesjonen i henholdsvis 4 og 10 år.

### Materiale og prosedyre

Respondentene ble intervjuet med Versjon II: Brickman dokument engelsk utgave (se Appendix C for Brickman dokument engelsk utgave) med en varighet på om lag 60 minutter, og ble gjennomført ved klinikerens arbeidssted. Tilstede var kliniker og undertegnede psykologstudenter, samt at prosjektleder overvar ett av intervjuene. Ved administrering hadde psykologstudentene ulike roller, hvor den ene gjennomførte intervjuet og den andre var observatør. Observatøren hadde ansvar for registrering av sjekklister samt digital lydopptaker. Hensikten ved bruk av lydopptaker var blant annet å minimere sannsynligheten for at essensiell informasjon gikk tapt, dette fordi åpne spørsmål tillater utdypede og lange svar, noe som begrenser muligheten for at intervjuer mestrer direkte sitering av respondentens ytringer (Fowler, 2009).

Opprinnelig var intervjuet i en engelskspråklig versjon, men ble oversatt *ad hoc* til norsk under første administrering. Dette medførte at språklige og kulturelle nyanser ble avdekket, noe som resulterte i at spørsmål ikke ble besvart i forhold til hva det var tenkt å måle. Eksempelvis spørsmål 2 C: «*Given your populations psychological, cognitive, financial and other resources, how often are you or your team able to measure mental and risk status*

*IN PERSON (for each concern)(for each patient)?”* (se Appendiks C for Brickman dokument engelsk utgave).

Før andre administrering ble intervjuet oversatt fra engelsk til norsk i en «*to – stegs prosess*», dette for å sikre likhet mellom opprinnelig og oversatt versjon. I tråd med Greco, Walop og Eastridges (1987) anbefalinger ble intervjuet først oversatt av undertegnede psykologstudenter som hadde kjennskap til både overordnede domener, samt intensjonen bak hvert spørsmål. Deretter ble intervjuet oversatt tilbake («back – translation») til opprinnelig språk av en som ikke hadde kunnskaper om intervjuets hensikt og formål (Greco og medarbeidere, 1987). Ved andre administrering var spørsmål 2C oversatt som følgende: «*Med hensyn til psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte har du og ditt team muligheten til å måle mental – og risikostatus ved fysisk tilstedeværelse?*» (se Appendiks D for Versjon III: Brickman dokument norsk utgave).

## **Koding**

Respondentenes svar ble sammenfattet ved å oppsummere og gjengi hovedpunktene som fremkom under intervjuene.

## **Resultater**

Oppsummert rapporterte respondentene at bekymringer vedrørende pasientene var relatert til suicidalitet, selvivaretagelse, selvskading og utøvelse av vold mot andre. Videre bekymret de seg for om pasientene mottok et adekvat behandlingstilbud og/eller om det var behov for tverrfaglig samarbeid med andre instanser. Respondentene anga at de i hovedsak baseres seg på verbal rapport formidlet via pasienten samt atferdsobservasjon, ved vurdering av mental – og risikostatus. Videre oppga de at «klinisk skjønn» var en av faktorene som påvirket deres avgjørelser vedrørende monitorering og vurdering av pasienten. Av standardiserte verktøy, informerte de at som et supplement til den kliniske vurderingen, benyttet de seg oftest av Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist – 90 (SCL – 90), SCID og M.I.N.I Plus. Videre opplevde respondentene at nye verktøy sjeldent tas i bruk til tross for tilbud om dette, og relaterte dette til mulige begrensinger slik som tidsbruk og hvorvidt andre samarbeidende instanser bruker samme verktøy. Respondentene

anga at behovet for, og hyppighet av, monitorering er avhengig av pasientens diagnose og alvorlighetsgrad.

Respondentene rapporterer at tegn som indikerer en sannsynlighet for forverring av symptomer blant annet er karakteristikk ved verbal informasjon slik som tonefall, taleflom, monotoni, uorganisert fremstilling og usammenhengende tale. Andre indikasjoner på forverring av symptomer var relatert til nedstemthet, aktivitetsnivå, emosjonell kontakt og fysisk fravær i form av uteblivelse fra behandling. Videre antok de at faktorer som kan bidra til at klinisk signifikante endringer ikke fanges opp er knyttet til egenskaper hos både kliniker og pasient. Deriblant nevnes en inadekvat allianse, manglende kjennskap til pasienten, raske endringer eller kriser hos pasient, som eksempelvis rus eller brudd i relasjoner. Dersom respondenten kunne stille ett spørsmål til en ikke - hospitalisert pasient hver dag ville spørsmålet vært *"Hvordan har du det?"* og *"Har du det bedre eller dårligere enn i går?"*.

Videre, hvis de kunne måle et psykologisk, verbalt eller atferdsmessig tegn fra en ikke – hospitalisert pasient hver dag ville det ha vært relatert til språk, tonefall, innhold og emosjonell tilstand. I hovedsak foregikk pasientkontakt ved klinikerens kontor, og i svært sjeldne tilfeller forekom kontakt via telefon, mail eller internett. Videre ble informasjon innad i teamet delt ved hjelp av journaler, epikriser, samarbeids -, team - og ansvarsgruppemøter. Estimert tidsbruk var rapportert til å være om lag 30 til 60 minutter i uken for hver pasient.

## Diskusjon

På bakgrunn av respondentenes svar og tilbakemeldinger i denne studien ble spørreskjemaet videreutviklet, der oppsummering av intervju dannet grunnlaget for kvantifisering av spørsmål og fler svaralternativ. Dette medførte at spørsmål ble omformulert, inkludert, ekskludert, samt at noen ble transformert til lukkede spørsmål med fler svaralternativ.

Til tross for arbeidet med oversettelse ble eksempelvis spørsmål 2C (se Appendiks D for Versjon III: Brickman dokument norsk utgave) fortsatt ikke besvart med hensyn til dets formål, som var å måle på hvilken måte variablene psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser samlet sett bidrar til hvor hyppig monitorering av pasienten forekom. Informantene besvarte spørsmålet ut i fra hvordan hver enkelt variabel påvirker hyppigheten, og ikke hvordan de bidrar til dette samlet. På bakgrunn av dette ble spørsmålets validitet drøftet, noe som medførte ytterlige tilpasninger i forkant av pilottesten.

Videre ble spørsmål 4 C: «*Hvor åpen er du for bruk av nye verktøy eller prosedyrer som kan være nyttige ved mental – og risikovurderinger?*» vurdert i forhold til hvorvidt det er ledende, da det ligger en forventning om at respondenten skal være åpen for nye verktøy og prosedyrer som kan være til hjelp for pasienten (se Appendiks D for Versjon III: Brickman dokument norsk utgave). Spørsmålets validitet ble drøftet, og da særlig med tanke på «demand characteristics», altså hvorvidt det besvarer den reelle holdningen eller mer hvordan respondenten ønsker å fremstå for intervjuer (Svartdal, 2004). Etter administrering av intervjuene ble det avdekket at respondentene var åpne for nye verktøy, og at de uoppfordret også predikerte mulige begrensinger som kan forhindre dem i å benytte seg av det. Dette medførte at spørsmålet ble vurdert til å ha en nytteverdi, da det indirekte kartlegger mulige barrierer til hvorfor nye og innovative verktøy ikke alltid implementeres i klinisk praksis. På bakgrunn av dette ble det besluttet å beholde spørsmålet.

Et av spørsmålene fra intervjuene som ble kvantifisert var eksempelvis spørsmål 1B: «*Hvilke bekymringer har du i forhold til disse pasientene?*» i Versjon III: Brickman dokument norsk utgave (se Appendiks D), der begge respondentene besvarte flere av de samme bekymringene relatert til sine pasienter. På bakgrunn av dette ble begrepet «*Bekymringer*» operasjonalisert, og konkretisert i delkomponentene som utgjorde svaralternativ. Dette medførte videreutvikling av spørsmålet til «*Hva er dine PRIMÆRE bekymringer vedrørende disse pasientene? Kryss av alternativene som passer*», med svaralternativene «*Risiko for selvskadning*», «*Risiko for å påføre andre skade*», «*Psykose*», «*Dekompensering*», «*Medikamentelle bivirkninger*», «*Manglende etterlevelse av behandling*», «*Rapportering til Helsetilsynet*» og «*Annet*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer for norsk utgave).

Bakgrunnen for valg av spørsmål med lukkede svarkategorier, også referert til som forhåndsbestemte svarkategorier, er blant annet at de er enkle å besvare for respondenten, samt minimerer skriftlige og verbale variasjoner. Statistisk sett vil resultatene også være lettere å kode, analysere og rapportere kvantitativt (Leung, 2001). Noen av ulempene ved bruk av lukkede svaralternativer er at respondenten blir tvunget til å velge svaralternativ samt fratras muligheten til å besvare spørsmålet basert på fri assosiasjon (Greco og Walop, 1987). For å imøtekomme noen av disse begrensingene ble svaralternativet «*Annet, spesifiser*» inkludert i enkelte spørsmål. Ved bruk av slike semi – lukkede spørsmål er det muligheter for at respondentens gjenkalling angående temaet fasiliteres samt at de får en anledning til å inkludere tilleggsinformasjon (Greco og Walop, 1987).

De utviklede svaralternativkategoriene var på nominal – og ordinalnivå. Nominalnivå kjennetegnes ved at variablene ikke kan rangeres på en logisk måte, og er dermed gjensidig utelukkende, eksempelvis yrke og arbeidssted. Ordinalnivå refererer til en logisk rangering av variabler (orden), og er i tillegg gjensidig utelukkende. Eksempel på svaralternativ på ordinalnivå i spørreskjemaet er spørsmål 9: «*Ideelt sett, hvor ofte ville du innhentet mental – og risikostatus for hvert av følgende?*», der svaralternativene er «*Flere ganger per dag*», «*Daglig*», «*Flere ganger per uke*», «*Ukentlig*», «*Flere ganger per måned*», «*Månedlig*», «*Flere ganger i året*» og «*Årlig*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer norsk utgave).

Videre ble noen av de åpne spørsmålene tatt med videre i spørreskjema utviklingen, dette med bakgrunn i ovennevnte fordeler samt at parallell kvalitativ og kvantitativ datatilnærming fungerer som gjensidig styrkende i forhold til hverandre (Holme og Solvang, 1993).

I henhold til metodelitteratur vedrørende utvikling av spørsmål anbefales bruk av ulike typer format, dette for å opprettholde respondentens interesse og motivasjon til å gjennomføre spørreundersøkelsen. Videre reduseres sannsynligheten for at respondenten krysser av samme svarkategori på hvert spørsmål (Leung, 2001). Ved bruk av både spørsmål med forhåndsbestemte – og åpne svarkategorier, samt ulik formatering og layout, ble ovennevnte anbefalinger forsøkt hensynstatt. I forhold til spørreskjemaets lengde er det per i dag ingen konsensus vedrørende optimal lengde, men forskning indikerer at kortere spørreskjema, fremfor lengre, som regel oppnår høyere responsrate (Leung, 2001).

## **Studie II: US survey - Pilottest blant klinikere i USA**

Bakgrunnen for pilotstudien var i tråd med metodelitteratur som oppfordrer til pilottesting av spørreundersøkelse før den settes ut i praksis og distribueres til hovedutvalget. Hensikten er å teste ut og optimalisere survey med tanke på dens anvendelighet, samt gi indikasjoner vedrørende reliabilitet og validitet (Fink, 2009). Videre kan pilottesting belyse hvorvidt spørsmålene følger en logisk rekkefølge, eksempelvis at tidlige spørsmål danner korrekt kontekst for påfølgende spørsmål (Sudman og Bradburn, 1982). Studier viser at svaret respondenten gir på et spørsmål påvirker svar på etterfulgte spørsmål (Svartdal, 2004).



## Metode

### Deltakere

Deltakere var 42 respondenter med klinisk relevant ekspertise og erfaring, rekruttert fra et lokalt sykehus i Louisiana, USA. Alle respondentene påbegynte spørreundersøkelsen, men det var kun 19 som fullførte. Blant de som fullførte var det en betydelig overvekt av sykepleiere, et fåtall psykiatere og ingen psykologer.

### Materiale og prosedyre

Det videreutviklede spørreskjemaet ble elektronisk distribuert ved hjelp av programvaren Qualtrics Research Suite (se Appendiks F for Spørreundersøkelse for støttesystemer engelsk utgave).

## Resultater

Datagrunnlaget fra denne studien ble ikke inkludert i hovedoppgaven, men hadde viktige implikasjoner for videreutvikling av den norske versjonen av spørreskjemaet før distribuering av pilotundersøkelsen i Norge.

## Diskusjon

Ved nærmere gjennomgang av resultatene ble det avdekket at de fleste respondentene droppet ut av undersøkelsen ved spørsmål som kun hadde åpne svarkategorier. Dette medførte endringer i plassering av spørsmål i spørreskjemaet som ble brukt i Studie 3: Norge survey/pilottest blant klinikere i Norge, der spørsmål med åpne svarkategorier ble plassert avslutningsvis. Dette for å undersøke hvorvidt respondentene fullførte eller besvarte kun spørsmål med lukkede svaralternativ. Videre ble spørsmål som kartla demografiske variabler satt innledningsvis i spørreundersøkelsen i et forsøk på å avdekke egenskaper ved respondenter som dropper ut underveis. Inkorporering av disse endringene resulterte i videreutviklingen til den norske «*Spørreundersøkelsen for støttesystemer som omhandler videreutvikling av behandling av psykiske lidelser*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen

for støttesystemer norsk utgave). Videre ble det vurdert at de demografiske variablene kjønn og alder ikke var relevant for undersøkelsen i Norge, noe som resulterte i at de ble ekskludert fra spørreskjemaet.

**Layout.** Utseende av en spørreundersøkelse er essensiell med tanke på svarprosent, samt respondentens inntrykk av undersøkelsen. I tillegg til tidligere nevnte anbefalinger vedrørende formulering og rekkefølge av spørsmål, er det også viktig at undersøkelsens format fremstår strukturert og profesjonelt (Fink, 2009). Dette ble blant annet hensyntatt ved bruk av den anerkjente programvaren Qualtrics Research Suite. En annen tilnærming for å opprettholde et ryddig og strukturert format var ved å kun la avkryssede svaralternativ følge videre i undersøkelsen. Ved å gjøre dette vil spørreundersøkelsen bli mer rettet mot hver enkelt respondent, da de kun vil besvare spørsmål av relevans, noe som igjen vil være tidseffektivt for vedkommende. Eksempelvis spørsmål 6: «*Hva er dine PRIMÆRE bekymringer vedrørende disse pasientene? Kryss av alternativene som passer*», der påfølgende relevante spørsmål avgrenses til hvilke bekymringer deltakeren rapporterer.

### **Studie III: Norge survey - Pilottest blant klinikere i Norge**

Hensikten bak gjennomføring av pilottest i Norge var for å teste undersøkelsens kvalitet og anvendelighet, samt innhente indikasjoner med tanke på reliabilitet og validitet. Dette for å avdekke mulige begrensinger ved spørsmålene, og i tillegg viser litteratur at pilotstudier kan gi en indikasjon på resultater i hovedstudien ([www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)). Videre vil funn etter pilottesting bidra til en videreutvikling og optimalisering av spørreundersøkelsen slik at den er klar for neste trinn i prosessen, det vil si distribuering til hovedutvalget.

Spørreundersøkelsen i sin helhet har til hensikt å kartlegge overordnede temaer relatert til pasientgrupper klinikerne behandler, primære bekymringer vedrørende pasientene, prosedyrer ved vurdering av mental – og risikostatus, hyppighet av vurdering og monitorering, tidsforbruk og anvendelse av teknologiske hjelpemidler. Videre har det som formål å kartlegge viktige holdepunkter ved vurdering av mental – og risikostatus, informasjonsdeling, evaluering av prosedyrer og mulige årsaker til at kliniske signifikante endringer ikke fanges opp. Til sist kartlegges mulige faktorer som kan bidra til effektivisering av vurderinger og intervensjoner, samt kjennskap til nye verktøy.

Data innsamlet i denne studien vil foregripes ved to ulike tilnærminger, der tilbakemeldinger fra respondentene danner grunnlaget for vurdering av undersøkelsens kvalitet og anvendelighet. Den andre tilnærmingen vil forsøke å belyse forskningsspørsmålene i denne hovedoppgaven.

## Metode

### Deltakere

Deltakere var 10 informanter med klinisk relevant erfaring og ekspertise, rekruttert via bekjentskap til prosjektleder og undertegnede psykologstudenter. Profesjonsfordelingen var en fastlege, tre psykiatere, fire psykologer, en psykiatrisk sykepleier og en sykepleier (annet). Blant de 10 forespurte deltakerne var det to klinikere som fullførte undersøkelsen, mens de resterende droppet ut underveis, for så å gi tilbakemeldinger vedrørende kvalitet og anvendelighet. De to respondentene som gjennomførte undersøkelsen var en psykolog og en sykepleier, med antall år yrkespraksis på henholdsvis 2 og 10 år. Begge respondentene brukte 1 time på å besvare spørreundersøkelsen.

### Materiale og prosedyre

Respondentene mottok forespørsel om deltakelse til spørreundersøkelsen per mail, der weblink var vedlagt. Det videreutviklede spørreskjemaet «*Spørreundersøkelsen for støttesystemer som omhandler videreutvikling av behandling av psykiske lidelser*», ble elektronisk distribuert via dataprogramvaren Qualtrics Research Suite.

**Weblink til pilotundersøkelsen.** For nærmere innsyn i spørreundersøkelsen som er utviklet, kan følgende link benyttes:

[https://uitpsych.qualtrics.com/SE/?SID=SV\\_39ROWWfU7TkVzDL](https://uitpsych.qualtrics.com/SE/?SID=SV_39ROWWfU7TkVzDL)

Videre, inviteres leser til å teste ut undersøkelsens egenskaper, og ved å angi eksempelvis nummer 123 i svaralternativfelt «*Annet*», vil undertegnede slette data.

## **Koding**

Det ble utført deskriptiv statistikk i form av frekvensmål av den demografiske variabelen yrke.

Videre ble det sammenfattet en oppsummering av deltakernes tilbakemeldinger vedrørende spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet. For å gi en systematisk oversikt over respondentenes tilbakemeldinger ble de kategorisert i de overordnede temaene: Format, Terminologi, Profesjonsmatch og Pasientmatch, med tilhørende underkategorier og eksempler på utsagn.

For å belyse forskningsspørsmålet ble de ulike domenene Prosedyrer, Hyppighet, Tidsbruk og Holdepunkter definert. Spesifikke spørsmål i undersøkelsen ble selektert avhengig av hvilken del av forskningsspørsmålet det hadde til hensikt å belyse. Se tabell 3 for en fremstilling av domener med tilhørende spørsmål som danner grunnlaget for belysning av forskningsspørsmål.

Tabell 3.

*Spørsmål som har til hensikt å besvare forskningsspørsmål.*

---

Domene	Spørsmål
Prosedyrer	7. Hvilke av følgende prosedyrer vektlegger du mest ved vurdering av mental – og risikostatus?
Hyppighet	8. Ideelt sett, hvor ofte ville du innhentet mental – og risikostatus for hvert av følgende?  9. Med hensyn til din pasient og klinikks psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte måler dere mental – og risikostatus for hvert av følgende?
Tidsbruk	15. Hvor lang tid tar det cirka i minutter å utføre en gjennomsnittlig vurdering, utføre en optimal vurdering, og før den gjennomsnittlige pasient blir lei av/frustrert over vurderingen?
Holdepunkter	13. I samtale med pasienten, hvilke holdepunkter (slik som spørsmål, ord, fraser og innhold) lytter du etter ved evaluering av følgende?  14. Ved vurdering av pasienten, hvilke atferds – og miljømessige eller andre tegn (eks. vokale – eller ansiktsuttrykk, gestikulering og bevegelser) er signifikante når du evaluerer hvert av følgende.  23. Dersom du kunne målt ett fysiologisk tegn (eks. hjerterate), eller atferdsmessig tegn (eks. vokal – eller ansiktsuttrykk, gestikulering, bevegelser) eller andre objektive tegn fra pasienter hver dag, hva ville du målt?

---

## **Forskningsetiske overveielser**

Det overordnede prosjektet som denne hovedoppgaven er en del av, er etisk godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (#2014/85/REK nord), og er finansiert gjennom forskningsmidler fra Norges forskningsråd. I henhold til retningslinjer for formalisering av studier på norske sykehus, ble studien meldt inn til personvernombudet ved Universitetssykehuset Nord – Norge.

Respondentene ble opplyst om at formålet med studien var å kartlegge klinikers metode ved monitorering og vurdering av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det ble også underrettet at studien er en del av et større forskningsprosjekt i regi av Professor Brita Elvevåg ved Universitet i Tromsø, samt grunnlaget for hovedoppgave til undertegnede psykologstudenter. Videre ble det informert om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt, samt at gitte opplysninger vil være anonymisert og at data blir behandlet konfidensielt og oppbevart forsvarlig (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer for norsk utgave). Det ble innhentet muntlig samtykke ved intervju utført blant klinikerne ved UNN, Åsgård. Ved pilotstudien i Norge ble deltakerne informert om at ved å trykke seg videre i spørreundersøkelsen, samtykket de til deltakelse, dette etter anbefalinger fra REK.

## **Resultater**

Resultatene fra denne studien ble brukt for å vurdere spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet som helhet. Videre dannet resultatene datagrunnlaget for belysning av forskningsspørsmål i hovedoppgaven.

Det ble utført en deskriptiv analyse av demografiske variabler i studien. Tabell 4 oppsummerer antall deltakere som har besvart spørreundersøkelsen, inkludert yrke og antall år yrkesutøvelse i profesjonen.

Tabell 4

*Deskriptive data over antall deltakere per yrke* (N = 10)

Variabel	N
<b>Yrke</b>	
Medisin – psykiatri	3
Medisin – allmennpraksis/fastlege	1
Psykolog	4
Psykiatrisk sykepleier	1
Sykepleier – annet	1

Videre ble respondentenes tilbakemeldinger kategorisert i de overordnede temaene Format, Terminologi, Profesjonsmatch og Pasientmatch, med tilhørende underkategorier og eksempler på utsagn. Tabell 5 viser en systematisk fremstilling av tilbakemeldingene.

Tilbakemeldingene fra respondentene vedrørende spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet var blant annet relatert til at de opplevde undersøkelsen som for lang og tidkrevende. I tillegg ga de tilbakemelding om at enkelte spørsmål hadde for få svarkategorier eksempelvis relatert til yrke og diagnoser. På den andre siden hadde flere spørsmål for mange svarkategorier, slik at de fremstod ustrukturert. Videre etterlyste de definisjoner av ulike begreper og terminologier som gjennomgående medførte at flere spørsmål var vanskelig å forstå. Det ble også anbefalt å gjennomføre en språkvask for å tilpasse undersøkelsen til klinikere i Norge. Respondentene ga videre tilbakemelding om at spørsmålene ikke tok høyde for at klinikere har ulikt utgangspunkt for besvarelse av spørsmålene, og dette var blant annet relatert til faktorer hos både kliniker og pasient. Da blant annet arbeidssted, profesjon, diagnose og alvorlighetsgrad, samt kjennskap til pasienten vil påvirke valg av prosedyrer, hyppighet og tidsbruk for den enkelte vurdering.

Tabell 5

*Kategorisering av tilbakemeldinger fra klinikere*

(N = 8)

Tema	Underkategori	Eksempel på utsagn
Format	Lengde	Spørreundersøkelsen er for lang, noe som kan resultere i stort frafall.  Krevende undersøkelse, reduser antall spørsmål og svaralternativ.
	Svarkategorier	Mangler svarkategorier som angir «aldri» og «varierer».  Etterlyser flere svarkategorier relatert til yrke og diagnoser.  Åpne spørsmål krever mye.
Terminologi	Språkvask	Psykisk tilstand fremfor mental status.  Vanskelig å forstå enkelte ord og begreper, eksempelvis formell og uformell mental status vurdering.
	Definisjoner	Etterlyser definisjoner av begreper, eksempelvis mentalt status.
Profesjonsmatch	Yrke	De fleste spørsmål er rettet mot spesialister.
	Arbeidssted	Vurdering avhenger av hvor kliniker jobber.
Pasientmatch	Diagnose	Diagnose og alvorlighetsgrad påvirker vurderingene.



**Oppsummering av resultater som har til hensikt å belyse forskningsspørsmål.** De to respondentene rapporterte at Prosedyrer de bruker mest ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus, var Formell og Uformell mental status vurdering, samt Strukturert og Ustrukturert klinisk intervju. Videre oppga en kliniker at Prosedyre som vektlegges mest er Strukturert klinisk intervju, mens den andre rapporterte Formell mental status vurdering.

Ved rapportering vedrørende Hyppighet av vurderinger relatert til mental – og risikostatus oppga en kliniker at vurderingene blir utført ukentlig, og det var ingen forskjell mellom Ideell og Reell Hyppighet. Den andre klinikereren kunne ikke besvare spørsmålet grunnet arbeidssted, der pasientkontakt i hovedsak bestå av ett møte før videre henvisning.

Klinikerne rapporterte gjennomgående for hver bekymring at det var en forskjell mellom Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk, der de anga at de gjennomsnittlig brukte mindre tid på en vurdering av mental – og risikostatus enn hva de anså som Optimalt. Videre rapporterte de at pasientene ble lei eller frustrert innen en Optimal vurdering er utført.

Holdepunkter klinikerne rapporterte at de vektlegger ved vurdering av mental – og risikostatus var relatert til atferdsmessige tegn, slik som tilbaketrukkethet, hygiene og motorisk uro. Videre oppga de verbale karakteristikk som monotoni, usammenhengende tale og taleflom som essensielle Holdepunkter. I tillegg var aggressivitet, gestikulering, apati og forvirring sentralt ved vurdering.

## Diskusjon

Det overordnede målet med denne studien var å få en indikasjon av spørsmålenes kvalitet og spørreundersøkelsens anvendelighet, og da med særlig vekt på hvorvidt spørsmålene målte det de hadde til hensikt å måle. Videre ble det viet oppmerksomhet til hvordan resultatene kunne belyse forskningsspørsmålene vedrørende hvilke Prosedyrer klinikere vektlegger mest, forholdet mellom Ideell og Reell Hyppighet, Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk, samt hvilke Holdepunkter som tas hensyn til ved vurdering og monitorering av mental– og risikostatus.

## Implikasjoner som følge av tilbakemeldinger fra klinikere

Resultatene i denne studien avdekket viktige aspekter i forhold til spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet, noe som kom til uttrykk gjennom stort frafall, lav responsrate samt tilbakemeldinger fra respondentene. Oppsummert var tilbakemeldingene relatert til spørreundersøkelsens Format, Terminologi, Profesjonsmatch og Pasientmatch. På bakgrunn av studiens utfall er ytterligere videreutvikling av spørreundersøkelsen en nødvendighet, samt gjennomføring av ny pilotstudie før distribuering til hovedutvalget.

**Spørreundersøkelsens Format.** Tilbakemeldinger vedrørende responsrate og frafall i studien var blant annet relatert til spørreundersøkelsens Format, og da med særlig fokus på Lengde og Svarkategorier. Deltakerne rapporterte at undersøkelsen var for lang og hadde for mange spørsmål, noe som resulterte i at de ikke fullførte. Videre estimerte de at ved å beholde dette formatet vil sannsynligheten for frafall av respondenter øke, og for å overkomme disse begrensningene ble det anbefalt å redusere antall spørsmål. Som nevnt tidligere eksisterer det ingen konsensus vedrørende spørreskjemaets lengde, dog antas det at lengere undersøkelser kan medføre reduksjon i responsrate (Leung, 2001).

Vurderinger angående antall spørsmål er en intrikat og kompleks problemstilling, da behovet for informasjon må veies opp mot risiko for at deltakere ikke fullfører. Problemstilling relatert til lav responsrate var også tilfelle i Studie II: US survey - Pilottesting blant klinikere i USA, og i et forsøk på å imøtekomme dette før distribuering av denne pilotstudien ble åpne spørsmål plassert avslutningsvis. Basert på tilbakemeldinger fra norske respondenter er det indikasjoner som tilsier at spørreundersøkelsens lengde *per se*, fremfor spørsmålenes rekkefølge, er en medvirkende årsak til det økte frafallet. På bakgrunn av ovennevnte begrensninger relatert til Lengde vil det i den videre utviklingen av spørreskjemaet være hensiktsmessig å utføre en grundig vurdering og selektering av spørsmål som skal inkluderes videre, og hvilke som kan ekskluderes.

Ved selektering av spørsmål vil det være essensielt å vurdere hva spørsmålene kan gi svar på relativt til studiens overordnede formål. I dette tilfelle, hva klinikere *gjør* i praksis ved monitorering og vurdering av mental- og risikostatus blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Ved nærmere gjennomgang av spørreundersøkelsen kan eksempelvis spørsmål 2: «*Hvor lenge har du arbeidet innenfor profesjonen (antall år)?*» fremstå lite informasjonsnyttig i denne sammenheng (se Appendiks E for Spørreundersøkelse for støttesystemer norsk utgave). Så fremt undersøkelsen ikke har til hensikt å kartlegge

forskjeller mellom antall år ekspertise synes dette spørsmålet overflødig, og kan dermed ekskluderes med hensikt om å redusere lengden.

Videre kan eksempelvis spørsmål 5: «*Hva er dine PRIMÆRE bekymringer vedrørende disse pasientene? (Kryss av alternativene som passer)*» vurderes med tanke på nødvendighet (se Appendiks E for Spørreundersøkelse for støttesystemer norsk utgave). Ettersom bekymringene ble operasjonalisert etter Studie I: Pretest - Intervju av norske klinikere, ble de forhåndsbestemte svarkategoriene «*Risiko for selvskading*», «*Risiko for å påføre andre skade*», «*Psykose*», «*Dekompensering*», «*Medikamentelle bivirkninger*», «*Manglende etterlevelse av behandling*», «*Rapportering til Helsetilsynet*» og «*Annet*» inkludert i spørsmålet. Med tanke på at pasientpopulasjonen er en heterogen gruppe vil klinikers bekymringer variere mellom pasienter, noe som kan resultere i at respondenten krysser av alle svaralternativene og da vil spørsmålet bidra med lite informasjon. En løsning på dette kan være at de operasjonaliserte bekymringene er gjennomgående i de påfølgende spørsmålene, da de vil kartlegge hva klinikere gjør ved slike vurderinger. En ulempe med dette er at hvert enkelt spørsmål i undersøkelsen som helhet vil ha flere svarkategorier enn spørreskjemaet har per i dag.

I tillegg ble det gitt tilbakemeldinger vedrørende spørsmål 9: «*Med hensyn til din pasients og klinikkens psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte måler dere mental - og risikostatus for hvert av følgende?*» at dette fremstår som lite forståelig (se Appendiks E for Spørreundersøkelse for støttesystemer norsk utgave). Ved å forenkle spørsmålet til eksempelvis «*Hvor ofte måler dere mental – og risikostatus for hvert av følgende?*» vil spørsmålet fremstå mer tydelige i forhold til hva det har til hensikt å måle. Uavhengig av om respondenten bes å ta hensyn til de gitte ressurser vil de angi hvor ofte de foretar en vurdering.

En annen følge av lange spørreundersøkelser kan relateres til tidskonsum, noe som igjen antas å påvirke respondentens motivasjon til å fullføre. I et forsøk på å imøtekomme dette ble en *progress bar* inkludert i undersøkelsen, slik at respondenten til en hver tid kunne se hvor mange prosent av spørsmålene som var blitt besvart. En mulig tilnærming som kan bidra til spørreundersøkelsen oppleves som mindre tidskonsumerende kan være å transformere åpne spørsmål til spørsmål med lukkede svarkategorier. I følge metodelitteratur vil dette medføre at spørsmålene er lettere å besvare, samt raskere å fylle ut (Leung, 2001). Denne fremgangsmåten tillater at spørreundersøkelsen kan bestå av flere spørsmål før den

nødvendigvis oppleves for lang og tidkrevende. I den videre utviklingen av spørreundersøkelsen kan det også være hensiktsmessig og oppgi estimert tidsbruk for besvarelse av undersøkelsen i introduksjonen.

Videre opplyste deltakerne at stort antall svarkategorier medførte at undersøkelsen fremstod som ustrukturert og at det var vanskelig å selektere mellom kategoriene. Eksempelvis spørsmål 9: «*Ideelt sett, hvor ofte ville du innhentet mental – og risikostatus for hvert av følgende?*», der svaralternativene er «*Flere ganger per dag*», «*Daglig*», «*Flere ganger per uke*», «*Ukentlig*», «*Flere ganger per måned*», «*Månedlig*», «*Flere ganger i året*» og «*Årlig*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer norsk utgave). Hensikten bak svarkategoriene var å kartlegge klinikers behov for Hyppighet av monitorering og vurdering av mental– og risikostatus ved de ulike Bekymringene. Svarkategoriene er gjensidig utelukkende og kartlegger hvor ofte klinikere Ideelt sett ville utført slike vurderinger. Derimot kan det være formålstjenlig å avveie hvorvidt en differensiering mellom eksempelvis svarkategoriene «*Flere ganger per dag*» og «*Daglig*» bidrar til nyansering av behovet for Hyppighet, utover å påpeke at behovet er stort. Ved å redusere slike detaljerte differensieringer til eksempelvis «*Daglig*», «*Ukentlig*», «*Månedlig*» og «*Årlig*» vil spørreskjemaet fremstå mer ryddig og strukturert. Til tross for at antall svaralternativer er halvert vil det fortsatt være mulig å kartlegge om behovet for vurdering er stort eller lite.

I tillegg etterlyste respondentene flere svaralternativer ved spørsmål relatert til Hyppighet, da de ga tilbakemelding om at deltakere kan føle seg tvunget til å velge en kategori som egentlig ikke stemmer med realiteten. Forslag til svarkategorier de mente manglet var «*Sjeldent*», «*Aldri*» og «*Varies*», men igjen er man ved utgangspunktet med tanke på antall svaralternativer.

Et annet aspekt ved spørreundersøkelsens Format som respondentene ga tilbakemelding om var relatert til det store antallet åpne spørsmål, som opplevdes svært krevende. Som tidligere nevnt tillater åpne spørsmål at respondenten kan gi utdypede svar, samt fri assosiasjon rundt temaet som etterspørres (Greco og Walop, 1987). På den andre siden stiller slike spørsmål store krav til deltakeren, noe som kan resultere i dalende motivasjon for å fullføre undersøkelsen. Med tanke på videreutvikling av spørreskjemaet bør det avveies hvorvidt man bør kvantifisere majoriteten av spørsmålene, på bekostning av nyanserte og informasjonsrike svar. Eksempelvis kan det åpne spørsmål 15: «*Hvordan blir*

*kritisk informasjon vedrørende pasienters mental - og risikostatus delt mellom deg og samarbeidene personale/instanser?»* (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer for norsk utgave) kategoriseres i forhåndsbestemte svaralternativer på bakgrunn av informasjon innhentet via kvalitative undersøkelser. Med utgangspunkt i svar fra Studie I: Pretest - Intervju av norske klinikere kan svarkategoriene inndeles i eksempelvis «*Epikrise*», «*Journal*» «*Møter*» og «*Annet, spesifiser*».

**Spørreundersøkelsens Terminologi.** En annen gjennomgående tilbakemelding fra respondentene var relatert til Terminologiske aspekter ved spørsmålene. Overordnet rapporterte deltakerne nødvendigheten av å utføre en språkvask av spørreundersøkelsen i sin helhet, for en tilpasning av ord og begreper til den norske kliniske disiplinen. Eksempelvis refererer deltakerne til at begrepet *mental status* er for bredt, og i prinsippet inkluderer det også kognitivt evnenivå. Dette kan imøtekommes på flere vis, blant annet ved å definere hva begrepet *mental status* omfavner. En annen tilnærming kan være å kondensere begrepet ned til psykisk tilstand som er et spesifikt begrep samt har en økologisk validitet innen den norske psykologiske disiplinen.

Videre rapporterte flere av respondentene et behov for definering og differensiering av Terminologi brukt i eksempelvis spørsmål 6: «*Hvilke av følgende prosedyrer bruker du og teamet ditt ved vurdering av mental - og risikostatus for hver bekymring? (Kryss av alternativene som passer)*» med påfølgende svarkategorier «*Formell mental status vurdering*», «*Uformell mental status vurdering*», «*Strukturert klinisk intervju*», «*Ustrukturert klinisk intervju*», «*Standardisert klinisk måling*», «*Annet*» og «*Annet, spesifiser*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer norsk utgave). Tilbakemeldinger var særlig rettet mot Formell og Uformell mental status vurdering, da klinikere hverken kjente til Terminologien eller differensiering mellom disse. I en videreutvikling av spørreskjemaet vil det være nødvendig å definere begrepene, og gjerne ved bruk av konkrete eksempler på prosedyrer som kategoriseres som Formell og Uformell mental status vurdering. En mulig innfallsvinkel for å operasjonalisere begrepet kan være å la en liten heterogen gruppe av klinikere drøfte temaet i plenum, som også refereres til som fokusgruppe ([www.bmj.com](http://www.bmj.com)). Ved å utføre dette kan man oppnå en bedre forståelse av hva begrepet omfatter. En annen innfallsvinkel som eksemplifiserer hvilke prosedyrer som tilhører de respektive kategoriene kan være å ta utgangspunkt i Nasjonale retningslinjers anbefalinger. Som nevnt innledningsvis er ikke Nasjonale retningslinjer underlagt juridisk bindelse, men anbefalingene skal være tungtveiende ved vurdering av mental- og risikostatus. Hvorvidt klinikere følger

retningslinjene eller ikke, vil man derimot kunne anta at de har kjennskap til disse og eventuelt ekvivalente prosedyrer.

**Spørreundersøkelsens Profesjonsmatch.** Et annet aspekt respondenten mente kunne være bidragsgivende til at deltakere dropper ut av undersøkelsen var relatert til hvorvidt spørsmålene var relevante for Profesjonen. Flere av informantene opplevde at spørreskjemaet var rettet mot spesialisthelsetjenesten, og da særlig med tanke på prosedyrer og kartleggingsverktøy. Eksempelvis møter fastleger i førstelinjetjenesten majoriteten av pasienter med divergerende diagnoser og alvorlighetsgrad, men er likevel den Profesjonsgruppen som bruker minst kartleggingsverktøy ved vurderinger (Mykletun og medarbeidere, 2010). På bakgrunn av dette kan deltakerne oppleve at spørreskjemaet er lite relevant og vanskelig å besvare, noe som impliserer at stor mengde informasjon fra en sentral kilde kan gå tapt. I videreutvikling av spørreundersøkelsen er dette viktige hensyn å ha i mente. Ved å definere hva de ulike svarkategoriene betyr, eksempelvis Uformell mental status vurdering, vil svaralternativet kunne fremstå mer relevant for Profesjonsutøvere som i mindre grad supplerer vurderingene med standardiserte og strukturerte kartleggingsverktøy.

Videre var tilbakemeldinger relatert til hvordan klinikers arbeidssted kan påvirke resultatene i spørreundersøkelsen, og dette kom særlig til uttrykk ved spørsmål relatert til Hyppighet og Tidsbruk ved vurdering av mental – og risikostatus. Eksempelvis spørsmål 8: «*Ideelt sett, hvor ofte ville du innhentet mental- og risikostatus for hvert av følgende?*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer norsk utgave), der påfølgende svaralternativer er avhengig av tidligere avkryssede Bekymringer, vil Hyppigheten avhenge av respektive arbeidssted. En kliniker ansatt ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk vil primært foreta vurderinger ved hver konsultasjon, som hovedsakelig er på ukentlig basis, mens en klinker ansatt ved akuttpost vil foreta vurderinger hyppigere. På lignende måte vil Tidsbruk ved vurderinger også påvirkes avhengig av klinikers yrkessted. Ved analysering av datagrunnlaget i hovedstudien er dette essensielle hensyn som må tas ved statistisk analysering, ved å differensiere mellom de ulike arbeidssteder.

Ovennevnte tilbakemelding statuerer viktigheten av å beholde spørsmålet som kartlegger klinikers arbeidssted, ettersom det vil være nødvendig å diskriminere mellom disse. Videre vil det være av høy relevans at svarkategoriene i spørsmål 3: «*Hvor arbeider du? (Kryss av alternativene som passer)*» (se Appendiks E for Spørreundersøkelsen for støttesystemer norsk utgave), har overføringsverdi til norsk klinisk praksis, noe som igjen

poengterer behovet for gjennomføring av språkvask. Forslag til å øke økologisk validitet av svarkategoriene til spørsmål 3 kan og endre nåværende svaralternativ «*Akuttpost*», «*Døgnbehandling*», «*Intensiv poliklinisk klinikk*», «*Rettsmedisinsk klinikk*», «*Poliklinikk*» og «*Annet*» til eksempelvis «*Akuttpost*», «*Sengepost*», «*Poliklinikk*», «*Rettsmedisinsk klinikk*», «*Ambulant virksomhet*» og «*Annet*».

**Spørreundersøkelsens Pasientmatch.** Ytterligere tilbakemeldinger var relatert til heterogeniteten av pasientgrupper og alvorlighetsgrad av diagnoser, da disse faktorene vil påvirke både rapporterte Bekymringer relatert til pasienten, hvor Hyppig vurderingen blir foretatt og nødvendigheten av Tidsbruk. Eksempelvis vil en suicidalvurdering blant annet påvirkes av diagnose, alvorlighet, kjennskap til pasientens anamnese, alliansen mellom kliniker og pasient, samt risikofaktorer. Tilbakemeldingene illustrerer et viktig poeng, dog i denne spørreundersøkelsen er det av noe mindre relevans. Hensikten bak spørsmål relatert til Hyppighet og Tidsbruk er å undersøke hvorvidt det er en diskrepans mellom henholdsvis Ideell og Reell Hyppighet, og Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk. Det overordnede formålet er å avdekke om Hyppighet og Tidsbruk ved vurdering av mental- og risikostatus generelt, uavhengig av diagnose og alvorlighetsgrad, er tilfredsstillende i klinisk praksis. Dette med bakgrunn i litteratur nevnt innledningsvis som indikerer at begrensinger ved Hyppighet og Tidsbruk for vurderinger kan være bidragsyttere til at klinisk signifikante endringer ikke fanges opp, noe som igjen resulterer i at pasienter lider. Ved å kartlegge slike «*flaskehals*er» vil det avdekkes hvorvidt det er behov for en supplerings av praksis vedrørende dette.

### **Hvordan kan forskningsspørsmålet belyses?**

Med utgangspunkt i at denne pilottesten i hovedsak resulterte i tilbakemeldinger vedrørende spørreundersøkelsens kvalitet og anvendelighet, foreligger et ytterst begrenset datagrunnlag for besvarelse av forskningsspørsmålet. Til tross for at respondentene er representative med tanke på hovedutvalget, har resultatene ingen generaliserbarhet til populasjonen. Bakgrunnen for dette er både utvalgsstørrelse, men også de store begrensingene ved spørsmålene som ble avdekket via tilbakemeldinger fra respondentene. I det følgende vil det vies oppmerksomhet til hvordan de tidligere definerte domeneene Prosedyrer, Hyppighet, Tidsbruk og Holdepunkter med utvalgte spørsmål fra undersøkelsen, kunne ha belyst forskningsspørsmålet.

**Hvilke Prosedyrer vektlegges mest ved monitorering og vurdering av mental- og risikostatus?** Kartlegging av Prosedyrer gjør det mulig å predikere hva klinikere anser som viktig ved monitorering og vurdering, samt forespeile mulige begrensinger vedrørende praksis. I denne studien rapporterte de to respondentene at Prosedyrer som ble mest vektlagt var Formell mental status vurdering og Strukturerte kliniske intervju. På bakgrunn av tilbakemeldinger angående spørreundersøkelsens anvendelighet, der majoriteten rapporterte begrenset forståelse av begrepene Formell – og Uformell mental status vurdering, er det ytterligere begrensinger ved resultatenes nytteverdi. Tilbakemeldingene medførte viktige implikasjoner da det er stor usikkerhet knyttet til hva respondentene har svart på, noe som fører til at funnene har særdeles liten gyldighet. Oppsummert er det dermed ingen grunnlag for å si noe om hvilke prosedyrer som vektlegges mest.

**Hva er Ideell og Reell Hyppighet ved monitorering og vurdering av mental- og risikostatus?** Hensikten bak spørsmål relatert til Hyppighet av vurderinger er å kartlegge hvorvidt det er en diskrepans mellom hvor ofte klinikere utfører vurderinger for ulike bekymringer, sammenlignet med hvor ofte de Ideelt sett ville gjennomført disse. I denne studien var datagrunnlaget basert på rapportering fra en kliniker, som oppga at det ikke var forskjell mellom Ideell og Reell Hyppighet av vurderinger ved mental – og risikostatus. Igjen, med tanke på utvalgsstørrelse har ikke dette et adekvat empirisk grunnlag for å trekke slutninger fra.

Bakgrunnen for utvikling av spørsmål relatert til Hyppighet, er basert på en hypotese om at det er en forskjell i frekvens mellom Ideell og Reell Hyppighet ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus. Rasjonale bak hypotesen er blant annet faktorer nevnt innledningsvis relatert til ratio mellom kliniker og pasient, samt tidkrevende prosedyrer (Overland og medarbeidere, 2007). Førstnevnte omhandler at det ikke er et tilstrekkelig antall klinikere til å utføre vurderinger så hyppig som nødvendig, og videre forespeiles tidkrevende prosedyrer å redusere muligheten for praktisk gjennomføring av Ideell Hyppighet. Ved å kartlegge hvorvidt det eksisterer en diskrepans mellom Reell og Ideell Hyppighet kan resultatene gi en indikasjon på et behov for å supplere nåværende klinisk praksis.

**Hva er Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus?** Formålet med spørsmål relatert til Tidsbruk var å kartlegge hvorvidt det er en forskjell mellom Gjennomsnittlig og Optimal Tidsbruk ved vurderinger. I denne studien anga begge respondentene gjennomgående for hver Bekymring at



Gjennomsnittlige vurderinger tar kortere tid enn hva en Optimal vurdering ville tatt. Dette er en viktig opplysning som fremkommer til tross for at resultatene ikke kan generaliseres. En diskrepans mellom hvor lang tid klinikere bruker for å utføre en Gjennomsnittlig vurdering sammenlignet med hva de rapporterer at estimert tid for en Optimal vurdering, kan ha viktige implikasjoner. Som nevnt innledningsvis, er det flere faktorer som kan bidra til at klinikere ikke anledning til å bruke så lang tid som kreves for å utføre en Optimal vurdering. Noen av disse faktorene er blant annet relatert til lav ratio mellom klinikere og pasienter, samt tidkrevende kartleggingsverktøy (Overland og medarbeidere, 2007). Videre kan det antas at faktorer ved både kliniker og pasient vil være bidragsgivende til Tidsbruk ved vurderinger. Eksempelvis vil diagnose, alvorlighetsgrad, prognose og medisinerings kunne tenkes å spille en sentral rolle i hvor lang tid som er disponibelt til å utføre en optimal vurdering. Andre faktorer kan tenkes å relateres til kontekstuelle forhold, deriblant hvorvidt pasienten er hospitalisert eller ikke.

I tillegg, som en liten digresjon, så oppga begge respondentene at pasienten blir lei eller frustrert *før* en Optimal vurdering er gjennomført. Dette har viktige implikasjoner for vurderinger som utføres, blant annet ved at det i ytterste konsekvens kan virke som en trussel mot alliansen mellom pasient og behandler. I tillegg kan det antas at en frustrert pasient vil ha lavere motivasjon for rapportering av symptomer, noe som kan medføre at symptombeskrivelsen ytterligere forringes. Som tidligere nevnt kan blant annet lav motivasjon hos pasienter affisere validiteten av selvrapporingen (Ho og medarbeider, 2004).

Dersom lignende funn er fremtredende ved den planlagte hovedstudien, vil behovet for en supplerings av et støttesystem som kan utføre hyppigere og med tidseffektive vurderinger statueres.

**Hvilke atferds – og miljømessige Holdepunkter tas hensyn til ved monitorering og vurdering av mental – og risikostatus?** Formålet med å kartlegge Holdepunkter klinikere vektlegger ved vurderinger er et forsøk på å avdekke hva de legger til grunn for å fange opp klinisk signifikante endringer. Respondentene i denne studien oppga blant annet motorisk uro, apati og verbale karakteristikk som usammenhengende tale, taleflom og monotoni som *sentrale* Holdepunktet ved vurderinger.

Noen av Holdepunktene som respondentene refererer til blir også kartlagt ved bruk av anbefalte utredningsverktøy, men som nevnt innledningsvis er det flere begrensinger knyttet

til bruk av disse. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at flere av kartleggingsverktøyene har lav sensitivitet og spesifisitet når det gjelder å fange opp nyanser i psykisk status mellom vurderinger (France og medarbeidere, 2000). I tillegg hevder Cohen og medarbeidere (2008) at vage normeringer ved kartleggingsverktøyene ikke differensierer adekvat mellom små endringer i symptombildet over tid.

På bakgrunnen av de få resultatene som foreligger er det indikasjoner som tilsier at klinikere vektlegger verbale karakteristikk ved vurdering av mental – og risikostatus. Dette er i samsvar med studier som viser at klinikere rapporterer karakteristiske kjennetegn ved tale hos blant annet pasientgrupper som depresjon og schizofreni (Stassen og medarbeidere, 1998; Cohen og Elvevåg, 2014). Som tidligere nevnt, vil det antas at klinikere, i egenskap av å være menneske, har begrenset kognitiv kapasitet til å huske pasientens egen «baseline» fra konsultasjon til konsultasjon.

## **Konklusjon**

Basert på resultater fra denne studien ble det avdekket store begrensinger ved det utviklede spørreskjemaet, noe som impliserer en utbedring av spørsmålene før distribuering til hovedutvalget. Formålet med å kartlegge hva klinikere gjør ved monitorering og vurdering av mental– og risikostatus er viktig og essensielt med tanke på den overordnede hensikten med prosjektet som helhet, det vil si styrking av psykisk helsevern. Med bakgrunn i den store lidelsen hos mennesker med alvorlig psykopatologi, samt psykososiale – og samfunnsøkonomiske implikasjoner, er tiden inne for å legge en målrettet plan med hensikt om å redusere de alvorlige konsekvensene for disse menneskene og samfunnet for øvrig.

## **Oppsummerende diskusjon**

Psykiske lidelser er en trussel mot folkehelsen og samfunnet for øvrig, og som nevnt innledningsvis vil depresjon være den mest invalidiserende sykdommen i verden i nær fremtid (Lopez og Murray, 1998). Hjernen er menneskets mest komplekse organ, og mentale lidelser involverer sammensatte interaksjoner mellom genetiske faktorer og miljømessige erfaringer, noe som naturlig nok medfører vansker med å undersøke de patologiske mekanismene

direkte. I kontrast til andre somatiske tilstander, slik som hjertekarsykdommer, er det ingen reduksjon i samfunnskostnader, dødelighetsrate og prevalens når det gjelder psykiske lidelser. Dette til tross for mange utrednings- og behandlingstilnærminger innen psykisk helsevern, noe som impliserer et behov for utvikling av disiplinen (Cuthbert og Insel, 2013).

Som nevnt innledningsvis kan mulige årsaker til at klinisk signifikante endringer ikke fanges opp relateres til faktorer ved både kartleggingsverktøy, klinikere og pasient. Noen av disse er blant annet tidkrevende prosedyrer med lav sensitivitet og spesifisitet, for få klinikere relativt til pasienter samt alvorlighetsgrad av diagnose. Dette bidrar blant annet til at vurderinger ikke forekommer så ofte som nødvendig og at klinikere har begrenset tid til å utføre disse optimalt, noe som igjen resulterer i at mange pasienter ikke mottar adekvat oppfølging og behandling.

Fokuset i hovedoppgaven var rettet mot utviklingen av et spørreskjema som hadde til hensikt å kartlegge hva klinikere *gjør* ved monitorering og vurdering av mental- og risikostatus blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Bakgrunnen for dette er som nevnt innledningsvis, et steg i en større prosess rettet mot utvikling av et støttesystem som vil kunne supplere og styrke nåværende klinisk praksis. Systemet vil bidra til å optimalisere vurderinger av mental- og risikostatus ved å øke frekvens av målinger, være tidseffektiv samt mer sensitiv til å fange opp klinisk signifikante endringer. Basert på språklige indikatorer hos pasienter med psykiske lidelser kan objektive, reliable og raske vurderinger utføres.

Studiene som hovedoppgaven var en del av dekket viktige implikasjoner for den videre utviklingen av spørreundersøkelsen før distribuering til hovedutvalget. På bakgrunn av resultatene vil det være formålstjenlig å forsøke og imøtekomme de begrensningene som ble drøftet i Studie III: Norge survey – Pilottest blant klinikere i Norge. Som et supplement til den elektroniske spørreundersøkelsen kan det være hensiktsmessig å utføre fokusgruppe og intervju blant et representativt utvalg av klinikere før en ny distribuering. Til tross for et ønske om å optimalisere spørreundersøkelsen, vil det alltid foreligge begrensninger og svakheter ved verktøyet, men det bør være et fokus på å utvikle et reliabelt og valid instrument. Neste steg i prosessen bør rettes mot testing av undersøkelsens konsistens og gyldighet, i form av statistiske analyser, noe som vil være mulig ved et større utvalg i en ny pilotstudie.

## **Veien videre**

Det er på høy tid å rette et fokus mot styrking av psykisk helsevern, da følgene av psykiske lidelser er kritiske og alvorlige. Dersom det overordnede målet til prosjektet blir innfridd vil dette ha viktige implikasjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Ved å utvikle et system som er reliabelt, valid og kan bidra til sensitive og raske vurderinger av sentrale aspekter ved pasienters psykiske status, kan man overkomme begrensinger ved nåværende praksis. Dette vil bidra til en reduksjon av psykososiale og samfunnsøkonomiske konsekvenser, samt være livreddende.

## Referanser

- Alpert, M., Shaw, R. J., Pouget, E. R. & Lim, K. O. (2002). A comparison of clinical ratings with vocal acoustic measures of flat affect and alogia. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 347 – 353.
- Befrienders worldwide. Retrived April. 14.2015. from:  
<http://www.befrienders.org/suicide-statistics>
- Ben – Zeev, D., Brenner, C.J., Begale, M., Duffecy, J., Mohr, D.C. & Mueser, K. T. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1244 – 1253.
- British Medical Journal. Retrieved May 7. 2015. from:  
<http://www.bmj.com/content/311/7000/299>
- Cannizzaro, M., Harel, B., Reilly, N., Chappell, P. & Snyder, P. J. (2004). Voice acoustical measurement of the severity of major depression. *Brain and Cognition*, 56, 30 – 35. DOI: 10.1016/j.bandc.2004.05.003
- Cohen, A. S., Alpert, M., Nienow, T. M., Dinzeo, T. J. & Docherty, N. M. (2008). Computerized measurement of negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 827 – 836. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2007.08.008.
- Cohen, A. S. & Elvevåg, B. (2014). Automated computerized analyses of speech in psychiatric disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 27, 203 – 209. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000056
- Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., Semple, J. & Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77, 85 – 98. DOI: 10.1016/jschres.2005.01.016
- Cuthbert, B. N. & Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11 (126), 1 – 8.
- Docherty, N. M. (2005). Cognitive impairments and disordered speech in schizophrenia: thought disorder, disorganization, and communication failure perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (2), 269 – 278. DOI: 10.1037/0021-843X.114.2.269

- Docherty, N. M., Strauss, M. E., Dinzeo, T. J. & St – Hilaire, A. (2006). The cognitive origins of specific types of schizophrenic speech disturbances. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2111 – 2118.
- Elstein, A. S. (1999). Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. *Academic Medicine*, 74 (7), 791 – 794.
- Elvevåg, B., Foltz, P. W., Weinberger, D. R. & Goldberg, T. E. (2007). Quantifying incoherence in speech: An automated methodology and novel application to schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 93, 304 – 316. DOI: 10.1016/j.schres.2007.03.001
- Fink, A. (2009). *How to conduct surveys. A step – by – step guide*. California: SAGE publications
- Fowler, F. J. (2009). *Survey research methods*. California: SAGE Publications Inc.
- France, D. J., Shiavi, R. G., Silverman, S., Silverman, M. & Wilkes, D. M. (2000). Acoustical properties of speech as indicators of depression and suicidal risk. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 47 (7), 829 – 837.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gonda, X., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, G. & Rihmer, Z. (2007). Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals of General Psychiatry*, 6 (23), 1 – 8. DOI: 10.1186/1744-859x-6-23.
- Greco, L. D. & Walop, W. (1987). Questionnaire development: 1. Formulation. *Canadian Medical Association Journal*, 136, 583 – 585.
- Greco, L. D., Walop, W. & Eastridge, L. (1987). Questionnaire development: 3. Translation. *Canadian Medical Association Journal*, 136, 817 – 818.
- Helsebiblioteket. Retrieved March 18. 2015. from:  
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.13-diagnostiske-verkt>
- Helsedirektoratet (2008). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. Retrieved March 18.2015. from:

<https://helsedirektoratet.no/nfr/om-nasjonale-faglige-retningslinjer>

Helsenorge.no. Retrieved March 23. 2015. from:

<http://www.helsenorgebeta.net/2012/09/la-mobiltelefonen-male-helsen-din/>

Ho, D. C., Flaum, M., Hubbard, W., Arndt, S. & Andreasen, N. C. (2004). Validity of symptom assessment in psychotic disorders: information variance across different sources of history. *Schizophrenia Research*, 68, 299 – 307. DOI: 10.1016/j.schres.2003.07.006

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1993). *Metodevalg og metodebruk*. Otta: TANO AS

Holshausen, K., Harvey, P. D., Elvevåg, B., Foltz, P. W. & Bowie, C. R (2014). Latent semantic variables are associated with formal thought disorder and adaptive behavior in older inpatients with schizophrenia. *Cortex*, 55, 88 – 96.

Høyve, A., Jacobsen, B.K & Hansen, V. (2011). Increasing mortality in schizophrenia: Are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980–2006 in Northern Norway. *Elsevier*, 132, 228 – 232.

Ilstad, S. (1989). *Survey – metoden*. Trondheim: Tapir forlag

Johannessen, A. (2009) *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Kleven, T. A., Hjordemaal, F. & Tveit, K. (2011). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub.

Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R. & Fraser, C. (2012). The profile of suicide: changing or changeable? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 1-9 DOI: 10.1007/s00127-010-0306-z

- Knudsen, A.K. & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 342 – 343.
- Kobak, K. A., Engelhardt, M., Williams, J. B. W. & Lipsitz, J. D. (2004). Rater training in multicenter clinical trials: issues and recommendations. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24 (2), 113 – 117.
- Laursen, T. M., Munk – Olsen, T. & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 25 (2), 83 – 88. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32835035ca
- Leiknes, K. A., Leganger, S., Malt, E. A. & Malt, U. (2001). *Mini Internasjonalt nevropsykiatrisk intervju*. Norsk versjon 5.0.0. Oslo: Rikshospitalet.
- Leung, W.C. (2001). How to design a questionnaire. *StudentBMJ*, 9, 187 – 189.
- Lopez, A. D. & Murray, C. C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990 – 2020. *Nature Medicine*, 4 (11), 1241 -1243.
- Lott, P. R., Guggenbühl, S., Schneeberger, A., Pulver, A. E. & Stassen, H. H (2002). Linguistic analyses of the speech output of schizophrenic, bipolar, and depressive patients. *Psychopathology*, 35, 220 – 227.
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub AS
- Mundt, J. C., Vogel, A. P., Feltner, D. E. & Lenderking, W. R. (2012). Vocal acoustic biomarkers of depression severity in treatment respons. *Society of Biological Psychiatry*, 72, 580 – 587.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T. & Øverland, S. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*, 10 (35), 1 – 7.



Norsk Helseinformatikk. Retrieved April 14.2015. from:

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/selv-mord-og-selv-mordsforsok-veiviser-3097.html>

Norsk Legeforening. Retrieved March 17. 2015. from:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-60-alvorlige-personlighetsforstyrrelser/>

Norsk Psykologforening. Retrieved April 24.2015. from:

[http://www.psykologforeningen.no/Media/Files/Forsvarlig-bruk-av-tester/\(language\)/nor-NO](http://www.psykologforeningen.no/Media/Files/Forsvarlig-bruk-av-tester/(language)/nor-NO)

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127 – 1128.

Olssøn, I., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2006). Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode: A cross – sectional study among general practitioners in Norway. *Journal of Clinical Psychiatry*, 8 (6), 340 – 347.

Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. og Mykletun, A. (2007). Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The Hunt study. *Psychiatric Services*, 58 (11), 1479 – 1482.

Ozdaz, A., Shiavi, R. G., Silverman, S. E., Silverman, M. K. & Wilkes, D. M. (2004). Investigation of vocal jitter and glottal flow spectrum as possible cues for depression and near – term suicidal risk. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 51 (9), 1530 – 1540. DOI: 10.1109/TBME.2004.827544

Pennebaker, J. W., Mehl, M. R. & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: our words, our selves. *Annual review Psychology*, 54, 547 – 577. DOI: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145041

Riksrevisjonen. Retrieved March 4.2015. from.

[https://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg/Revisjonsmetodikk/Veileder\\_i\\_utarbeiding\\_og\\_bruk\\_av\\_sporreskjema.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg/Revisjonsmetodikk/Veileder_i_utarbeiding_og_bruk_av_sporreskjema.pdf)

Røsjø, B. (2014). *Angst og depresjon koster mest*. Oslo: Norges Forskningsråd.

Scherer, K. R. & Zei, B. (1988). Vocal indicators of affective disorders. *Psychother Psychosoma*, 49, 179 – 186.

Statistisk sentralbyrå. Retrieved May 1.2015. from:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>

Stassen, H. H., Kuny, S. & Hell, D. (1998). The speech analysis approach to determining onset of improvement under antidepressants. *European Neuropsychopharmacology*, 8, 303 – 310.

Statens helstilsyn. (2012). *ICD – 10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Store Norske leksikon. Retrieved March 19. 2015. from:

<https://sml.sn�.no/schizofreni>

Sudman, S. & Bradburn, N.M. (1982). *Asking question*. California: Jossey – Bass Inc.

SurveyMonkey. Retrieved May 1.2015. from:

<https://www.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder – en intrduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Svartdal, F. (2004). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Tagamets, M. A., Cortes, C. R., Griego, J. A. & Elvevåg, B. (2014). Neural correlates of the relationship between discourse coherence and sensory monitoring in schizophrenia. *Cortex*, 55, 77 – 87.

- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. (2009). 11 – year follow – up of mortality in patients with schizophrenia: a population – based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*, 374, 620 – 627. DOI: 10.1016/S0140-6736:09:60742-X.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 453 – 458. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085100.
- WHO. Retrieved March 17.2015. from:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/)
- Zahl, P. H. & Diesrud, G. (2011). *Selvord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Zahl, P. H. & Diesrud, G. (2014). *Selvord og selvmordsforsøk i Norge – Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.



Today's Date:     /     /

Gender: Male    Female

Age: \_\_\_\_\_

Ethnicity: \_\_\_\_\_

Primary work setting:(e.g., community agency, hospital, school, correctional facility)  
\_\_\_\_\_

Degrees and credentials earned: (Check all that apply)

- MA/MS     MSW     LPC     LSSP  
 PsyD     PhD     RN     MD  
 EdD     LCSW     MFCC/MFT  
 Other (please explain) \_\_\_\_\_

State licensed? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Approximately how many:** Active cases do you carry at once? \_\_\_\_\_

How many years of full-time professional/clinical experience have you had? \_\_\_\_\_

What is your primary theoretical orientation? \_\_\_\_\_

Please indicate whether the following are a **Major Part** of your work, a **Minor Part** of your work, or **Not at All** a part of your work by checking the appropriate column:

	Major Part	Minor Part	Not at All		Major Part	Minor Part	Not at All
Children	_____	_____	_____	Ethnic Minority Clients	_____	_____	_____
Adults	_____	_____	_____	Low Income Clients	_____	_____	_____

**Do you currently provide any of the following mental health services?**

**Please Circle:**

1. Conduct Intake Assessments    YES    NO    2. Provide Therapy    YES    NO  
 3. Supervise Intake Assessments    YES    NO    4. Supervise Therapy    YES    NO

If you circled **NO** to all of items 1-4 above, please return the incomplete survey in the postage-paid, pre-addressed envelope. Thank you for your time!

If you circled **YES** to any of them, please continue!



We are interested in your opinions about assessment with clients presenting for treatment of emotional or behavioral problems.

This survey has FOUR sections: Each section will begin with a definition of the type of assessment relevant to that section.

SECTION 1 will ask your opinions about ongoing progress monitoring and providing feedback to clients about client progress through treatment

SECTION 2 will ask about the use of *standardized* assessment measures for progress monitoring

SECTION 3 will ask about the use of *individualized* assessment measures for progress monitoring

SECTION 4 will ask you to report on your current assessment practices

Some questions are repeated across sections. We have repeated these questions in case your opinions differ based on the type of assessment we are asking about.

In several places, we ask about having “clients” fill out measures. We are using the term “*clients*” to include both individuals directly participating in treatment, as well as close family members, such as parents or significant others, who might provide assessment information during treatment.

**Therapist Attitudes Toward Assessment in Treatment**



**SECTION 1: These items ask about routine progress monitoring and providing feedback to clients about treatment progress:**

**'Routine' Progress Monitoring refers to administering measures to your therapy clients every 1-2 sessions in order to monitor their progress in treatment.**

**Providing Feedback refers to discussing data that have been gathered through routine progress monitoring with clients (For example, a clinician might show a client a graph of his/her scores from previous sessions to facilitate a discussion of why treatment is or is not progressing as intended or what has led to treatment success).**

**Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:**

<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
1	2	3	4	5

1. Monitoring treatment progress is an important part of treatment.	1	2	3	4	5
2. Clients are able to provide accurate ratings of treatment progress.	1	2	3	4	5
3. Clients do not provide honest ratings of treatment progress.	1	2	3	4	5
4. Monitoring treatment progress is more important for satisfying administrative requirements than for clinical use.	1	2	3	4	5
5. Monitoring treatment progress is valuable for supervision.	1	2	3	4	5
6. Information from treatment progress measures could be misused by clinic administrators.	1	2	3	4	5
7. Providing feedback to clients about treatment progress helps to increase client motivation and engagement.	1	2	3	4	5
8. Providing feedback to clients about treatment progress (or lack thereof) would potentially harm the therapeutic alliance.	1	2	3	4	5
9. Providing clients with negative feedback about their progress would lead to client deterioration or premature treatment termination.	1	2	3	4	5
10. Providing clients with negative feedback about their progress would decrease their motivation for and/or engagement in treatment.	1	2	3	4	5
11. Providing clients with negative feedback about their progress would make them think their therapist is incompetent.	1	2	3	4	5
12. Providing clients with feedback about their treatment progress empowers them to make informed decisions about their care.	1	2	3	4	5



**SECTION 1 CONTINUED: These items ask about routine progress monitoring and providing feedback to clients about treatment progress:**

**Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:**

<b>Strongly Disagree</b>	<b>Disagree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>
1	2	3	4	5

13. Providing clients with feedback about treatment progress facilitates collaboration between clients and clinicians.	1	2	3	4	5
14. Clients want their therapists to provide them with information about treatment progress.	1	2	3	4	5
15. Providing clients with feedback about treatment progress can increase their insight.	1	2	3	4	5
16. Providing clients with feedback about treatment progress helps keep treatment focused on treatment goals.	1	2	3	4	5
17. I have adequate training about how to discuss treatment progress (and lack thereof) with clients.	1	2	3	4	5
18. Providing clients with regular feedback about treatment progress creates an expectation for positive change.	1	2	3	4	5
19. Collecting progress monitoring data without providing feedback to clients is likely to harm rapport.	1	2	3	4	5
20. Providing feedback to clients about treatment progress (or lack thereof) can lead to better treatment outcomes.	1	2	3	4	5



**SECTION 2: These items ask about standardized and routine progress monitoring.**

**Standardized** refers to client self-report measures with standard items and scoring procedures, such as a rating scale like the Beck Depression Inventory or the Strengths and Difficulties Questionnaire.

**'Routine' Progress Monitoring** refers to administering these types of standardized measures to your therapy clients every 1-2 sessions in order to monitor their progress in treatment.

Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

1. Standardized progress measures don't tell me anything I can't learn from just talking to clients.	1	2	3	4	5
2. Using clinical judgment to monitor progress is superior to using standardized assessment measures.	1	2	3	4	5
3. Standardized progress measures provide more useful information than other assessments like informal interviews or observations.	1	2	3	4	5
4. Standardized progress measures don't capture what's really going on with clients.	1	2	3	4	5
5. Clinical problems are too complex to be captured by a standardized progress measure.	1	2	3	4	5
6. Standardized progress measures help gather objective information about whether treatment is working.	1	2	3	4	5
7. Standardized progress measures help identify when treatment is not going well.	1	2	3	4	5
8. Standardized progress measures can provide helpful information about whether it is time to terminate treatment.	1	2	3	4	5
9. Information from standardized progress measures can help me plan for sessions.	1	2	3	4	5
10. Standardized progress measures help identify when to change the overall treatment plan	1	2	3	4	5
11. Standardized progress measures gather information about the client that may not otherwise come up in session.	1	2	3	4	5

Please continue on next page





**SECTION 2 CONTINUED: These items ask about standardized and routine progress monitoring.**

Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

12. Standardized progress measures are not able to detect meaningful changes as they occur.	1	2	3	4	5
13. Standardized progress measures can efficiently gather information.	1	2	3	4	5
15. The information I receive from standardized progress measures isn't worth the time I spend administering, scoring, and interpreting the results.	1	2	3	4	5
16. Standardized progress measures interfere with establishing rapport during a session.	1	2	3	4	5
17. Standardized progress measures are readily available in the language my clients speak.	1	2	3	4	5
18. There are few standardized progress measures valid for ethnic minority clients.	1	2	3	4	5
19. Completing a standardized progress measure is too much of a burden for my clients.	1	2	3	4	5
20. Copyrighted standardized progress measures are affordable for use in practice.	1	2	3	4	5
21. Standardized progress measures are too difficult for many clients to read or understand.	1	2	3	4	5
22. I have adequate training in the use of standardized progress measures.	1	2	3	4	5
23. I do not have time to administer standardized progress measures on a frequent basis.	1	2	3	4	5
24. Standardized progress measures don't measure the outcome domains most important to clients.	1	2	3	4	5

**SECTION 3: These items ask about individualized and routine progress monitoring.**

**Individualized** refers to client-specific measures of treatment progress, such as having clients rate the severity of self-identified problems on a scale from 1-10, tracking number of self-injury incidents in the past week, or tracking frequency of office discipline referrals for a child client.

**Routine progress monitoring** refers to administering these client-specific measures to your therapy clients every 1-2 sessions in order to monitor their progress in treatment.

Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

1. Individualized progress measures don't tell me anything I can't learn from just talking to clients.	1	2	3	4	5
2. Using clinical judgment to monitor progress is superior to using individualized assessment measures.	1	2	3	4	5
3. Individualized progress measures provide more useful information than other assessments like informal interviews or observations.	1	2	3	4	5
4. Individualized progress measures don't capture what's really going on with clients.	1	2	3	4	5
5. Clinical problems are too complex to be captured by an individualized progress measure.	1	2	3	4	5
6. Individualized progress measures help gather objective information about whether treatment is working	1	2	3	4	5
7. Individualized progress measures help identify when treatment is not going well.	1	2	3	4	5
8. Individualized progress measures can provide helpful information about whether it is time to terminate treatment.	1	2	3	4	5
9. Information from individualized progress measures can help me plan for sessions.	1	2	3	4	5
10. Individualized progress measures help identify when to change the overall treatment plan.	1	2	3	4	5
11. Individualized progress measures gather information about the client that may not otherwise come up in session.	1	2	3	4	5

Please continue on next page



**SECTION 3 CONTINUED: These items ask about individualized and routine progress monitoring.**

Please use the following scale to rate how much you agree with the statements below:

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

12. Individualized progress measures are not able to detect meaningful changes as they occur.	1	2	3	4	5
13. Individualized progress measures can efficiently gather information.	1	2	3	4	5
14. Individualized progress measures take too long to administer and score.	1	2	3	4	5
15. The information I receive from individualized progress measures isn't worth the time I spend administering, scoring, and interpreting the results.	1	2	3	4	5
16. Individualized progress measures interfere with establishing rapport during a session.	1	2	3	4	5
17. Individualized progress measures can be used with clients who do not speak English.	1	2	3	4	5
18. It is difficult to identify appropriate individualized progress measures for ethnic minority clients.	1	2	3	4	5
19. Completing individualized progress measures is too much of a burden for my clients.	1	2	3	4	5
20. Individualized progress measures are affordable for use in practice.	1	2	3	4	5
21. Individualized progress measures are too difficult for my clients to read or understand.	1	2	3	4	5
22. I have adequate training in the use of individualized progress measures.	1	2	3	4	5
23. I do not have time to administer individualized progress measures on a frequent basis.	1	2	3	4	5
24. Individualized progress measures don't measure the outcome domains most important to clients.	1	2	3	4	5



On the following questions, please rate whether you feel **INDIVIDUALIZED** assessment or **STANDARDIZED** assessment is preferable by checking the appropriate column:

	Individualized is Better	Standardized is Better	They are the same
Which one is more acceptable to clients?	_____	_____	_____
Which one is more useful for detecting change?	_____	_____	_____
Which one is more relevant to clients' problems?	_____	_____	_____
Which one is easier to use?	_____	_____	_____
Which one would you prefer to use?	_____	_____	_____

**SECTION 4: In this last section, we would like to learn about your current assessment practices for clients presenting for treatment of emotional or behavioral problems.**

**When do you collect assessments from the following individuals?**  
**Please check all that apply:**

	Never	Intake	Ongoing	Termination
<b>Child Client:</b> <i>If you do not see child clients, please check 'Never'</i>	_____	_____	_____	_____
<b>Adult Client:</b> <i>If you do not see adult clients, please check 'Never'</i>	_____	_____	_____	_____
<b>Client's Family Member:</b>	_____	_____	_____	_____
<b>Other</b> (e.g., teacher, employer): describe _____	_____	_____	_____	_____

*Please continue on next page*



**We would like to know a bit about how often you monitor treatment progress.**

***Please circle your answers:***

1. On average, how often do you administer <u>standardized</u> progress measures to your clients?	Never	Every 1-2 sessions	Every Month	Every 90 Days	Other: _____
2. On average, how often do you administer <u>individualized</u> progress measures to your clients?	Never	Every 1-2 sessions	Every Month	Every 90 Days	Other: _____
3. To what degree are your assessment practices dictated by workplace and/or funding policies?	Not at all	Some	A Lot		
3. How often would you prefer to administer <u>standardized</u> progress measures to your clients?	Never	Every 1-2 sessions	Every Month	Every 90 Days	Other: _____
4. How often would you prefer to administer <u>individualized</u> progress measures to your clients?	Never	Every 1-2 sessions	Every Month	Every 90 Days	Other: _____

**Therapist Attitudes Toward Assessment in Treatment**



**Please answer the following questions about your practice in the past month/week. Please answer these questions thinking about your therapy cases only.**

	None (0%)	Some (1-39%)	Half (40-60%)	Most (61-100%)
1. In the <b>last month</b> , with what % of <b>intakes/new clients</b> did you administer a standardized assessment measure during your <u>first 1-2 meetings</u> ? <i>_____ I didn't take on any new clients in the past month.</i>	1	2	3	4
2. In the <b>last week</b> , with what percentage of your total caseload did you <u>administer a standardized assessment measure</u> ?	1	2	3	4
3. In the <b>last week</b> , with what percentage of your clients did you <u>give feedback</u> about/discuss a <u>standardized assessment measure</u> with your client or your client's family/caregiver?	1	2	3	4
4. In the <b>last week</b> , with what percentage of your total caseload did you <u>systematically track an individualized outcome variable</u> (e.g., school attendance, self-injury)?  Which outcome did you track? _____	1	2	3	4
5. In the <b>last week</b> , with what % of your clients did you <u>give feedback</u> about/discuss a <u>systematically-tracked individualized outcome variable</u> (e.g., school attendance, self-injury) with your client or your client's family/caregiver?  Which outcome did you discuss? _____	1	2	3	4
6. In the <b>last week</b> , with what % of your clients did you alter or change your <u>overall treatment plan</u> based on standardized or individualized assessment data?	1	2	3	4
7. In the <b>last week</b> , with what % of your cases did you alter or change your <u>specific plan or activities for a single session</u> based on standardized or individualized assessment data?	1	2	3	4

*Please continue on next page*



**Thank you so much for your participation and for sharing your experiences and opinions with us! If there is anything else you would like to share, please feel free to write below:**

## Appendiks B

### Versjon I: Straw – man dokument

Diagnostic support system development for the monitoring of psychosis

#### User Needs Assessment for System Design

#### Project purposes:

1. Design and demonstrate tools for remote monitoring of psychiatric outpatients.
2. Conduct a pilot study of the monitor system to see if clinicians find it valuable.
3. Evaluate if remote monitoring can be implemented effectively while lowering overall costs.

#### Survey purposes:

- A. Uncover concerns and beliefs of clinical providers (in Norway and Louisiana)
- B. Evaluate and refine certain propositions implicit in the project description:

*What is best practice in assessing psychiatric clinical states?*

*Are there currently enough clinicians to monitor patients as often as necessary?*

*How important is prediction of relapse risk before it occurs?*

*Is the relapse or suicide rate unacceptably high among released mental patients?*

*Typically, how frequent is clinical evaluation of outpatients?*

*Is it important to clinicians that data capture at home be passive and/or inobtrusive?*

*Will psychiatric outpatients tolerate home monitoring and comply with its behavioral requirements?*

*Are there current methods that can usefully predict patient crises?*

*How can outpatient monitoring reduce overall medical costs?*

- C. Gather ideas about what clinicians will count as evidence of successful project outcomes.
- D. Collect insights that inform a better 2<sup>nd</sup>-cycle survey on a larger sample respondents.

This preliminary survey is intended as a first pass, information-gathering tool, implemented mainly with relatively open questions. The goal to find out enough from a small sample (n = 12 - 24?) of respondents to guide the development of a Service Design Survey that will be presented to a larger sample. The survey results will help determine aspects of the system design, instrument design, experimental procedures, and data analysis so that the project results are most useful in addressing real and perceived clinical needs.

Populations of interest: Psychiatrists, nurses, psychologists, families of inpatients and outpatients, social workers.



## Top level design:

### Design Notes:

- Mental/Risk assessment for most SMI disorders involves a “team” approach (e.g., Psychiatrist, nurses, social workers, families, crisis teams)? The assessment protocol (e.g., specific measure, frequency of contact) is sometimes set by the clinic director, case manager and/or the psychiatrist. To avoid missing key information, consider assessing the “teams” approach to assessment as opposed to a specific individual (who may have a circumscribed role).
- An issue with establishing “Types” of patients is that they are anecdotal and may reflect a mix of potential concerns (e.g., psychosis, suicidal, treatment resistant, violent, cognitively challenged). Each concern could potentially require different assessment approaches. Focusing on “Concerns” may circumvent this.

**1. Introductions**

The reason I am contacting you is to learn about how you and your team monitors your patients with serious mental illness, such as schizophrenia, bipolar disorder, severe depression & anxiety, borderline and other personality disorders . I am particularly interested in learning about how you and your team monitor clinically significant mental and risk status changes to avoid decompensation, relapse, self-harm, suicide or other dangerous events.

- a. What sorts of patients with serious mental illness do you treat?
- b. What about these illnesses concern you? [Establish a list of unique concerns]
- c. What are the events or outcomes that you hope to avoid with monitoring (e.g., appropriate hospitalization, relapse, reducing medication side effects, improving treatment compliance, documenting in case of litigation)?
- d. What is it that you and your team can do to avoid or mitigate the bad outcomes?
- e. How would you know that your concern is not an issue for a particular patient, self-report, functioning, behavior (for each concern)?

Concerns:	Outcomes to Avoid	How to Avoid
1:		
2:		
3:		
4:		
5:		
6:		

2. I would like to understand how you and your team assesses mental and risk status?
- a. For each concern, please tell me how your team assesses mental and risk status? If not clear, who administers these measures/performs these procedures (e.g., nurses, social workers)?
  - b. Ideally, how often does your team measure mental and risk status (for each concern)? In reality, how often does your team measure mental and risk status, given your populations psychological, cognitive, financial and other resources (for each concern)?
  - c. If you are assessing the patient while in your clinic, what verbal, physical, environmental or other signs are you or your team looking for that would indicate a bad outcome (for each concern)?
  - d. If the patient is not in your clinic, what verbal, physical, environmental or other signs are you or your team looking for that would indicate a bad outcome (for each concern)?
  - e. Do you or your team ever use standardized instruments or rating scales? If not, why not?
  - f. How are critical results shared across members of the team so decisions can be made? How long does this take?

Concerns:	Measures/Procedures Used	How often Measured? Ideally-Reality	Verbal, Physical & Other signs
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
6:			

3. I would like you to evaluate how your team assesses mental and risk status?

- What works well about how your team assesses mental and risk status (address each concern)?
- On the flipside, what can be improved about your system of monitoring clinical status (address each concern)?
- How can your assessments be more accurate (address each concern)?
- What can contribute to patients' significant mental status change not being detected before they relapse or engage in self-harm behavior?
- How can your assessments be more efficient and less demanding in patient and staff resources?
- How can results be shared among the team more quickly? How can the results of your assessment be translated into interventions more quickly.

Concerns:	What works well?	To be Improved?	Improving Accuracy?
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
6:			

4. I would like your opinion about technological solutions to improve how your team assesses mental and risk status?
- Are there new tools or procedures that you are aware of that might be able to help? Are there resources that would help you improve things?
  - Could smart phone applications that assess mental status using self-report help your team? How so?
  - Could smart phone applications that assess mental status using behavioral analysis, for example, by analyzing speech for disorganization or key words suggesting suicidality or by assessing cognitive functions like attention and language, help your team? How so?
  - Are there other ways that smart phone applications that monitor patients could be useful for you, for example, by reminding patients to take their medications, referring them to resources, reminding them of appointments.
  - What concerns do you have about employing smart phone applications for monitoring mental status in your patients?

## Appendiks C

### Versjon II: Brickman document engelsk utgave

User Needs Interview

Version: 10/9/14

Interviewer: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Participant: \_\_\_\_\_

#### 1. Introductions

The reason I am contacting you is to learn about how you and your team monitors your patients with serious mental illness, such as schizophrenia, bipolar disorder, severe depression & anxiety, borderline and other personality disorders . I am particularly interested in learning about how you and your team monitor clinically significant mental and risk status changes to avoid decompensation, relapse, self-harm, suicide or other dangerous events.

a. What sorts of patients with serious mental illness do you treat?

---

---

b. What concerns do you have about these patients? [Establish a list of unique concerns]

---

---

c. What are the events or outcomes that you hope to achieve with monitoring (e.g., timely hospitalization, avoiding harm to self & others, avoid relapse, reduce medication side effects, improve treatment compliance, improve case documentation in case of litigation)?

---

---

---

d. What are the events or outcomes that you hope to avoid with monitoring (e.g., inappropriate hospitalization, violence to self & others, relapse, harmful medication side effects, treatment non-compliance, litigation)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

e. What is it that you and your team can do to avoid or mitigate bad outcomes?

(see chart on next page) \_\_\_\_\_

f. How can you tell if your patients are doing well or are thriving?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. [If not clear] What behavioral signs are they showing that they are doing well?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Concerns:</b>	<b>Outcomes to Avoid</b>	<b>How to Avoid</b>
Example: Heart Attack	Death	PaceMaker
1:		
2:		
3:		
4:		
5:		
6:		

2. I'd like to understand how you and your team assess mental status and risk status for each concern.

a. Please describe the assessment procedures you and your team most frequently use.

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

b. If unclear, who administers these measures/performs these procedures (e.g., nurses, social workers)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Given your populations psychological, cognitive, financial and other resources, how often are you or your team able to measure mental and risk status IN PERSON (for each concern)(for each patient)

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

Ideally, how often would this assessment be?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

Given your populations psychological, cognitive, financial and other resources, how often are you or your team able to measure mental and risk status WHEN THE PATIENT IS NOT IN THE CLINIC, USING PHONE, INTERNET, EMAIL OR OTHER MEANS (for each concern)(for each patient?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

Ideally, how often would this assessment be?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

d. If you assess the patient while in your clinic, what verbal, physical, environmental or other signs are you looking for that would/might indicate likelihood of a bad outcome (for each concern)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

e. If you or your team is assessing the patient over the phone, what verbal, non-verbal, environmental or other signs are you or your team looking for that would indicate likelihood of a bad outcome (for each concern)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

f. Do you or your team ever use standardized instruments or rating scales?

If so, which? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



If not, why not? \_\_\_\_\_

g. What key observations or results influences your decisions about the patient:?

---

---

How is such information shared within the team? \_\_\_\_\_

---

How long does this take? \_\_\_\_\_

How are decisions on actions taken? \_\_\_\_\_

---

Concerns:	Measures/Procedures Used	How often Measured? Ideally & in Reality	Verbal, Physical & Other signs
1:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
2:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
3:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
4:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
5:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
6:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:

3. I would like you to evaluate how your team assesses mental and risk status?

- a. What works well about how your team assesses mental and risk status (address each concern)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

- b. On the flipside, what can be improved about your system of monitoring clinical status (address each concern)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

- c. How can your assessments be more accurate (address each concern)?

(see chart on next page)\_\_\_\_\_

- d. How can your decisions be improved?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- e. What can contribute to patients' significant mental status change not being detected before they relapse or engage in self-harm behavior?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- f. How can your assessments be more efficient and less demanding in patient and staff resources?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- g. How can results be shared among the team more quickly? How can the results of your assessment be translated into interventions more quickly?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- h. What process, if any, is used to review your assessments or decisions?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Concerns:	What works well?	To be Improved?	Improving Accuracy?
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
6:			

NOTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. I would like your opinion about emerging techniques that might improve how your team assesses mental and risk status?

a. Since you have been in practice, how have your assessment practices evolved?

---

---

b. Are there new tools or procedures that you are aware of that might help? Are you aware of resources or approaches that might help you improve outpatient monitoring?

---

---

c. How open are you to using new tools or procedures that might help mental and risk assessment?

---

---

d. If you could ask an outpatient one question every day, what would you ask?

---

---

e. If you could measure one physiological, vocal, or behavioral sign from an outpatient every day, what would you measure?

---

---



## Appendiks D

### Versjon III: Brickman document norsk utgave

User Needs Interview

Version: 10/9/14

Interviewer:

Date:

Participant:

#### 1. Introductions

Bakgrunnen for at jeg kontakter deg er for å lære mer om hvordan du og ditt team monitorerer pasienter med alvorlig mental lidelse, slik som schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig angst og depresjon, borderline og andre personlighetsforstyrrelser. Jeg er spesielt interessert i å vite mer om hvordan du og ditt team monitorerer klinisk signifikante endringer i mental og risiko status, for å unngå tilbakefall, selvskadning, selvmord eller andre farlige hendelser.

- a. Hvilken pasientgruppe med alvorlige mentale lidelser behandler du?
- b. Hvilke bekymringer har du i forhold til disse pasientene? [Opprette en liste med unike bekymringer]?
- c. Hvilke hendelser eller utfall ønsker du å oppnå ved monitorering (e.g., lengde på hospitalisering, unngå skade på seg selv eller andre, unngå tilbakefall, redusere bivirkninger av medikamenter, forbedre behandlingseffekt, forbedring av rutiner/dokumentasjon med tanke på jurisdiksjon)?
- d. Hvilke hendelser eller utfall ønsker du å unngå ved monitorering (e.g., unødvendig hospitalisering, vold mot seg selv eller andre, tilbakefall, skadelige bivirkninger av medikamenter, behandling som ikke er effektiv, jurisdiksjon)?
- e. Hva kan du og ditt team gjøre for å unngå eller redusere dårlige utfall?
- f. Hvordan kan du vite om dine pasienter har det bra eller viser bedring?
- g. [If not clear] Hvilke atferdsmessige tegn viser at de har det bra?

<b>Concerns:</b>	<b>Outcomes to Avoid</b>	<b>How to Avoid</b>
Example: Heart Attack	Death	PaceMaker
1:		
2:		
3:		
4:		
5:		
6:		

2. Jeg ønsker å vite hvordan du og ditt team vurderer mental status og risiko status for hver bekymring.
- a. Kan du beskrive vurderingsprosedyrene som du og ditt team bruker mest frekvent.
  
  - b. Dersom uklar, hvem administrerer disse prosedyrene (e.g., sykepleiere, sosialarbeidere)?
  
  - c. Med hensyn til psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte har du og ditt team muligheten til å måle mental og risiko status ved fysisk tilstedeværelse (for hver bekymring) (for hver pasient)?

Ideelt sett, hvor ofte bør slike vurderinger foretas?

Med hensyn til psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte har du og ditt team muligheten til å måle mental og risiko status hos pasienter som ikke er innlagt, ved bruk av telefon, internett, e-mail, eller på andre måter (for hver bekymring) (for hver pasient)?

Ideelt sett, hvor ofte bør slike vurderinger foretas?

- d. Dersom du vurderer pasienten i klinikken, hvilke verbale, fysiske, miljømessige eller andre tegn ser du etter som kan indikere sannsynlighet for et dårlig utfall (for hver bekymring)?
  
- e. Dersom du og ditt team vurderer pasienten over telefon, hvilke verbale, non-verbale, miljømessige eller andre tegn ser du eller ditt team etter, som kan indikere sannsynlighet for et dårlig utfall (for hver bekymring)?
  
- f. Bruker du eller ditt team standardiserte instrumenter eller måleskalaer?

Hvis så, hvilke?

Hvis ikke, hvorfor? \_\_\_\_\_

- g. Hvilke nøkkelobservasjoner eller resultater påvirker din avgjørelse vedrørende pasienten?

Hvordan er slik informasjon delt innad i teamet ditt?

Hvor lang tid tar dette?

På hvilken måte blir avgjørelser vedrørende tiltak tatt?



Concerns:	Measures/Procedures Used	How often Measured? Ideally & in Reality	Verbal, Physical & Other signs
1:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
2:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
3:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
4:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:
5:		In Person:  In Absentia:	In Person:  In Absentia:

**3. Jeg ønsker å vite hvordan du og ditt team vurderer mental og risiko status?**

- a. Hva fungerer bra ved måten ditt team vurderer mental og risiko status (gitt hver bekymring)?
- b. Motsatt, hva kan forbedres ved ditt system når det gjelder monitorering av klinisk status (gitt hver bekymring)?
- c. Hvordan kan din vurdering bli mer nøyaktig (gitt hver bekymring)?
- d. Hvordan kan dine avgjørelser forbedres?
- e. Hva er det som kan bidra til at klinisk signifikante endringer hos pasienten ikke blir fanget opp før de får tilbakefall eller utfører selvskadende atferd?
- f. Hvordan kan dine vurderinger bli mer effektive og mindre krevende når det gjelder både pasient og personale? .
- g. Hvordan kan resultater deles innad teamet mer effektivt? Hvordan kan resultatene fra dine vurderinger bli overført til intervensjoner mer effektivt?
- h. Hvis det er, hvilken prosess blir brukt for å evaluere dine vurderinger eller avgjørelser?

Concerns:	What works well?	To be Improved?	Improving Accuracy?
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
6:			

NOTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Jeg vil gjerne vite din mening om utviklende teknikker som kan forbedre hvordan ditt team vurderer mental og risiko status?
- a. Siden du begynte å praktisere, hvordan har din praksis vedrørende vurderinger utviklet seg?
  - b. Kjenner du til nye verktøy eller prosedyrer som kan være nyttige? Kjenner du til ressurser eller tilnærminger som kan forbedre monitorering av ikke-innlagte pasienter?
  - c. Hvor åpen er du for bruk av nye verktøy eller prosedyrer som kan være nyttige ved mental og risiko vurderinger?
  - d. Dersom du kunne spurt en ikke - hospitalisert pasient et spørsmål hver dag, hva ville du spurt om?
  - e. Dersom du kunne måle et psykologisk, verbalt, eller atferdsmessig tegn fra en ikke - hospitalisert pasient hver dag, hva ville du målt?
  - f. Er det noe annet vi burde spurt deg om i dette intervjuet?
5. Demografiske variabler
- a. Kjønn
  - b. Alder
  - c. Profesjon
  - d. Antall år i praksis





## **Appendiks E**

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «**Spørreundersøkelsen for støttesystemer som omhandler videreutvikling av behandling av psykiske lidelser**»

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en spørreundersøkelse for støttesystemer som omhandler videreutvikling av behandling av psykiske lidelser. Formålet med studien er å bedre forstå hvordan klinikere vurderer mental - og risikostatus hos pasienter. Bakgrunnen for at vi kontakter deg er at du er identifisert som en kliniker som potensielt jobber med pasienter med schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, post traumatisk stresslidelse, kognitive lidelser eller andre alvorlige mentale lidelser. I denne anonyme spørreundersøkelsen vil du bli spurt om hvordan du og/eller ditt team vurderer pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Prosjektleder er professor Brita Elvevåg som er tilknyttet Universitetet i Tromsø og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Dersom du har spørsmål angående studien, kan du kontakte prosjektleder, via telefon 77 62 77 53 eller epost [brita.elvevag@uit.no](mailto:brita.elvevag@uit.no)

### **Hva skjer med informasjonen fra deg?**

Informasjon og opplysninger som er registrert i forbindelse med spørreundersøkelsen skal kun brukes slik som beskrevet under hensikten med studien. Opplysninger som registreres om deg er yrke og antall år yrkesutøvelser i profesjonen. Data vil oppbevares forsvarlig i 10 år etter at forskningsprosjektet er avsluttet i 2017 (dvs den 30.06.2027), og deretter vil data bli slettet.

Det er prosjektleder som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er for eksempel forskningsansvarlige,

Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet. Opplysninger som blir brukt i forskningsprosjektet vil bli behandlet konfidensielt og alle involverte i studien har taushetsplikt. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (#2014/85/REK nord) og personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD).

### **Frivillig deltakelse**

Din deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta, og dette vil ikke få noen konsekvenser for deg.

### **Økonomi og Norges Forskningsråd rolle**

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra det Norges Forskningsråd. Det er ingen interessekonflikter.

### **Forsikring**

Forsikringsdekningene som gjelder er: Institusjonen er selvassurandør/pasientskadeloven/produktansvarsloven.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Du kan få en kopi av resultatene av forskningsprosjektet når disse er klare ved å kontakte prosjektleder på epost [brita.elvevag@uit.no](mailto:brita.elvevag@uit.no)

Ved å trykke videre, samtykker du til deltakelse i spørreundersøkelsen.

**Dine erfaringer og ekspertise er viktig for oss, det er derfor av stor nytteverdi at du besvarer så mange spørsmål som mulig. Dersom et spørsmål ikke er relevant for deg og din praksis, må du gjerne unnlate å svare på det.**

Q1 Hva er ditt yrke?

- Medisin - psykiatri (1)
- Medisin - allmennpraksis/faslege (2)
- Medisin - annet (3)
- Psykolog (4)
- Psykologi - annet (5)
- Sosialarbeider/miljøterapeut (6)
- Rådgiver (7)
- Psykiatrisk sykepleier (8)
- Sykepleier - annet (9)
- Annet (10) \_\_\_\_\_

Q2 Hvor lenge har du arbeidet innenfor profesjonen (antall år)?

Q3 Hvor arbeider du? (Kryss av alternativene som passer)

- Akuttpost (1)
- Døgnbehandling klinikk (2)
- Intensiv poliklinisk klinikk (3)
- Rettsmedisinsk klinikk (4)
- Poliklinikk (5)
- Annet (6) \_\_\_\_\_

Q4 Hvilke diagnoser har pasientene du behandler? (Kryss av alternativene som passer)

- Schizofreni (1)



- Depresjon (2)
- Bipolar lidelse (3)
- Posttraumatisk stresslidelse (4)
- Personlighetsforstyrrelser (5)
- Demens, hodeskader og andre kognitive lidelser (6)
- Annet (7) \_\_\_\_\_

Q5 Hva er dine PRIMÆRE bekymringer vedrørende disse pasientene? (Kryss av alternativene som passer)

- Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)
- Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)
- Psykose (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)
- Dekompensering (eks. nedsatt evne til selvstendig fungering) (4)
- Medikamentelle bivirkninger (5)
- Manglende etterlevelse av behandling (6)
- Rapportering til Helsetilsynet (7)
- Annet (8) \_\_\_\_\_

Q6 Hvilke av følgende prosedyrer bruker du og teamet ditt ved vurdering av mental - og risikostatus for hver bekymring? (Kryss av alternativene som passer)

Formell mental status vurdering

Uformell mental status vurdering

Strukturert klinisk intervju

Ustrukturert klinisk intervju

Standardisert klinisk måling

Annet

Annet, spesifiser

Q7 Hvilke av følgende prosedyrer vektlegger du mest ved vurdering av mental - og risikostatus? (Velg ett alternativ)

Formell mental status vurdering

Uformell mental status vurdering

Strukturert klinisk intervju

Ustrukturert klinisk intervju

Standardisert klinisk måling

Annet

Annet, spesifiser

Q8 Ideelt sett, hvor ofte ville du innhentet mental - og risikostatus for hvert av følgende?

Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)

Flere ganger per dag (1)       Daglig (2)       Flere ganger per uke (3)

Ukentlig (4)

Flere ganger per måned (5)       Månedlig (6)       Flere ganger i året (7)

Årlig (8)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)

Flere ganger per dag (1)       Daglig (2)       Flere ganger per uke (3)

Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Psykose (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Medikamentell bivirkning (5)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Annet (8)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Q9 Med hensyn til din pasients og klinikks psykologiske, kognitive, økonomiske og andre ressurser, hvor ofte måler dere mental - og risikostatus for hvert av følgende?

Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Psykose (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Medikamentell bivirkning (5)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Annet (8)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Q10 Hvor ofte måler du mental - og risikostatus ved hjelp av telefon, internett, e - post eller annet elektronisk hjelpemiddel, for hvert av følgende?

Risiko for selvskadning (eks. suicidalitet) (1)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Psykose (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)
- Flere ganger per måned (5)     Månedlig (6)     Flere ganger i året (7)   
Årlig (8)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

- Flere ganger per dag (1)     Daglig (2)     Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Medikamentell bivirkning (5)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Annet (8)

- Flere ganger per dag (1)    Daglig (2)    Flere ganger per uke (3)  
 Ukentlig (4)

- Flere ganger per måned (5)    Månedlig (6)    Flere ganger i året (7)    Årlig (8)

Q11 Hvor lang tid tar det i minutter å:

Utføre en gjennomsnittlig vurdering (1)    Utføre en optimal vurdering (2)    Før den gjennomsnittlige pasienten blir lei av/frustrert over vurderingen(3)

Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)

Psykose (eks. hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

Medikamentell bivirkning (5)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

Annet (8)

Q12 Hvor komfortabel er du med å bruke følgende teknologier som del av din kliniske praksis?

Fyll inn

svar (1)

Telefon (1)

E - post (2)

SMS (3)

Q13 I samtale med pasienten, hvilke holdepunkter (slik som spørsmål, ord, fraser og innhold) lytter du etter ved evaluering av følgende?

Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)



Psykose (eks. hallunisasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

Medikamentell bivirkning (5)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

Annet (8)

Q14 Ved vurdering av pasienten, hvilke atferds - og miljømessige eller andre tegn (eks. vokale - eller ansiktsuttrykk, gestikulering og bevegelser) er signifikante når du evaluerer hvert av følgende?

Risiko for selvskading (eks. suicidalitet) (1)

Risiko for å påføre andre skade (eks. drapsforsøk) (2)

Psykose (eks. hallunisasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser) (3)

Dekompensering (eks. manglende evne til selvstendig fungering) (4)

Medikamentell bivirkning (5)

Manglende etterlevelse av behandling ('treatment noncompliance') (6)

Rapportering til Helsetilsynet (7)

Annet (8)

Q15 Hvordan blir kritisk informasjon vedrørende pasienters mental - og risikostatus delt mellom deg og samarbeidene personale/instanser?

Q16 Generelt, ved monitorering av mental - og risikostatus, hvilke aspekter ved nåværende vurderingsprosesser fungerer godt?

Q17 Hvilke aspekter ved arbeidsplassens vurderingssystemer for mental - og risikostatus kan forbedres?

Q18 I noen tilfeller kan pasientens mental - og risikostatus endres uten at dette fanges opp før pasienten har utført skadelige handlinger eller dekompensert. Hva tror du er de vanligste årsakene til at disse endringene ikke fanges opp? (Beskriv kort)

Q19 Hvordan kan dine vurderinger effektiviseres, det vil si være mindre krevende for pasientene og mindre tidskonsumerende for personalet?

Q20 Hvordan kan resultater fra vurderinger deles mer effektivt og raskere overføres til intervensjoner?

Q21 Kjenner du til nye verktøy eller prosedyrer som kan være nyttige for å monitorere mental - og risikostatus?

Q23 Dersom du kunne stilt pasienter ett spørsmål hver dag, hva ville du spurt om?

Q24 Dersom du kunne målt ett fysiologisk tegn (eks hjerterate), eller atferdsmessige tegn (eks vokal - ansiktsuttrykk, gestikulering, bevegelser) eller andre objektive tegn fra pasienter hver dag, hva ville du målt?

## Appendiks F

### Spørreundersøkelse for støttesystemer engelsk utgave

#### SMI Clinician Assessment

Hello Welcome to the Survey for Support Systems to improve care for mental illness, sponsored by the Psychology department at Louisiana State University! This survey will take approximately 15 minutes to complete and is intended to help us understand how clinicians assess mental and risk status in their patients. You are being asked to complete the survey because you were identified as a clinician who potentially works with individuals with schizophrenia, depression, bipolar disorder, PTSD, cognitive disorders or other serious mental illnesses. For this survey, you will be asked about how your team assesses individuals with serious mental illnesses. Participation in this research is entirely voluntary, and your responses will be ANONYMOUS. No identifying or personal information will be asked of you or about your patients. There will be no way to tie any responses you make to you or your patients. Moreover, only general information about your mental and risk assessment procedures will be asked - No information about specific clients will be asked. For this reason, there are no known risks associated with completing this survey. You will not directly benefit from participating in this study, though your participation will help researchers find out more information about mental illness. You may refuse to answer any questions or discontinue at any point. The following investigator is available for questions Alex S. Cohen, Ph.D. Psychology Department, LSU (225) 578-7017 [acohen@lsu.edu](mailto:acohen@lsu.edu) This study has been approved by the LSU IRB. For questions concerning participant rights, please contact the IRB Chair, Dr. Dennis Landin, 578-8692, or [irb@lsu.edu](mailto:irb@lsu.edu). \*\*\*Click 'Next' to continue (doing so indicates that you are over the age of 18 and serves as your consent to participate in the survey).\*\*\*

Q1 What diagnoses do your patients have? (Check all that apply)

- Schizophrenia (1)
- Depression (2)
- Bipolar Disorder (3)
- Post Traumatic Stress Disorder (4)
- Personality Disorders (5)
- Dementias, Head Injuries & Other Cognitive Disorders (6)
- Other (7) \_\_\_\_\_

Q2 What PRIMARY concerns do you have about these patients? (check all that apply)

- Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)
- Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)
- Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)
- Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)
- Medication side effects (5)
- Treatment noncompliance (6)
- Litigation (7)
- Other (8) \_\_\_\_\_

Q3 How do you and your team assess mental and risk status for each concern? For each area of concern, briefly describe the assessment procedure you use:

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)

Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)

Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)

Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)

Medication side effects (5)

Treatment noncompliance (6)

Litigation (7)

Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)

Q4 IDEALLY, how often would you conduct mental and risk status for each of the following?

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Medication side effects (5)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Treatment noncompliance (6)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Litigation (7)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)

Q5 Given your client's and clinic's psychological, cognitive, financial and other resources, how often do you ACTUALLY conduct mental and risk status for each of the following?

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Medication side effects (5)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Treatment noncompliance (6)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Litigation (7)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)

Q6 How often do you use telephone, internet, email or other means to conduct mental and risk status for each of the following?

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Medication side effects (5)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Treatment noncompliance (6)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Litigation (7)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)
Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)	<input type="radio"/> Multiple times per day (1)	<input type="radio"/> Daily (2)	<input type="radio"/> Multiple times per week (3)	<input type="radio"/> Weekly (4)	<input type="radio"/> Multiple times per month (5)	<input type="radio"/> Monthly (6)



Q7 When listening to a client, what kinds of content (e.g. questions, words, phrases) do you listen for when evaluating each of the following?

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)

Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)

Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)

Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)

Medication side effects (5)

Treatment noncompliance (6)

Litigation (7)

Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)

Q8 When assessing a client, what behavioral, environmental or other signs (e.g., vocal or facial expression, hand gesture, movement) are significant when evaluating each of the following?

Risk of harming self (e.g., suicidality) (1)

Risk of harming others (e.g., homicidality) (2)

Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3)

Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4)

Medication side effects (5)

Treatment noncompliance (6)

Litigation (7)

Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)

Q9 How long does it take (in minutes):

	To conduct a typical assessment (1)	To conduct an optimal assessment (2)	Before your typical patient is bored/frustrated with the assessment (3)
Risk of harming self (e.g., suicidality) (1) Risk of harming others (e.g., homicidality) (2) Psychosis (e.g., hallucinations, delusions, thought disorder) (3) Decompensation (e.g., being unable to independently function) (4) Medication side effects (5) Treatment noncompliance (6) Litigation (7) Other: \${q://QID2/ChoiceTextEntryValue/8} (8)			

Q10 How is critical information about patient mental and risk status shared between your team members and yourself?

Q11 Generally, in monitoring mental and risk status, which aspects of your current assessment processes work well?

Q12 Which aspects of your system for assessing mental and risk status could be improved?

Q13 Sometimes a patient's mental or risk status may change without being detected before the patient engages in harmful behavior or decompensates. What is the usual cause of such undetected changes?

Q14 How can your assessments be made more efficient, that is, less demanding on patients and less time consuming for staff?

Q15 How can assessment results be shared more effectively and then be translated into interventions more quickly among your team?

Q16 Are there new tools or procedures for tracking mental and risk status that might help your patients?

Q17 If you could ask a patient one question every day, what would you ask?

Q18 If you could measure one physiological sign (e.g., heart rate), or behavioral sign (e.g., vocal or facial expression, hand gesture, movement) or other objective sign from a patient every day, what would you measure?

Q19 How much are the following a concern for you?

Decreasing the amount of time it takes for an assessment (1)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Tracking (e.g., assessing) patients while not at your clinic (i.e., remotely) (2)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Liability issues (e.g., malpractice) (3)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Improving the accuracy of the assessments (4)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Getting results of the assessments more quickly (5)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Being able to access the results of an assessment remotely (6)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)
Increasing the frequency of assessments (7)	<input type="radio"/> Not at all (1)	<input type="radio"/> A little (2)	<input type="radio"/> Somewhat (3)	<input type="radio"/> Very Much (4)	<input type="radio"/> Extremely (5)

Q20 What is your training in?

- Medicine- Psychiatry (1)
- Medicine- Other (2)
- Psychology- Clinical (3)
- Psychology- Other (4)
- Social Work (5)
- Counseling (6)
- Nurse-Psychiatric (7)
- Nurse- Other (8)
- Other (9) \_\_\_\_\_

Q21 What setting do you work in? (Check all that apply)

- Emergency Room (1)
- Inpatient Treatment Facility (2)
- Intensive Outpatient Facility (3)
- Forensic Facility (4)
- Outpatient Clinic (5)
- Other (6) \_\_\_\_\_

Q22 How old are you?

Q23 How comfortable are you using the following technologies as part of your clinical practice?

- Phone (1)
- E-mail (2)
- Text (3)