

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

Navn på kandidat:

MPH470

MONA HELENE GRANNES

ERFARINGER MED BRUK AV KRISEPLAN I PSYKIATRISK
AVDELING

EXPERIENCE WITH JOINT CRISES PLANS IN A PSYCHIATRIC
WARD

Dato: 21.04.17

Totalt antall sider: 59



www.nord.no

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Sentrale begreper	8
1.3 Presentasjon av hensikt og forskningsspørsmål	9
1.3.1 Hensikt	9
1.3.2 Forskningsspørsmål	9
2.0 TEORETISK PERSPERSKTIV	10
2.1 Kriseplan – hensikt og bruksområder	10
2.2 Omsorg for pasienter innlagt i allmennpsykiatrisk avdeling	11
2.2.1 Miljøet som terapi	11
2.2.2 Brukermedvirkning	12
2.3 Tidligere erfaringer med bruk av kriseplan og andre forebyggende tiltak	13
3.0 METODE	17
3.1 Kvalitativ metode	17
3.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	18
3.3 Utvalg	19
3.4 Intervju	20
3.5 Transkribering	21
3.6 Analysemetode	21
3.6.1 Kvalitativ innholdsanalyse	21
3.6.2 Analyseprosess	22
3.7 Forskningsetikk	23
4.0 RESULTATER	25
4.1 Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan	25
4.1.1 Et obligatorisk tiltak	25
4.1.2 Varierende samarbeid med behandlere	26
4.1.3 Variasjon av tidsbruk	26
4.1.4 Pedagogiske utfordringer	27
4.2 Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi	27
4.2.1 Skaper relasjon	28
4.2.2 Åpner for selvinnsikt og ansvar	28
4.2.3 Gir handlingsberedskap	29
4.3 Kriseplanens suksessfaktorer	29
4.3.1 Opplevelse av nytteverdi	29
4.3.2 Oppnå følelse av eierskap	30
4.3.3 Individuell tilrettelegging	30
5.0 DISKUSJON	32
5.1 Resultat diskusjon	32

5.1.1 Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan.....	32
5.1.2 Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi.....	36
5.1.3 Kriseplanens suksessfaktorer.....	39
5.2 Metode diskusjon.....	41
5.2.1 Validitet.....	42
5.2.2 Reliabilitet.....	43
5.3 Studiens begrensninger.....	44
6.0 AVSLUTNING.....	46
6.1 Konklusjon.....	46
6.2 Implikasjoner for videre praksis.....	47
6.3 Implikasjoner for videre forskning:.....	48
Litteraturliste.....	49
Vedlegg nr. 1.....	56
Vedlegg nr. 2.....	58
Vedlegg nr. 3.....	59

SAMMENDRAG

Bakgrunn

I behandlingen av mennesker med psykisk sykdom anses det som viktig at pasientene skriver en kriseplan. Den skal brukes aktivt for å forhindre forverring av psykisk sykdom som kan føre til kriser, sykehusinnleggelse og forringelse av menneskers livsutfoldelse. Internasjonalt har kriseplan vært en kjent metode for håndtering av kriser og som et hjelpemiddel til å forhindre eller å forebygge tilbakefall av psykiske lidelser. Kriseplan er også et anbefalt tiltak i flere nasjonale retningslinjer i de siste årene. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget mangelfullt både når det gjelder pasienters og helsepersonells erfaringer. Det er ikke funnet norske studier som har publisert helsepersonells erfaringer med bruk av denne typen plan. Forskningsspørsmålet i denne studien er hvilke erfaringer har miljøterapeuter med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling? Og hva mener de er viktig for at kriseplanen skal bli et nyttig redskap for pasientene?

Hensikt

Hensikten var å undersøke miljøterapeuters erfaringer med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling og hva de oppfatter som viktig for at kriseplanen skal bli skrevet og fungere som et nyttig hjelpemiddel for pasientene.

Metode

Studien har benyttet kvalitativ metode med individuelle semi strukturerte intervju av fire miljøterapeuter. Analysen av tekstmaterialet har blitt gjort ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, med fokus på det manifeste budskap.

Resultat

Analysen endte opp med tre hovedkategorier og ti underkategorier:

- 1) Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan (*et obligatorisk tiltak, varierende samarbeid med behandlere, variasjon av tidsbruk og pedagogiske utfordringer*)
- 2) Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi (*skaper relasjon, åpner for selvinnsikt og ansvar og gir handlingsberedskap*)
- 3) Kriseplanens suksessfaktorer (*opplevelse av nytteverdi, oppnå følelse av eierskap og individuell tilrettelegging*)

Konklusjon

Kriseplan erfares først og fremst som et viktig og nyttig verktøy i miljøterapi. Kriseplanen tydeliggjør og tilrettelegger for brukermedvirkning og empowerment. Relasjonen mellom pasient og terapeut kan styrkes i denne typen samhandling og pasienten får mulighet til å utvikle større innsikt i eget liv og i egne utfordringer. Det handler om å mobilisere pasientens ressurser og styrke hans/hennes mestring. Arbeidet med kriseplan medfører samtidig utfordringer i form av opplevelse av varierende samarbeid med behandlere og pedagogiske utfordringer i kontakt med ulike pasienter. Suksessfaktorene oppgis å ligge i oppnåelse av eierskap, nytteverdi og individuell tilrettelegging.

Nøkkelord: Kriseplan, Relasjon, Miljøterapi, Empowerment, Brukermedvirkning.

ABSTRACT

Background

In the treatment of people with mental illness, it is considered important that patients enter a joint crises plan. It should be used proactively to prevent deterioration of mental illness that can lead to crises, hospitalizations and deterioration of people's way of life. Internationally, joint crises plan has been a known method for handling emergencies and as an aid to prevent or preventing relapse of mental disorders. Joint crises plan is also a recommended action in several national policies in recent years. At the same time, evidence is inadequate in terms of both patients and health professionals' experiences. We found no Norwegian studies that have published health professionals' experiences with the use of this type of plan. The research question in this study is what experiences have environmental therapists with the preparation of a joint crisis plan in a general psychiatric department? And what do they think is important for the joint crisis plan to be a useful tool for patients?

Purpose

The purpose was to investigate environmental therapists experiences with the preparation of joint crises plan in a general psychiatric ward and what they perceive as important for the joint crises plan should be written and serve as a useful tool for patients.

Method

The study used a qualitative method with individual semi structured interview of four environmental therapists. Using qualitative content analysis, focusing on the manifest message, has made the analysis of the text material.

Result

The analysis ended up with three main categories and ten subcategories:

- 1) Practical experience using the joint crises plan (a mandatory measures, ranging collaboration with clinicians, variation in time and educational challenges)
- 2) Joint crisis Plan potential as a tool in environmental therapy (creates relationships, allowing for self-awareness and responsibility and provides action readiness)
- 3) Joint crisis Plan success factors (perception of usefulness, achieving sense of ownership and individual adaptation)

Conclusion

Joint crises plan is experienced primarily as an important and useful tool in environmental therapy. Joint crisis plan clarifies and facilitates user participation and empowerment. The relationship between patient and therapist can be strengthened in this type of interaction and the patient gets the opportunity to develop greater insight into their own lives and their own challenges. It's about mobilizing the patient's resources and strengthens his / her mastery. Efforts Joint crises plan involves simultaneous challenges in terms of experience of varying cooperation with therapists and educational challenges in contact with different patients. The success factors are stated to be in obtaining ownership, utility and individual adaptation.

Keywords: Emergency planning, Relation, Environmental therapy, Empowerment, User complicity.

Forord

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og har flere års erfaring med bruk av kriseplan ved min arbeidsplass. Utfordringen i dette arbeidet har vært gjennom alle årene å få pasientene til å engasjere seg i arbeide med kriseplan, hvordan få pasientene til å se nytteverdien av en kriseplan, og få dem til å forstå at det handler om deres liv. Dette har vekket en interesse hos meg- hva er det som skal til for at kriseplan skal bli et nyttig redskap for pasientene, og videre bruke den aktivt i livene sine. Ved undersøkelser av den forskningen som er gjort til nå finner jeg få svar på disse spørsmålene og ser at det er behov for mer kunnskap. Jeg vil takke de informantene som har sagt ja og deltatt i denne studien og fortalt meg om sine erfaringer. Tusen takk til mine veiledere første amanuensis Paul Greif og første amanuensis Siri Andreassen Devik som har vist meg veien faglig sett gjennom denne prosessen.

Mona Grannes.

Namsos, 20.04.17.

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven er skrevet som en monografi, hvor hensikten var å undersøke miljøterapeuters erfaringer med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling og hva de oppfatter som viktig for at kriseplanen skal bli skrevet og fungere som et nyttig hjelpemiddel for pasientene. Innledningsvis redegjøres det for bakgrunnen for valg av tema og studiens relevans, og forskningsspørsmål presenteres. I teoridelen utdypes sentrale begrep og hva forskningen sier om bruk av kriseplan både fra helsetjenestens perspektiv og pasientens perspektiv. Studien har anvendt en kvalitativ metode og data er innsamlet med semi strukturerte intervju.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk helse er en tilstand av velvære der hvert individ realiserer sine muligheter, er i stand til å håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har en mulighet til å bidra i samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2016).

En av tre voksne mennesker vil i løpet av et år tilfredsstille de diagnostiske kriteriene for minst en psykisk lidelse, og cirka halvparten av befolkningen vil rammes i løpet av livet (Mykletun, Knudsen og Mathisen, 2009). Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser er de som er mest vanlig. Noen mennesker har symptomer allerede i barne- eller ungdomstiden, og de fleste tilfeller av sykdom debuterer innen 30 års alderen. Den laveste gjennomsnittlige debutalder gjelder for angstlidelser og impulsforstyrrelser, som er 11 år. Når det gjelder rusrelaterte lidelser slik som alkohol og narkotika er den 20 år, og depressive lidelser er 30 år. Debut alder for spiseforstyrrelser er sent i tenårene, det samme gjelder for bipolare lidelser, schizofreni debuterer tidlig og vanligvis før fylte 40 år (Mykletun, Knudsen og Mathisen, 2009). Disse helseproblemene kan være langvarige og får ofte konsekvenser på mange viktige områder i livet, slik som utdanning, yrkesaktivitet, somatiske helseproblemer, inntekt, sosial deltagelse, personlige relasjoner og produktivitet (Nes og Clench-Aas, 2011). Behandling i sykehus kan være påkrevd der reinnleggelser rapporteres som en utfordring for mange av pasientene (Vigod et al., 2013; OECD, 2011).

Reinnleggelser er ikke bare uheldig for den enkelte pasients livskvalitet, men betyr også store kostnader for samfunnet i form av både økonomiske og menneskelige ressurser (Henderson et al., 2015). Det er derfor viktig å forhindre forverring av psykisk sykdom som kan føre til

kriser, sykehusinnleggelser og forringelse av menneskers livsutfoldelse (Germans et al., 2013).

Bruk av kriseplan i behandlingen anses som viktig for å unngå reinnleggelser, hindre tilbakefall og opprettholde en autonomi hos pasientene (Henderson et al., 2004; Lay et al., 2015; Khazaal et al., 2014).

Når det gjelder behandling av psykiske lidelser har fokuset vært de senere år på forebygging av kriser, øke pasientens egen deltakelse i behandling, relasjon til pasienten og økt fokus på autonomi (Khazaal et al., 2014; Lay et al., 2015; Henderson et al., 2004; Slade et al., 2014; Farelly et al., 2014; Borschmann et al., 2014; Farelly et al., 2013; Farelly et al., 2015; Williams, Smith, & Lumbus, 2014; Henderson et al., 2015).

Internasjonalt har kriseplan vært en kjent metode for håndtering av kriser og som et hjelpemiddel til å forhindre eller å forebygge tilbakefall av psykiske lidelser (Henderson et al., 2004; Henderson et al., 2015; Farelly et al., 2014; Borschmann et al., 2014; Slade et al., 2014).

Kriseplan er også et anbefalt tiltak i flere nasjonale retningslinjer i de siste årene når det gjelder behandling og forebyggende arbeid blant voksne mennesker med bipolar lidelse, rus og psykisk lidelse, depresjon, selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2012, 2012, 2009, 2014). Gjennom den nasjonale satsningen på kriseplan som et forebyggende verktøy anses det som viktig at pasientene skriver en kriseplan og bruker den aktivt når pasientene føler de har behov for det (Helsedirektoratet, 2014). Kriseplanenes forebyggende effekt på kriseutvikling ses også i sammenheng med muligheter for å redusere bruk av tvang. En oppsummering foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) konkluderer med at bruk av kriseplan kan redusere antall pasienter som bli tvangsinnlagt, men at dokumentasjonen har lav kvalitet. En del internasjonale studier har beskrevet pasientens erfaringer når det gjelder bruk av kriseplan (Borschmann et al., 2014; Farelly et al., 2014; Slade et al., 2014; Henderson et al., 2015). Nasjonalt synes det å være gjort svært lite forskning på området. Min litteraturgjennomgang fant kun en masteroppgave som gir kunnskap om pasienters erfaringer i en norsk kontekst (Jørstad, 2015). I min masteroppgave har jeg derfor sett det som viktig å skaffe kunnskap om erfaringer hos helsepersonell – miljøterapeutene. Deres erfaringer har betydning i en eventuell evaluering av den nasjonale satsningen på kriseplan og vil også kunne utgjøre innspill til utviklingen av kriseplan som et nyttig verktøy for pasienten.

1.2 Sentrale begreper

Krise

Er et menneske som er ut av balanse på grunn av livshendelser som er akutte, og som forbigående overstiger mestringsnivået (Malt et al., 2003).

Kriseplan

I følge Nasjonale retningslinjer er kriseplan en plan som skal inneholde informasjon om tidlige tegn på en krise hos brukeren og konkrete opplysninger om hvem som skal kontaktes i hjelpeapparatet når tegn eller symptomer utvikler seg. Kriseplan er også et verktøy for brukermidvirkning og krever et nært samarbeid med pasienten og de ulike hjelpeinstanser. Planen inneholder informasjon om hvordan pasienten ønsker å bli møtt, hvilken hjelp og behandling pasienten ønsker ved en akutt krise. Kriseplanen er ikke et juridisk dokument, men kan være som en del av en behandlingsplan, individuell plan eller annen tiltaksplan (Helsedirektoratet, 2013).

Hva er en miljøterapeut?

En miljøterapeut eller miljøarbeider er en betegnelse for de som arbeider i miljøet, hvor de har behandlingsoppgaver som omfatter dagliglivet på en psykiatrisk avdeling. Det daglige livet dreier seg om hvile, søvn, måltider, personlig hygiene, handling, ulike aktiviteter som for eksempel friluftsliv (Vatne, 2012). Vatne (2012) skiller mellom faglærte og ufaglærte miljøterapeuter. De faglærte er de som er høyskoleutdannede helsearbeidere for eksempel sykepleiere og vernepleiere. I denne studien ble det intervjuet faglærte miljøterapeuter med høyskole utdanning.

Behandler

De som har behandlingsansvar ovenfor pasientene, slik som lege, psykiater, psykolog.

Allmennpsykiatrisk avdeling

Ifølge Malt (2009) er allmennpsykiatrisk avdeling/Intermediæravdeling en overgangs eller en mellom liggende avdeling. Avdelingen skal gi et tilbud til de som ikke lenger har behov for en akuttavdeling, men som på den annen side heller ikke har behov for langtidsavdeling eller rehabiliteringsavdeling.

1.3 Presentasjon av hensikt og forskningsspørsmål

1.3.1 Hensikt

Hensikten var å undersøke miljøterapeuters erfaringer med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling og hva de oppfatter som viktig for at kriseplanen skal bli skrevet og fungere som et nyttig hjelpemiddel for pasientene.

1.3.2 Forskningsspørsmål

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling? Og hva mener de er viktig for at kriseplanen skal bli et nyttig redskap for pasientene?

2.0 TEORETISK PERSPERSKTIV

Her blir kriseplanens hensikt og bruksområder presentert, deretter en teoridel som har fått navnet, omsorg for pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling. Til slutt kommer tidligere erfaringer med kriseplan og andre forebyggende tiltak som er en oversikt over tidligere forskning.

2.1 Kriseplan – hensikt og bruksområder

Kriseplan er en plan for pasienten selv og hjelpeapparatet rundt pasienten når livet blir vanskelig. Kriseplanen er pasientens redskap, hvor pasienten selv har skrevet ned sine mestringsstrategier som pasienten selv har reflektert frem fra tidligere kriser. Målet med kriseplan er at den skal legge til rette for egen mestring og virkningsfull hjelp, og bidra til forutsigbarhet (Bremnes, 2012). Det er også et mål at kriseplan skal være et nyttig hjelpemiddel for helsepersonell for å yte best mulig hjelp ved oppståtte kriser hos pasientene ved å reflektere rundt innholdet i kriseplanen og bruke den aktivt sammen med pasienten (Germans et al., 2013). Kriseplanen skal beskrive tidlige tegn på forverring av sykdom som pasienten selv, pårørende og hjelpeapparat bør være oppmerksomme på. Videre skal den beskrive tiltak for hva pasienten selv kan gjøre, hva andre kan gjøre og hvem pasienten kan ta kontakt med. Det skal også beskrives pasientens ønsker eller ikke ønsker hvis det skulle oppstå situasjoner som kan medføre tiltak mot pasientens vilje. Alle samarbeidspartnere rundt pasienten slik som spesialisthelsetjenesten, kommunal psykiatritjeneste, familie og fastlege bør informeres om tiltakene og være enige om innholdet, den erstatter ikke individuell plan men kan være en del av den. En kriseplan skal evalueres og forandres etter behov, sykdomsforløpet kan endre seg over tid og det er viktig at kriseplanen er oppdatert til enhver tid. Hensikten med kriseplan er hovedsakelig å begrense skadeomfang både for omgivelsene og pasienten selv. Videre å redusere forverring av symptomer, øke graden av egen mestring og kontroll (Bremnes, 2012). I Norge bruker man flere synonyme ord for kriseplan, slik som selvhjelpsplan, beredskapsplan, sikkerhetsplan, mestringsplan og min plan, og det finnes forskjellige utgaver og formater av kriseplan. For å øke tilgjengeligheten har man i følge Germans et al.,(2013) hatt god erfaring med å ta bilde av kriseplanen med mobiltelefon eller skrive over planen på et krisekort som utformes som et bankkort. Dette vil være med på å øke tilgjengeligheten fremfor et ark som er brettet. I følge Germans et al., (2013) vil i enkelte situasjoner forsøk på å utarbeide kriseplan sammen med pasienten ikke lykkes. I slike tilfeller er et minimum av innhold i en kriseplan å opplyse om telefonnummer til legevakt.

2.2 Omsorg for pasienter innlagt i allmennpsykiatrisk avdeling

2.2.1 Miljøet som terapi

I følge Olkowska og Landmark (2016) åpner miljøterapi for muligheten til å la seg inspirere av flere ulike terapeutiske retninger. For å kunne utøve miljøterapi behøver man kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt og nyansert metodisk og teoretisk spekter. Ifølge Olkowska og Landmark (2016) er dette miljøterapiens svake og sterke sider, hvor miljøterapien kan fremstå som noe som ikke er definert i seg selv, og består ikke av egne terapeutiske prinsipper. Olkowska og Landmark (2016) sier det gjemmer seg mange terapeutiske retninger i den store psykoterapi landskapet som er likestilt med hverandre. Dette kan være familierapi, kognitiv terapi, narrativ terapi, psykoanalyse, kunst og uttrykksterapi, musikkterapi og miljøterapi. Psykoterapi et stort fagfelt hvor terapeuter bruker flere tilnæringer innen de ulike terapiretningene og ofte i kombinasjon (Olkowska og Landmark, 2016). I følge Olkowska og Landmark (2016) er miljøterapi en egen tilnærming som har noe eget ved seg, samtidig som man kombinerer tanker og ideer fra andre terapiretninger, for å sikre en tilnærming som passer best for den enkelte klient. Olkowska og Landmark (2016) sier at det særegne med miljøterapi er at det gir et uttrykk for et fag ideologisk tekning, mer enn en konkret metode. I følge Olkowska og Landmark (2016) er det spesifikke ved valg av metoder i miljøterapi er at det er nært knyttet opp mot institusjonens valg av behandlingsfilosofi og de miljøfaktorene man har til rådighet.

Vatne (2012) definerer miljøterapi som en behandling der man legger vekt på terapeutiske prosesser som kan mobilisere og settes i gang i det miljøet pasienten befinner seg i. Vatne (2012) sier videre at miljøterapi handler om å legge til rette for arbeide med miljøet eller inneholde elementer som har med pasientene daglige liv å gjøre. Dette kan være måltider, personlig hygiene, handling, vasking av rom, aktiviteter som er ute, samt og ha en balanse mellom søvn, hvile og aktivitet. Miljøterapi er en behandlingsform som er aktivitetsorientert, og som er rettet mot å bedre pasientens sosiale, kognitive, og praktiske ferdigheter. Dette innebærer også å bedre pasientens selvfølelse og egen opplevelse av mestring (Vatne, 2012). Mennesker og miljø skaper hverandre gjensidig i miljøterapi, dette fordi vi mennesker er alltid i samhandling med våre omgivelser. Ikke alle samhandlinger og relasjoner oppleves som terapeutiske, et terapeutisk miljø er en gjensidighet som skapes i et samspill mellom ansatte og pasienter, og de fysiske strukturene interaksjonen foregår innenfor (Vatne, 2012). Miljøterapi ressursfokusert, dette viser seg gjennom at man i behandling anerkjenner

pasientenes ressurser og de mulighetene hver enkelt har for utvikling. Målet for behandlingen å etablere modning, utvikling, og vekst hos pasientene, dette skapes gjennom relasjonserfaringer og gjennom systematisk bruk av interaksjoner og samhandlingsmønstre mellom pasient og miljøterapeuter (Vatne, 2012).

I følge Gunderson (1978) er det fem terapeutiske funksjoner som eksisterer i et miljø, dette er uavhengig av miljøets størrelse, hvor lenge oppholdet varer, personale og behandlingssideologi. Ved å definere funksjonene som containment (beskyttelse), support(støtte), structure (struktur), involvement (engasjement), og validation (gyldiggjøring), beskriver han prosesser som kan forklare hvorfor et miljø er terapeutisk for en gitt pasient mens et annet ikke er det. I hvilken grad, og hvilke av de fem funksjonene som til enhver tid sees på som terapeutiske, er avhengig av pasientens funksjonsnivå. Funksjonsnivået er bestemt av diagnose, sykdomsforståelse, selvinnsikt, symptombilde, symptom- mestring og behandlingsfase.

»miljøet etableres av personalets holdninger, ytringer, handlinger, tanker og følelser, og hvordan dette viser seg i samspill med pasientene og opplevelsene av disse. Miljøet skapes av pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige rom og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor avdeling over tid» (Henriksen et al., 2007, s 5).

2.2.2 Brukermedvirkning

Helsedirektoratet (2014) sier at pasienter eller brukere har rett til å medvirke og at tjenestene har plikt til å involvere pasienter og brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. En reell brukermedvirkning innebærer at personen som berøres av en beslutning, eller er bruker av ulike tjenester har en mulighet til å delta i beslutningsprosessene på like vilkår. Dermed blir brukerens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov lagt til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud.

Aamodt (2014) beskriver at brukermedvirkning har en viktig egenverdi, særlig gjelder dette mennesker som søker hjelp. Retten til å kunne styre over sitt eget liv, kunne motta hjelp på egne premisser, bli sett og respektert vil påvirke selvbildet og selvaktelsen på en måte som er positiv hos den det gjelder. I følge Aamodt (2014) vil brukermedvirkning bidra positivt til brukerens endrings eller bedringsprosesser, og dermed ha en terapeutisk effekt.

2.2.3 Empowerment

Thesen og Malterud (2001) skriver at empowerment begrepet oppsto i USA i 1960- årene hvor stigmatiserte grupper begynte å kjempe for menneskerettigheter og respekt. Her er betydningen av empowerment det motsatte av undertrykking, det handler om mobilisering og styrking av egne krefter, samtidig som man nøytraliserer motkrefter. Askheim og Starrin (2007) sier at empowerment inneholder ordet power som betyr makt, styrke og kraft. Empowerment inneholder fenomener og egenskaper som sosial støtte, selvtilit, delaktighet, stolthet, kompetanse, egenkontroll, borgerrettigheter, samarbeid, selvstyre og deltakelse (Askheim og Starinn, 2007). I følge Vatne (2012) er myndiggjøring eller empowerment en oppdagelse, stimulering og bedring av menneskers evne til å kunne ivareta egne behov, mobilisere egne ressurser, løse egne problemer og få en opplevelse av å ha kontroll over egne liv. Tveiten, Onstad og Haukland (2015) sier at empowerment innebærer blant annet medvirkning, anerkjennelse og en maktomfordeling av pasientens kompetanse om seg selv. Hvor medvirkning forutsetter maktomfordeling. Medvirkning og omfordeling kan innebære at pasientens kompetanse om seg selv anerkjennes. Arbeidet med en kriseplan både forutsetter og tilrettelegger for empowerment og brukermedvirkning.

2.3 Tidligere erfaringer med bruk av kriseplan og andre forebyggende tiltak

For å gjøre meg kjent med tidligere forskning har jeg gjort søk i ulike databaser som pubmed, medline, svemed+ og Cochrane library, eksempel på søkeord er, joint crises plan, safety plan, crises plan. Jeg har søkt på tidsskrift i den norske legeföreningen og psykologi tidsskrift. Jeg har brukt Google og søkt etter ord som kriseplan, selvhjelpsplan. Jeg har også benyttet meg av muligheten til å bestille artikler av bibliotekaren på sykehuset hvis det var bestemte artikler jeg hadde hørt om i fagmiljøet der jeg jobber. Ellers har jeg også benyttet meg av forsknings artikler som finnes på avdelingen der jeg jobber.

Kriseplan (Joint crises plan) ble ifølge Campbell & Kisley (2012) utviklet først for mennesker som ønsket å planlegge livets slutt ved alvorlig somatisk sykdom. Den ble senere tatt i bruk for mennesker med alvorlige psykiske lidelser slik som psykoser, manier og alvorlige depresjoner. Målet var at mennesker med disse sykdommene skulle få en mulighet til å si noe om sin egen behandling mens de ennå var kompetente og friske, siden psykoselidelser og stemningslidelser går ofte i faser, kan de innimellom ha faser med lavt symptomtrykk og god funksjon. Henderson et al., (2004) gjorde en randomisert kontrollert

studie ved åtte kommuner i sør England, angående kriseplan og mennesker med alvorlig psykisk lidelse slik som psykososer og bipolarlidelse. Deres hensikt var å undersøke om at kriseplanen kunne redusere bruken av behandling, sykehusinnleggelser og tvang. Studien viste at bruk av kriseplan reduserte bruk av behandling og tvang for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. En rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) sier at kriseplan og systematisk risikovurdering er tiltak som kan redusere bruken av tvang hos pasienter i psykisk helsevern (Nylenna et al.). Thornicroft et al., (2013) gjorde en randomisert kontrollert studie i England som sammenlignet effekten ved bruk av kriseplan i forhold til ”vanlig” behandling for mennesker med alvorlig psykisk sykdom. Denne undersøkelsen viser at bruk av kriseplan ikke er mer effektiv enn vanlig behandling uten bruk av kriseplan. Radenbach, Falkai, Wber-Reich og Simon (2014) spurte 473 medisinske direktører i tyske psykiatriske sykehus om deres bruk og erfaring angående kriseplan. Studien viser at kriseplan brukes sjelden i Tyskland av behandlere på sykehus. Konklusjonen i undersøkelsen er at psykiatrien i Tyskland trenger å diskutere nye mulige strategier i forhold til krisehåndtering av psykiatriske pasienter. Borschmann et al., (2013) gjorde en randomisert kontrollert studie på 88 personer i kommunale boliger, de undersøkte om det var gjennomførbart å rekruttere og beholde personer med borderline problematikk ved bruk av kriseplan. Studien viser at det er mulig og rekruttere og beholde denne gruppen pasienter. Borschmann et al., (2014) gjorde en kvalitativ studie på 41 personer med borderline personlighetsforstyrrelse. Deltakerne redegjorde i studien for hensiktsmessige måter å bli møtt på av helsepersonell. Det er viktig for denne gruppen pasienter at de behandles med verdighet og respekt og at de gis et ansvar og autonomi når det gjelder viktige beslutninger om dem selv. Jørstad (2015) gjorde en studie, spørreskjema med multiple Choice og åpne spørsmål til pasienter vedrørende bruk og erfaring med kriseplan. Studien viste at to av tre pasienter hadde brukt kriseplan, pasientene formidlet at de hadde en nytte av en utarbeidelse av kriseplan, og ga de større innsikt i egen problematikk. De fleste av de som hadde svart på undersøkelsen hadde en eller annen form for angstproblematikk og uttrykte at de hadde et klart utbytte av å utarbeide en kriseplan, dette ga pasientene en større egenkontroll. I USA utviklet de en metode de kalte safety planning intervention, dette var for selvmordtruende mennesker (Stanley & Brown, 2012). I følge Stanley & Brown (2012) kan man bruke kriseplan for suicidale pasienter som har planer eller tanker om å ta sitt eget liv ved kriser, og beskriver videre i sin artikkel hvordan dette kan implementeres hos pasientene. Germans et al., (2013) beskriver i sin studie, implementering av en trappe-trinns modell i krisehåndtering for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Germans et al., (2013) sier at kriseplan er et av de virkemidlene som

er med på å minske akutte restriktive tiltak som kontinuerlig observasjon, intervall observasjon og tvangsmidler ovenfor pasienter. I følge Germans et al., (2013) er målet med kriseplan og reversere en negativ tankespiral hos pasientene så tidlig som mulig slik at pasientene unngår å oppleve en uoverkommelig krise med påfølgende suicidal adferd i fremtiden. Henderson et al., (2015) gjorde en evalueringsstudie og sier at flere undersøkelser viser at bruk av kriseplan er blitt godt mottatt som et hjelpemiddel av den som mottar hjelp, samt at den øker den terapeutiske relasjonen. Farrelly et al., (2014) gjorde en kvalitativ studie på 221 kriseplaner gjort av brukere og deres hjelpeapparat som var en del av Crimson randomisert kontrollert studie. Farelly et al., (2014) sier at planer gjort gjennom kriseplan har resultert i at brukere gjorde valg som var bra for dem selv og som var rett i forhold til klinisk behandling. Dette ga også brukerne en mulighet til medbestemmelse gjennom en produktiv dialog med deres behandlere. Lay et al., (2015) gjorde en evalueringsstudie for å måle effekten av forebyggende tiltak for å redusere tvang på pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Studien viser til en bedre forståelse av samspillet mellom pasient og hjelpepersonell og at dette styrker pasientene når det gjelder medbestemmelse og autonomi hos pasientene.

Farelly et al., (2015) gjorde en kvalitativ studie angående kriseplan og om den har en effekt på det terapeutiske forholdet mellom mennesker med psykose og hjelpeapparatet. Farelly et al., (2015) sier at rutinene i psykisk helsevern er påvirket av politiske og organisatoriske krav til risiko og skadebegrensning, dette er aspekter som undergraver personsentrettede tilnærminger. Farelly et al., (2015) sier videre at et sterkt terapeutisk forhold består av individuell behandling som er respektfullt og til å stole på. Studien viste at kriseplan økte den terapeutiske relasjonen mellom pasient og pleier. Khazaaal et al., (2014) gjorde en review artikkel, den viser at bruk av planer (Psychiatric advance directives) kan øke den potensielle prosessen hos pasienter når det gjelder å ta ansvar og kontroll over sitt eget liv (empowerment), redusere opplevd tvang og øke mestringsstrategiene hos den enkelte. Williams, Smith og Lumbus (2014) gjorde en evalueringsstudie av implementeringen av kriseplan hos brukere i kommuner i Australia. Studien viser at kriseplan styrker den terapeutiske relasjonen mellom bruker og pleier, samt gir en medbestemmelse og styrker autonomien hos de som bruker kriseplan. Studien viste videre at de som mottar hjelp følte seg mer respektert og forstått av sine behandlere, samt at behandlerne rapporterte en bedre forståelse av pasientene.

Den internasjonale forskningen viser at kriseplan kan være et effektivt tiltak for mennesker med alvorlig psykisk sykdom som responderer på kriseplan. Forskningen viser at dette bedrer

tilliten mellom pasient og behandler og dermed den terapeutiske alliansen. Studiene viser at kriseplan kan være et godt redskap for mennesker med alvorlig psykisk sykdom som opplever kriser av ulike slag, videre at en bruk av kriseplan reduserer bruken av tvang, behandling, sykehusinnleggelse som igjen fører til reduserte kostnader hos helsevesenet. Det er også en del studier som handler om hva pasientene synes om kriseplan og hvordan de ønsker å bli behandlet. Pasientene redegjorde for at kriseplan ga de bedre kontroll over egne problemer, samt økt livs kvalitet og tillitt til hjelpeapparatet. Videre viser undersøkelser at pasienter ønsker og blir møtt med verdighet og respekt og at de gis et ansvar og autonomi når det gjelder viktige beslutninger om dem selv. I det siste årene dreier undersøkelsene seg mye om at pasientene skal involvere seg mer i behandlingen for å styrke pasientenes autonomi. Det legges også mer vekt på alliansen mellom pasient og behandlingsapparatet som skal hjelpe. I den tidligere forskningen har det vært et mindre fokus på helsepersonell og hvilke erfaringer de har gjort seg i arbeidet med kriseplanen. Vi vet fortsatt lite om hva det er som skal til for at pasientene skal fylle ut en kriseplan og bruke den aktivt videre i livene sine. Det er derfor et behov for å undersøke miljøterapeuters erfaringer med utarbeidelse av kriseplan og hva de oppfatter som viktig for at kriseplanen skal fungere som et hjelpemiddel for pasienten.

3.0 METODE

I metodekapitlet vil det først redegjøres for valg av metode, for deretter å fortelle hvordan den ble anvendt. Videre kommer en beskrivelse av min forforståelse, utvalg, gjennomføring av intervju og transkribering. Deretter redegjøres det for den analytiske bearbeidelsen av datamaterialet, samt en beskrivelse av studiens etiske betraktninger.

3.1 Kvalitativ metode

I følge Malterud (2013) er kvalitative metoder ulike forskningsstrategier for å kunne beskrive og analysere karaktertrekk, kvaliteter og egenskaper ved de fenomener som skal studeres/belyses. Ifølge Malterud (2013) bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Målet er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener, slik det oppleves for de som er involvert i sin naturlige sammenheng. I følge Malterud (2013) kan man anvende kvalitative metoder når man skal utforske menneskelige egenskaper som for eksempel, erfaringer, tanker, opplevelser og holdninger. Kvalitative metoder passer bra for utforskning av dynamiske prosesser slik som samhandling, utvikling og helhet (Malterud (2013)).

Det ble valgt å bruke en kvalitativ tilnærming gjennom kvalitative intervju som gjøres individuelt. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver kvalitative forskningsintervju som en søken etter å forstå verden ut ifra intervjupersonenes side. Man ønsker å få frem betydningen av menneskers erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden knyttet til et fenomen. Kvale og Brinkmann (2009) sier at kvalitative intervju har som mål å hente inn kvalitativ kunnskap gjennom språkbruk, gjennom informantenes erfaringer og meninger. I følge Kvale og Brinkmann (2009) bør kvalitative forskningsintervju inneholde meningsspørsmål og fakta spørsmål. Videre sier Kvale Og Brinkmann(2009) at det er viktig å lytte til den eksplisitte beskrivelsen, de uttrykte meningene, men også det som sies «mellom linjene», gjennom at intervjueren kan forsøke å formulere det implisitte budskapet, gi det tilbake til intervjupersonen og dermed oppnå en bekreftelse eller avkreftelse av fortolkningen av det intervjupersonen prøver å si.

3.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Thomassen (2006) referer til Lægheid og Skorgen (2001) og sier at hermeneutikk stammer fra det greske ordet *Hermeneuein* og betyr å tolke eller å fortolke. Malterud (2013) skriver at de kvalitative metodene er en del av den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen, som handler om tolkninger/forståelse av meninger i menneskelige uttrykk. I følge Ryen (2002) ble hermeneutikken etablert på 1800-tallet og var da en motsats til den naturvitenskapelige metoden. Den naturvitenskapelige metoden bygger på en forklaring på konkrete, objektive funn som er observerbar (Ryen, 2002). Gadamer står som den sentrale fornyer av hermeneutikken (Thomassen, 2006). Gadamer sier at forståelse er et grunnleggende trekk ved all erfaring. Videre sier Gadamer at den historiske sammenhengen vi mennesker står i er en betingelse for forståelse. Mennesker forstår og fortolker mening i en kontekst, i en sammenheng. I et liv vil det alltid være en historisk sammenheng, videre at vi er bundet til et ståsted innenfor tid og historie, vår nåtid vil alltid være forbundet med en tradisjon og fortiden enkeltes forståelseshorisont (Thomassen, 2006). Gadamer sier denne forståelseshorisonten påvirker hvordan mennesker fortolker og forstår andre mennesker. Gadamer fremhever at all mening og forståelse er strukturert av en forståelse/fordommer som ikke er bevisst, Vi kan ikke løsrive oss fra denne horisonten, den er en del av den kulturen, tradisjonen eller tiden vi lever i (Thomassen, 2006). Gadamer sier at det er på bakgrunn av en forståelse/ fordommer som mennesker allerede har, at det er mulig for oss å forstå noe, at vi kan gripe etter en ny mening, i det nye som møter oss. Dette gir oss en mulighet til å endre vår erfaringer og tilegne oss ny kunnskap (Thomassen, 2006).

Med denne bakgrunnen forstår jeg at mennesker i møte med andre mennesker blir påvirket av hverandre, sin fortid og historie, i denne sammenhengen kan det informantene sier og opplever, være påvirket av tidligere erfaringer eller bli påvirket av det som skjer i møtet mellom den som blir intervjuet og intervjuer. Videre kan det skje en påvirkning gjennom bearbeidingen av materialet hvor forskeren er påvirket av sin egen tolkning og livserfaring.

3.3 Utvalg

I følge Tjora (2011) skal man i kvalitative intervju studier velge informanter som av ulike grunner kan si noe om temaet på en reflektert måte. Da er de et strategisk utvalg og ikke et tilfeldig utvalg. I følge Malterud (2013) består kvalitative studier sjeldent av mange informanter, og at fire til sju informanter kan gi et rikt datagrunnlag. Når det gjelder rekruttering av informanter, ble alle informanter hentet fra samme avdeling hvor det jobbes aktivt med kriseplan i den daglige behandlingen. Den aktuelle avdelingen er en sengepost med syv senger, hvor pasientene er innlagt for behandling, eller utredning av psykisk sykdom. Pasientene som er til behandling følger et løp gitt fra behandlende lege, samt ut ifra miljøterapeutiske prinsipper. Pasientene som følger et utredningsløp er innlagt for en periode for å gjennomgå ulike kliniske tester utført av behandlede lege, samt observasjoner i post gjort av miljøpersonale. Ved den aktuelle avdelingen er det flest pasienter som har problemer i forhold til stemningslidelser eller ulike former for personlighets forstyrrelser. Personalet som jobber der er utdannet psykiatriske sykepleiere/vernepleiere og jobber som miljøterapeuter. Pasientene arbeider med kriseplanen som en del av den daglige behandlingen. Kriseplanen skal deretter benyttes ved permisjoner og etter utskrivelse fra det aktuelle sykehuset. Ved å bruke kriseplanen som et tiltak ønsker man å øke bruken av kriseplan hos pasientene gjennom en mer bevisst og tilrettelagt behandling. Å arbeide med kriseplan blir dermed en del av behandlingen i avdelingen. Det er miljøterapeutene som hjelper pasientene med utarbeidelsen av kriseplanen i avdelingen. For å opprettholde en struktur på dette arbeidet i avdelingen er det opprettet en gruppe der pasientene deltar sammen med miljøpersonale hver torsdag formiddag. Fokuset i denne gruppen er å diskutere/reflektere rundt hensikten med kriseplan og forklare pasientene hvordan den skal brukes. I tillegg er det individuelle samtaler med hver enkelt pasient hvor man snakker mer inngående i de ulike temaene som er problematisk for hver enkelt pasient. Ut ifra studiens omfang og metode har jeg brukt fire informanter fra en allmenn sengepost, hvor det var tre damer og en var mann. De var i alderen 30-57 år. Tre av dem var utdannet psykiatriske sykepleiere, en var utdannet vernepleier. Alle informantene hadde jobbet med kriseplan siden 2012. Alle informanter som ble forespurt om deltakelse fikk et informasjonsskriv om selve undersøkelsen, se vedlegg nr. 1. De som ble forespurt, takket ja til å være med som deltagere i studien. Informantene gav skriftlig samtykke til å la seg intervju.

3.4 Intervju

Jeg har benyttet meg av semi-strukturerte intervju og en intervjuguide i denne oppgaven. Intervjuguiden fikk informantene utdelt i god tid i forveien for at de skulle forberede eventuelle spørsmål. Jeg valgte semi-strukturert intervju for å få en viss struktur på selve intervjuet og for at jeg skulle få svar som gav meg en mulighet til å besvare mitt forskningsspørsmål. Jeg gjennomførte alle intervjuene selv i november /desember 2015. Jeg brukte en elektronisk opptaker og intervjuene varte fra 30 min til 50 minutter. Jeg hadde ingen erfaringer rundt dette arbeidet fra før og benyttet meg av muligheten av å gjennomføre et prøveintervju. Først sjekket jeg ut spørsmålene, hvordan de var formulert, og om intervjuobjektet skjønte det jeg spurte om. Prøveintervjuet ga meg en god pekepinn på veien videre og jeg justerte litt på spørsmålene for at de skulle bli mer forståelige. Alle intervjuene ble gjennomført på en grei måte. Atmosfæren i rommet var avslappet og behagelig, og ingen av de som ble intervjuet viste tegn til nervøsitet eller stress. Jeg la opp til den samme malen for alle intervjuobjektene hvor jeg forklarte litt på forhånd, og stilte spørsmålene i tur og orden slik de sto på arket. Jeg følte selv at jeg fikk greie svar i fra alle informantene. Jeg gjorde meg noen erfaringer underveis, blant annet det at enkelte av spørsmålene kunne virke noe like for de som ble intervjuet. Jeg merket også at de personene som hadde forberedt seg på forhånd hadde mer utfyllende svar enn andre. Jeg selv ble mer vant til dette etterhvert og i siste intervju merket jeg at jeg klarte å fri meg mer fra spørsmålene og skape en diskusjon rundt temaene som sto i intervjuguiden. Dette resulterte i det lengste intervjuet samt gode refleksjoner rundt temaet.

Oppsummering av spørsmålene

Alle spørsmålene som ble stilt til de som ble intervjuet dreide seg om deres erfaringer angående kriseplan og hva som skal til for at kriseplan skal virke slik den er ment i forhold til pasientene. Se vedlegg nr. 2.

Eksempel på spørsmål og svar:

Intervjuer: Hvordan samarbeider fagpersonalet omkring kriseplanene?

Informant: *«Det er stor forskjell fra behandler til behandler, hvor mye de går inn i det. Noen av behandlerne ser vi bruker kriseplan som en del i samtaler i forbindelse med permisjon og/eller utskrivelse, mens andre gjør det ikke, og overlater dette til oss som miljøterapeuter, så det er stor forskjell, men det er godt noe dem kunne tatt med mer inn og diskutert inn i*

miniteam for eksempel, og sånne ting, for utfordringa tror jeg, er mye det her for å kunne lykkes med krisepleanen, så er det at nødt til å bli en integrert del av hele totalpakken behandling. Det kan liksom ikke være et sidespor som kjører en veg, og så har man et annet hovedspor, det må kjøres i samme retninga på samme linja, så det blir en del av hovedsporet».

3.5 Transkribering

Alle de fire intervjuene ble tatt opp på bånd og ble transkribert i sin helhet til tekst. Jeg fikk hjelp til selve transkriberingen av en erfaren postsekretær på min arbeidsplass. Malterud (2013) skriver at forskeren bør gjøre denne jobben selv da forskeren var deltager i samtalen og man har da en mulighet til å oppklare uklarheter, eller momenter som har betydning for meningen i teksten. Malterud (2013) påpeker også at det er viktig med en tidlig tilgang til materialet. Ved å være et bindeledd mellom tale og tekst gir dette forskeren en mulighet til å gjenoppleve erfaringer ifra intervjuet og gjøre seg kjent med materialet på en ny måte. På en annen side vil jeg trekke fram at en erfaren postsekretær som har utført slike transkriberinger over mange år har en bedre rutine/erfaring på å gjøre dette arbeidet enn meg. Jeg vil også nevne at intervjuene ble tatt opp på dialekt, men transkribert til bokmål. Postsekretæren er godt kjent med ord og uttrykk på dialekten som ble snakket under intervjuene, siden hun snakker samme dialekt selv.

3.6 Analysemetode

Denne studien er analysert ved hjelp av Kvalitativ innholdsanalyse. I min analyse har jeg vært ute etter det manifeste budskap.

3.6.1 Kvalitativ innholdsanalyse

I følge Patton (2002) handler innholdsanalyse om å redusere data for å lete etter kjernen eller meningen i et større datamateriale. Graneheim og Lundmann (2004) referer til Berelson (1952) og sier at kvalitativ innholdsanalyse er det objektive, systematiske og kvantitative beskrivelse av det manifeste, det synlige/åpenbare innholdet i kommunikasjon, som over tid også har ekspandert til også å inneholde tolkninger av det latente/ underliggende innholdet.

3.6.2 Analyseprosess

Graneheim og Lundmann (2004) sier at en kondensert mening er en prosess hvor man forkorter en tekst, men beholder det sentrale innholdet i teksten. Jeg leste gjennom alle intervjuene nøye flere ganger, deretter valgte jeg ut det synlige eller åpenbare innholdet i teksten som var relevant for å besvare forskningsspørsmålet i denne studien. Dette ble markert i teksten som meningsenheter som av og til bestod av korte setninger og i andre tilfeller lengre avsnitt. Når den kondenserte meningen i alle intervjuene var lokalisert, begynte arbeidet med å dele inn de kondenserte meningene inn i underkategorier. Graneheim og Lundmann (2004) beskriver at underkategorier og senere hovedkategorier utvikles i en prosess der man abstraherer den kondenserte meningen. Etter å ha arbeidet en del med ulike mønstre av underkategorier så jeg at disse kunne sorteres i tre hovedkategorier.

Tabell Nr. 1. Eksempel på analyse av tekst.

Meningsenhet	Kondensert mening	Underkategori	Hovedkategori
Vi bruker mye tid på kriseplan. Den er lagt inn i det faste ukeprogrammet. En går gjennom kriseplan, hensikten med kriseplan, målet med kriseplan og deler litt erfaring med å ha kriseplan. Dette varierer jo hvilke pasientsammensetninger, gruppen er til en hver tid, hvor lang tid det blir brukt til den gjennomgangen, og hvordan den blir.	Personalet bruker mye tid på å forklare hensikt og bruk av kriseplan, men dette varierer etter hvilke pasienter som er til stede der og da.	Variasjon av tidsbruk.	Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan.

Flere eksempler på analyse av tekst, se vedlegg nr. 3.

3.7 *Forskningsetikk*

Alle som ble forespurt og intervjuet fikk et informasjonsskriv. Deltakelsen var frivillig og det ble ikke utøvd noen form for motivasjon/press for å delta. Alle skrev under et samtykke om deltagelse og ble informert om at de kunne trekke seg når som helst underveis. Det at studien er gjennomført på min egen arbeidsplass og at informantene er mine arbeidskollegaer kan vekke flere etiske spørsmål knyttet til blant annet habilitet og det å være objektiv. I relasjonen mellom meg som forsker og informantene kan det oppstå forskningsetiske dilemmaer. Jeg har vært nøye med å presisere ovenfor informantene at denne studien dreier seg om å tilegne seg ny kunnskap i det faget vi driver med. Jeg presiserte at dette ikke handler om å kartlegge hver enkeltes personlige kvalifikasjoner, slik at de ikke skulle føle at jeg var en slags kontrollør på deres kompetanse. Det at studien ble gjort på min egen arbeidsplass blant kollegaer kan ha påvirket informantene hvor frivillig de oppfattet deltakelsen var, men som nevnt tidligere ble det presisert ovenfor alle informantene at deltakelsen var frivillig. At jeg kjenner feltet kan ha påvirket hvordan jeg stilte spørsmålene, eller ikke stilte. I følge Hansen og Karlsson (2009) kan en parallell kompetanse og erfaring som forskende terapeut bety en gjensidig berikelse og fremme en positiv interaksjon i det direkte møtet med forskningsdeltagerne. Hun sier videre at det samtidig fordrer en økt bevissthet og refleksjon over hvordan de parallelle rollene påvirker hverandre, og de ulike dilemmaene som kan oppstå mellom partene. Hansen og Karlsson (2009) mener at man må klargjøre sin rolle i alle ulike kontekster. I følge Hansen og Karlsson (2009) må etiske dilemmaer identifiseres og reflekteres over i alle deler av forskningsprosessen.

Jeg har etter beste evne forsøkt å være bevisst den induktive tilnærmingen, at det er materialet og det informantene faktisk sier som jeg har lagt til grunn i analysen. Jeg har aktivt gått tilbake til transkripsjonene for å sikre dette underveis. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i et låst skap på avdelingen der jeg jobber frem til ferdigstillelse av studien, i samtykkeerklæringen ble det ikke bedt om å skrive ned andre personlige opplysninger. Intervjuene ble, som tidligere nevnt, transkribert av en postsekretær på avdelingen der jeg jobber, Hun er kjent med sin taushetsplikt og informantene er informert at det er hun som har transkribert materialet. Det ble ikke nevnt noen navn under intervjuene, de ble også transkribert anonymt, uten navn. Jeg undersøkte med NSD (Norsk samfunns vitenskapelig datatjeneste) via deres nettside om studien var meldepliktig. Ut fra svarene ble det konkludert med at det ikke var behov for å melde prosjektet. Jeg har likevel forholdt meg til deres

retningslinjer for personvern slik at behandlingen av opplysninger ble forsvarlig og konfidensiell.

4.0 RESULTATER

Her blir resultatene presentert gjennom de funnene som ble oppdaget gjennom analyse av det tekstmaterialet som var til disposisjon.

Funnene som skilte seg ut gjennom analysen ble inndelt i tre hovedkategorier og 10 underkategorier.

Tabell. Nr. 2. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.

HOVEDKATEGORI	HOVEDKATEGORI	HOVEDKATEGORI
Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan	Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi	Kriseplanens suksessfaktorer
UNDERKATEGORI	UNDERKATEGORI	UNDERKATEGORI
Et obligatorisk tiltak	Skaper relasjon	Opplevelse av nytteverdi
Variierende samarbeid med behandlere	Åpner for selvynnsikt og ansvar	Oppnå følelse av eierskap
Variasjon av tidsbruk	Gir handlingsberedskap	Individuell tilrettelegging
Pedagogiske utfordringer		

4.1 Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan

Kriseplanen oppgis å være et tiltak som er ment å omfatte alle pasienter som blir innlagt i avdelingen. Det praktiske arbeidet innebærer videre variasjoner både når det gjelder samarbeid mellom kolleger og tiden man bruker på hver enkelt pasient. Det praktiske samarbeidet med pasienten om planen kan også by på pedagogiske utfordringer.

4.1.1 Et obligatorisk tiltak

Informantene forholder seg til kriseplanen som et rutinemessig tiltak som er ment å igangsettes og brukes av alle pasienter som kommer til avdelingen. «Den er lagt inn i det faste ukeprogrammet», som en av dem sier. En annen forteller: «Vi bruker den til alle

inneliggende pasienter. De får den gjerne en av de første dagene, og helst før de skal i permisjon». Planarbeidet har faste tidspunkt og ukedager som er satt av til undervisning, anbefalinger, og samtaler en- til- en eller i samtalegrupper med flere pasienter. En av informantene sier at pasientene har faste tidspunkt hver uke hvor de får undervisning og anbefalinger i sitt arbeide med kriseplan. «Vi bruker å ha hver uke, hver torsdag, i forbindelse med morgensamling, så går vi igjennom kriseplan og underviser pasientene litt om hva det er for noe og hvorfor vi anbefaler dem å skrive den, og hvilken nytte de kan ha av det, og... ja, vi har ca. en halv time vi bruker til å undervise, det blir jo mer som en samtalegruppe hvor de får høre litt erfaringer fra hverandre».

4.1.2 Varierende samarbeid med behandlere

Informantene forteller at behandlerne (de som har behandlingsansvar, leger psykologer og psykiatere) prioriterer tidsbruk på kriseplanen svært ulikt. De erfarer at noen behandlere aktivt bruker planen ved permisjoner eller utskrivelser, mens andre i større grad betrakter planarbeidet som miljøterapeutenes domene. En av informantene sa: «Det er stor forskjell fra behandler til behandler, hvor mye de går inn i det. Noen av behandlerne ser vi bruker kriseplan som en del i samtaler i forbindelse med permisjon eller utskrivelse, mens andre gjør det ikke, og overlater dette til oss miljøterapeuter, så det er stor forskjell». En annen fortalte at arbeidet med kriseplan er mer eller mindre har blitt lagt i hendene til miljøpersonalet av behandlerne, men at de er opptatt av at pasientene skal skrive den. «Hvor mye stabsfolket (behandlerne) ser på kriseplan er jeg mer usikker på, har vel mer en følelse at det ligger i miljøpersonale sitt bord, i forhold til det å utarbeide kriseplaner, men de er veldig opptatt av at man skal ha det. // Tror nok fokuset er på at pasienten skal skrive kriseplan, så det er vel sjelden at den brukes i mange sammenhenger mellom stab og miljø, nei».

4.1.3 Variasjon av tidsbruk

I utgangspunktet er det satt av god tid til planarbeidet – og informantene kan oppleve at de bruker mye tid på dette. Samtidig ligger det store variasjoner i tidsbruk som henger sammen med hvilke pasienter man har i avdelinga, deres dagsform og motivasjon. En av de som ble intervjuet fortalte at personalet bruker mye tid på å forklare hensikt og bruk av kriseplan, men dette varierer etter hvilke pasienter som er til stede. «Vi bruker mye tid på kriseplan. Den er lagt inn i det faste ukeprogrammet. En går igjennom kriseplan, hensikten med kriseplan,

målet med kriseplan og hvordan.. og deler litt erfaring med å ha kriseplan. Dette varierer jo hvilken pasientsammensetning det er til en hver tid, hvor lang tid det blir brukt til denne gjennomgangen, og hvordan den blir». I tillegg til sykdomsfase eller tilstand ser personalet at pasientens forståelse og vilje også har stor betydning for hvor mye tid som faktisk brukes på planene. En av dem sier: «Det er noen få som ikke vil skrive den og ikke forholde seg til den, og så er det noen som skriver den i full fart fordi de tenker at vi har noen forventninger til det og dem, og så er det noen som lager både et, to og tre utkast og bruker den».

4.1.4 Pedagogiske utfordringer

Informantene er samstemte om at en god presentasjon av planen er nødvendig for at pasientene skal få en forståelse av at dette er et viktig redskap og brukes videre. «Først og fremst, skal vi som miljøterapeuter ha tro på at dette er et viktig hjelpemiddel. Jeg tenker det er kjempeviktig hvordan vi presenterer dette og at de har en følelse av at det er en viktig ting, at det ikke bare er et papir som blir glemt når de er ferdig med å skrive». Informantene forteller at det kan være utfordrende å få pasienten til å se på kriseplanen som viktig. Flere sier noe om at presentasjonen av planen ofte kan være vanskelig. En av dem sa: «Jeg vil si at jeg har stor tro på kriseplanen jeg. Det er noe med at i hvor stor grad er vi gode på å selge inn dette til pasientene, for det er jo en pedagogisk utfordring.» En annen sa: at dette handlet om: «Hvordan man går inn, og at man av og til må være «på», og av og til så går det greiere. Det handler litt om hvilken innsikt de (pasientene) har, men så handler det og om hvilke utfordringer, i hvilket nivå kriseplanen skal ligge på // ... også i forhold til hva er det som er hensikten til den enkelte, hva er mulighetene til den enkelte, hvilke evner har den enkelte pasient». Hvordan utfordringene kan variere med ulike pasienter kommer også til uttrykk hos en annen informant: «Ja, men igjen så er det enklere å jobbe med det spesifikke enn det generelle, synes jeg. Hvis det er noen som er inne med angst, så er det enklere å skrive kriseplan sammen med dem, enn med noen som har alt mulig andres slags utfordringer, som ikke er så spesifikke. Og så er det vel enklere å jobbe med samme kriseplan og samme pasient i 3 uker, enn å hoppe inn i det f.eks. på torsdag før de skal reise heim liksom».

4.2 Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi

Bruk av kriseplan oppgis til å være mer enn en plan- et ferdig produkt som skal brukes ved kriser. Informantene beskrev kriseplanen som et instrument miljøterapeutene kan benytte seg av for å bli bedre kjent med pasienten- gjennom arbeidet angående kriseplan som gjøres i

fellesskap. Kriseplan er i tillegg et hjelpemiddel for pasienten, til å få en innsikt i sine problemer og lære seg å ta ansvar for sitt eget liv. Kriseplan kan også gi en informasjon til miljøterapeutene og behandlerne som de kan benytte seg av i den videre behandlingen av hver enkelt pasient.

4.2.1 Skaper relasjon

Det ble sagt at kriseplan er et verktøy som man kan bruke for å bli bedre kjent med pasienten, gjennom samtalen om kriseplan etablerer man også en relasjon til pasienten som man kan bygge videre på i behandlingen. *«Jeg tenker det er bra det vi bruker i miljøterapien med at vi går på pasientene, utforske i lag med dem og bruker det som et verktøy, kriseplan er en varig ting, men så blir det det mye større instrument enn hva det er, at vi bruker samtaleteknikk, den type metode for å bli kjent med pasienten, ja så tror jeg det blir bra i vegen deres videre for å håndtere hverdagslivet sitt».*

4.2.2 Åpner for selvinnsett og ansvar

Informantene sier at kriseplan kan også være et hjelpemiddel for pasientene til å få innsikt og dermed bli mer bevisst om sine problemer. *«Det er jo kanskje en metode for å få pasientene til å få innsikt i problemene sine, hva de bruker å gjøre, hva de kan gjøre».* Videre at pasientene har en bedre mulighet til å bli kjent med seg selv hvis man sitter sammen med pasienten, hjelper dem med å fylle ut kriseplanen og reflekterer over tema/problemstillinger som oppleves som vanskelige av pasienten. *«Hvis man sitter sammen med pasienten så kan det ha den terapeutiske effekten at man diskuterer med pasienten, reflekterer over enkle problemstillinger der vi kan hjelpe pasienten å bli bevisst med en del ting».* Kriseplan blir også beskrevet som et redskap man kan bruke ved reinnleggelser, man kan evaluere innholdet i kriseplan, samt legge opp til samtaler med pasienten som handler om selvrefleksjon- hva var det som fungerte/ikke fungerte. *«Når vi satte oss for å reflektere over dette etterpå, så var jo hun mer bevisst på det som hadde skjedd, fordi hun hadde brukt kriseplanen slik som det var avtalt med oss, sjøl om hun ikke lot være å drikke så var hun på en måte mer bevisst på hva hun hadde gjort».* En annen beskrev: *"Jeg ser absolutt nytten av den. Jeg ser på det som en veldig fin måte å få pasienten til å reflektere rundt sin egen situasjon».* Arbeidet med kriseplanen handler om: *» Å endre mønster».* Flere informanter ser at arbeidet med planen innebærer bruk av en metode som har en verdi i seg selv, og ikke bare er noe som skal kunne

ut i et løsningsforslag for håndtering av framtidige kriser. En av dem sa: «*Samtalene omkring den, og prosessene omkring den er det jeg brenner for. Og det som står på papiret er på en måte litt resultatet da, men det som er kjernen i det, det viktige som foregår i prosessene til pasientene, er det som er viktig med kriseplan*». Kriseplan blir også fremhevet som viktig i behandlingen med tanke på selvbestemmelse, ta ansvar og hva pasientene selv ønsker i behandlingen. «*Jeg synes den er veldig viktig i behandlingen. Tenker at det her med pasientens selvbestemmelse, bare den siden, at de er med på å bestemme hvilken behandling de ønsker*».

4.2.3 Gir handlingsberedskap

Det blir sagt i et av intervjuene at kriseplan er et viktig miljøterapeutisk tiltak for å få kjennskap til mestringsstrategiene til pasienten. «*Vi bruker det jo i miljøterapeutiske tiltak, tenker nå jeg. Det er en viktig del, for der får man på en måte kjennskap til hvilke mestringsstrategier pasienten har*». Kriseplan ble også fremhevet som et viktig tiltak for å sette i gang behandlingstiltak som er tilpasset pasientens behov. «*Jeg tenker at det er virksomt. Det hjelper jo oss å finne ut hva pasienten mener som hjelper seg, og vi kan sette i verk tiltak som pasienten kan ha nytte av*».

4.3 Kriseplanens suksessfaktorer

Informantene forklarte ut i fra sin egen erfaring hva som skal til for at kriseplanen skal bli et nyttig redskap for pasientene. Pasientene må oppleve at kriseplanen er et nyttig redskap som de kan benytte seg av og dermed forebygge fremtidige kriser. Ifølge de som ble intervjuet vil det være viktig at pasientene klarer å oppnå et eierskap til kriseplanen, hvis pasientene klarer å se at dette handler om dem og deres liv er det en større sjanse for at pasientene bruker den i ettertid. Alle pasienter får samme type kriseplan utdelt- det kom fram i undersøkelsen at innholdet i kriseplanen, og hvordan arbeidet med kriseplan blir utført på må være tilpasset hver enkelt pasient.

4.3.1 Opplevelse av nytteverdi

Det ble beskrevet at alle typer pasienter har en nytte av å skrive en kriseplan, dette er uavhengig av type krise/problem. «*Jeg mener at i utgangspunktet så er det en veldig nyttig plan, og jeg tenker det at i utgangspunktet så har alle behov for det. Alle som kommer inn, har eller har hatt en form for krise gjør at dem har en terapeutisk nytte av å utarbeide en*

kriseplan». En av informantene beskrev at en god kriseplan må «treffe alle» punkter, slik som kognitive evner og innsikt i egen situasjon. «*For at du skal få en god kriseplan som skal oppleves nyttig, så er det det at du må treffe på alle disse punktene, slik som mentaliserings evne og innsikt i egen situasjon og hva du kan faktisk få til da*». En av informantene trekker fram kriseplan som et nyttig hjelpemiddel. For pasienten er det nyttig å se utfordringene på et papir, man oppnår en struktur og jobber mer systematisk. «*Det som fungerer er at pasienten ofte får se på papir hva som er utfordringa. For viss vi bare snakker om det veldig mye der og da, så blir det vanskelig å sortere ut hva som er verst og hva som ikke er verst. En får mer struktur over det og jobber mer systematisk*». En av de spurte fortalte at arbeidet med kriseplan krever en motivasjon i forkant- pasienten må oppleve nytten ellers blir arbeidet meningsløst. «*Det er det her med nytten, at de skal oppleve at dette er nyttig, og det har mye med motivasjonsarbeidet som må gjøres i forkant, for har de ikke interesse eller ikke ser nytten av det, så blir det heller ikke brukt, og da blir det helt meningsløst*».

4.3.2 Oppnå følelse av eierskap

En intervjuobjektene opplever en varierende tilhørighet til kriseplan hos pasientene, noen glemmer å bruke den, mens andre pasienter har benyttet seg av den. «*Det er veldig forskjellig, vi har sett pasienter som har hatt den med seg når de blir innlagt igjen. Ikke mange ganger, men har vært borti det. Da tenker jeg «jöss». Andre vi har spurt om de har brukt kriseplanen, er det veldig mange som sier nei, de tenkte ikke på det*». Flere av informantene beskriver at pasientene trenger å føle et eierskap til kriseplanen- for å få den til å fungere.» *Jeg tror at de som får den til å fungere, får den til å bli et redskap, så tror jeg at de får et eierskap til den*». En annen sa: «*Å gjøre den personlig, gjøre den til sin. Så at det handler om pasienten, deres utfordringer og ikke, at det blir så privat som mulig og mindre generell da. Det tror jeg kan bidra til at pasientene får et eierskap til kriseplan*»// «*Det er viktig at det er deres kriseplan, at det ikke er vi som skal sitte og si hva som hjelper dem hvis de er i krise, vi skal bare veilede dem i å skrive*».

4.3.3 Individuell tilrettelegging

Når man skal jobbe med kriseplan er det nødvendig å tenke på at alle mennesker er forskjellig og har forskjellige behov. En informant forteller: «*Det er uhorvelig mange måter å møte det på, så en må finne det individuelle for den enkelte, så må en individualisere dem og treffe den det gjelder*». Av og til kan det være nødvendig med litt ekstra engasjement, vise interesse og tilby hjelp til pasientene hvis de har problemer i forhold til kriseplan. En informant sa: «*Dette*

varierer veldig fra pasient til pasient, noen må en jobbe veldig tett med og hjelpe dem med å reflektere, mens andre jobber mer selvstendig i utgangspunktet og har tanker og planer om det, og man er inn i en refleksjonsrunde med en gang. Så det er stor forskjell altså, det må individuelt tilpasses». En annen beskrev: «Noen skal kanskje ha en kriseplan som er mer tilpasset dem da. For poenget med den er at de skal kjenne igjen seg selv i den, og at den blir nyttig for dem. At de vet hva som ligger i prosessene». Motivasjonen for å gjøre dette arbeidet med kriseplanen er også varierende hos pasientene, en informant trekker frem at et samarbeid og at man fyller ut dette i fellesskap kan være avgjørende for at pasientene gjennomfører arbeidet med kriseplan. «Noen virker mer motivert til å skrive, og trenger mindre motivering for å gjøre det, mens noen trenger at man kanskje sitter og går gjennom hvert spørsmål sammen med dem».

5.0 DISKUSJON

Her vil jeg diskutere mine funn oppimot eksisterende teori og tidligere forskning. Deretter vil jeg gjøre rede for mine valg i forhold til metoden jeg har brukt i studien gjennom en metode diskusjon. Til slutt nevner jeg det som jeg ser som begrensninger i denne studien.

5.1 Resultat diskusjon

Resultatdiskusjonen er inndelt etter de tre hovedkategorier som ble funnet. Miljøterapeutenes erfaringer med bruk av kriseplan inneholdt både praktiske erfaringer, oppfatninger om planens nytteverdi og suksessfaktorer i gjennomføringen.

5.1.1 Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan

Informantene i denne studien forholder seg til kriseplanen som et rutinemessig tiltak som er ment å igangsettes og brukes av alle pasienter som kommer til avdelingen. Planarbeidet har faste tidspunkt og ukedager som er satt av til undervisning, anbefalinger, og samtaler en-til-en eller i samtalegrupper med flere pasienter. Dette gjelder for alle pasienter uavhengig av årsak til innleggelse eller diagnose. I de nasjonale retningslinjene i Norge blir kriseplan nevnt som en anbefaling når det gjelder behandling og forebyggende arbeid blant voksne mennesker med bipolar lidelse, rus og psykiske lidelser, depresjon, selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2012, 2012, 2009 og 2014). Germans et al., (2013) beskriver i sin studie at pasienter som blir innlagt for et akutt kriseopphold, skal alle arbeide aktivt med å utarbeide en kriseplan eller tilpasse en eventuell foreliggende plan. I de internasjonale studiene blir kriseplan ansett som viktig for å unngå reinnleggelser, hindre tilbakefall og opprettholde en autonomi hos pasientene (Henderson et al., 2004; Lay et al., 2015; Khazaaal et al., 2014). Kriseplan har også vært en anerkjent metode for å håndtere krise og som et hjelpemiddel til å forhindre eller å forebygge tilbakefall av psykiske lidelser (Henderson et al., 2004; Henderson et al., 2015; Farelly et al., 2014; Borschmann et al., 2014; Slade et al., 2014). Når det gjelder behandling av psykiske lidelser har det vært økt fokus de senere år på forebygging av kriser, styrke pasientens egen deltakelse i behandling, relasjon til pasienten og økt fokus på autonomi (Khazaaal et al., 2014; Lay et al., 2015; Henderson et al., 2004; Slade et al., 2014; Farelly et al., 2014; Borschmann et al., 2014; Farelly et al., 2013; Farelly et al., 2015; Williams, Smith, & Lumbus, 2014; Henderson et al., 2015). Tidligere studier og litteraturgjennomgang viser at

kriseplan blir behandlet forskjellig, alt i fra at den sees på som viktig i behandlingen, at det skal være et økt fokus, at den blir anbefalt til pasientene, eller at den blir gitt til alle pasienter i en bestemt gruppe ut i fra den behandlingsfilosofi og forskning som er gjeldende. Dette kan være uheldig for mennesker med psykiske lidelser, Det kan bli litt tilfeldig hvem som får et tilbud om å benytte seg av en kriseplan, og er ut ifra den behandlingsfilosofien pasientene møter ved de ulike instanser/institusjoner. Miljøterapeutene i denne studien arbeider med kriseplan ut ifra en felles forståelse av at tiltaket er obligatorisk for alle inneliggende pasienter. Dette kan virke positivt inn på pasientene, pasientene arbeider da med kriseplan som en del av den daglige behandlingen. Ved å bruke kriseplan som et obligatorisk tiltak kan man øke bruken av kriseplan hos pasientene gjennom en bevisst og tilrettelagt behandling når pasientene er innlagt i avdeling. Man favner flere samtidig som det er et viktig forebyggende arbeid for pasientene når de skal på permisjoner eller skrives ut av avdelingen. I følge Henderson et al., (2004) er frivillighet et viktig prinsipp i arbeidet med kriseplan. Henderson et al., (2004) sier at kriseplan bare kan brukes når pasienten og personale ønsker å formulere og bruke den. Kriseplan blir derfor noe annet enn en selv-utfylt-pålagt plan- den bygger i stedet på en enighet mellom partene der motivasjon nettopp er frivillighet. Det er ingen grunn til å tro at pasientene ved den aktuelle avdelingen blir pålagt å skrive en kriseplan, samtidig kan man stille seg et spørsmålstegn ved motivasjonen når planen så tydelig er et obligatorisk tiltak. Et annet forhold som kan påvirke motivasjonen hos pasientene er samhandlingen internt i avdelingen mellom behandlere og miljøterapeuter. Informantene forteller at de som har behandlingsansvar (leger psykologer og psykiatere) prioriterer tidsbruk på kriseplanen svært ulikt. De erfarer at noen behandlere aktivt bruker planen ved permisjoner eller utskrivelser, mens andre i større grad betrakter planarbeidet som miljøterapeutenes domene. Miljøterapeutene oppfatter at arbeidet med kriseplan hovedsakelig er deres ansvar. Behandlerne er opptatt av at pasienten skal ha en slik plan, men ifølge informantene synes de ikke å være direkte involvert i arbeidet, eller etterspør kriseplan i særlig grad. Spørsmålet her er, - hadde det bedret motivasjonen til pasientene å arbeide med kriseplanen om planen hadde vært i fokus og sees på som viktig hos samtlige som er involvert i behandlingen? Henderson et al., (2015) påpeker at manglende engasjement blant klinikere kan undergrave potensialet som ligger i planarbeidet. Henderson et al.,(2015) sier at lav tilstedeværelse, lite engasjement i planleggingsmøter, eller lite oppmerksomhet på kriseplan generelt blant psykiatere kan føre til at arbeidet med kriseplan ikke blir utnyttet fullt ut. Hvorvidt dette kan være avhengig av enkelt personers holdninger eller om det er selve organiseringen på den aktuelle avdelingen som legger slike føringer kommer ikke fram i intervjuene. Bukve og Kvåle (2014) sier at det

forventes i dagens samfunn at helsetilbudet er av god kvalitet. Videre sier Bukve og Kvåle (2014) at samspillet mellom de aktører som deltar i behandlingen og hvordan helsetilbudet er organisert, er med på å påvirke kvaliteten på tilbudet. Informantene beskriver en manglende samhandling angående arbeidet med kriseplan, informantene oppfatter at det kan virke litt tilfeldig hvem som gjør hva og dette kan gi uklårheter angående ansvarsområde ovenfor pasientene som igjen kan føre til et dårligere tilbud. Bukve og Kvåle (2014) sier at i enkelte tilfeller kan et behandlingssystem eller en organisasjon ha ulike syn på hva som er organisasjonens overordnede oppgaver og misjon. I følge Bukve og Kvåle (2014) kan slike ulikheter i normer og verdier føre til en manglende helhetsorientering og samhandling i organisasjonens arbeid. Videre oppgir Informantene at pedagogiske utfordringer og variasjoner i tidsbruk er direkte relatert til pasientenes ulike tilstander og problemer. Informantene beskriver at det er satt av god tid til planarbeidet – og de opplever at de bruker mye tid på dette. Allikevel er det store variasjoner i tidsbruk som sees i sammenheng med hvilken pasientgruppe som er i avdelingen til enhver tid. Alle pasienter er ulike, de har ulike diagnoser, ulik motivasjon og er på forskjellig nivå mentalt sett. I tillegg til sykdomsfase eller tilstand ser personalet at pasientens forståelse og vilje også har stor betydning for hvor mye tid som faktisk brukes på planene. En manglende interesse for kriseplan hos pasientene kan handle om pasientenes motstand/ eller mangel på vilje/evne til å ta ansvar for sitt eget liv. Tveiten, Onstad og Haukland (2015) sier at empowerment innebærer blant annet medvirkning, anerkjennelse og en maktomfordeling av pasientens kompetanse om seg selv, hvor medvirkning forutsetter maktomfordeling. Medvirkning og omfordeling kan innebære at pasientens kompetanse om seg selv anerkjennes. Askheim og Starrin (2007) sier at empowerment handler om å overføre makt. I denne sammenhengen kan dette handle om å overføre makt fra fagfolk over til pasientene- gjennom dialog og en anerkjennelse av pasienten. Vatne (2012) beskriver myndiggjøring eller empowerment som en oppdagelse, stimulering og bedring av menneskers evne til å kunne ivareta egne behov, mobilisere egne ressurser, løse egne problemer og få en opplevelse av å ha kontroll over egne liv. Vatne (2012) sier at personale må være kyndige i å samhandle med pasientene, dette innebærer en kunnskap som gir forståelse av hva den enkelte pasient sliter med på en anerkjennende måte. En annen viktig egenskap er at hjelperen har en profesjonell myndighet til å handle. Dette handler om å ha tillit til seg selv som hjelper og makt til å handle ut ifra en kyndighet som er profesjonell. Vatne (2012) sier at dersom en profesjonell hjelper skal samhandle med pasientene slik at det virker myndig gjørende på pasientene, må hjelperen selv være kyndig og myndig. Lay et al., (2015) referer til Strack & Schulenberg (2009) som sier at et høyt nivå av

psykiatriske symptomer hos pasienter er en kjent barriere mot empowerment. Disse symptomene må trolig adresseres før man kan forvente et godt samarbeid med pasienten om kriseplan. Et høyt nivå av psykiatriske symptomer kan innebære at man må jobbe ulikt med planen ovenfor pasientene, i forhold til når og hvor mye- og ikke bare ut ifra faste tidspunkt i en timeplan. En god presentasjon av planen oppgis av informantene som en nødvendighet for at pasientene skal få en forståelse av at dette er et viktig redskap og bruke det videre. Informantene forteller at det kan være en pedagogisk utfordring å få pasienten til å se på kriseplanen som viktig, og utfordringene varierer med ulike pasienter. Når man skal presentere kriseplanen for pasienter er det avgjørende at man treffer pasientene med budskapet sitt. I vårt daglige møte med pasienter er det viktig at pasientene føler at de blir sett og hørt, og møtet mellom pasient og pleier blir viktig. Eide og Eide (2007) skriver om Martin Bubers- møte med den andre. I følge Eide og Eide (2007) sier Buber at et møte med den andre kan være et vågestykke, fordi man investerer i seg selv i møtet. Man kan oppleve og ikke ha kontroll og kan miste styringen av det som skjer, fordi dette skjer mellom et jeg – du og er basert på gjensidighet. Her deltar pleier og pasient sammen, og begge parter må være deltagende. I følge Dalland (2010) er det i møtet mellom de som deltar at grunnlaget legges for en pedagogisk handling. Dalland (2010) sier hvis det ikke oppnås kontakt mellom hjelpesøkende og hjelper er det vanskelig å oppnå ønsket endring, dette gjelder både for hjelperen og den som søker hjelp. I følge Dalland (2010) er det viktig å forstå hverandres bakgrunn og forutsetninger. I følge Dalland (2010) er dette avgjørende i enhver hjelperelasjon, og må være utgangspunktet for en prosess som er pedagogisk, hvor hjelperen og den som ønsker hjelp arbeider sammen om de utfordringene man møter. Dalland (2010) sier dette er en krevende prosess og krever mye av hjelperen. Dalland (2010) sier videre at det viktigste hjelperen kan gjøre er å tenke igjennom hvordan møtet med den hjelpesøkende skal være, og hva vi selv har som mål om å være i det samarbeidet en pedagogisk prosess innebærer. Dalland (2010) sier at hvis de som deltar ikke har en vilje eller mangler den mentale evnen, er det vanskelig å få til et mellommenneskelig møte, og dermed ikke et pedagogisk møte, dette gjelder alle deltakerne, både hjelperen og den som søker hjelp.

5.1.2 Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi

I følge Olkowska og Landmark (2016) er det særegne med miljøterapi at det gir uttrykk for et fag ideologisk tekning, mer enn en konkret metode, og at dette er nært knyttet opp mot institusjonens valg av behandlingsfilosofi og de miljøfaktorene man har til rådighet. Videre sier Olkowska og Landmark (2016) at miljøterapi åpner for muligheten til å la seg inspirere av flere terapeutiske retninger, og man trenger kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt og nyansert metodisk og teoretisk spekter. Kriseplan kan være et eksempel på dette, i følge informantene er kriseplan et verktøy som man kan bruke i miljøterapien for å bli bedre kjent med pasienten, gjennom samtalen om kriseplan kan man ha som mål og etablerer en relasjon til pasienten som man kan bygge videre på i behandlingen. Planarbeidet blir slik sett en konkret handling og en grunn for å innlede en relasjon. Williams, Smith og Lumbus (2014) sier at kriseplan styrker den terapeutiske relasjonen mellom bruker og pleier. I denne studien følte brukerne seg mer forstått av pleierne, og pleierne følte at de hadde en bedre forståelse for synspunktene til brukerne. Undersøkelsen viser også at den styrker autonomien hos de som bruker kriseplan. Lay et al., (2015) viser også til at kriseplanen bidrar til en bedre forståelse av samspillet mellom pasient og hjelpere og at dette styrker pasientene når det gjelder medbestemmelse, mestringsstrategier og autonomi hos pasientene. Her opplevde brukerne at de var en del av behandlingen og at de hadde en følelse av å bli hjulpet. Farelly et al., (2015) beskriver i sin undersøkelse angående innføring av kriseplan, viktigheten av at pleier og pasient, aksepterer hverandre som individer, viser respekt og legger vekt på samspillet mellom pasient og pleier for å øke den terapeutiske relasjonen. Ifølge Thornicroft et al., (2013) kan bruk av kriseplan øke den terapeutiske relasjonen mellom pleier og pasient. Henderson et al., (2015) sier at flere undersøkelser viser at bruk av kriseplan er blitt godt mottatt som et hjelpemiddel av de som mottar hjelp, samt at den øker den terapeutiske relasjonen. Borschmann et al., (2013) sier i deres undersøkelse at halvparten av de som deltok rapporterte hadde en større følelse av kontroll over egne problemer og bruk av kriseplan hadde styrket relasjonen til hjelpeapparatet. Gjennom samhandlingen med pasienter kan man imidlertid også oppleve at det finnes hindre for å kunne etablere en god relasjon til pasienten. Farrelly et al., (2015) beskriver i sin undersøkelse at håndtering av risiko i forbindelse med utarbeidingen av kriseplan kan være et hinder. De som skulle hjelpe syntes det var vanskelig å etablere en relasjon som innbar at man stolte på pasienten hvis dette innebar en viss risiko hos pasienten, som for eksempel suicidalitet. En sykepleier i denne undersøkelsen beskriver at hans bekymring hindret ham i å være produktiv og positiv i arbeidet med brukeren. En av

årsakene til dette var at sykepleieren ønsket også å beskytte seg selv. Flere helsearbeidere beskriver at de kommer i en konflikt hvor man setter egne og sykehusets behov foran brukerne. Psykiaterne i denne undersøkelsen fortalte at deres behov når det var risiko involvert angående pasienten var å ha et klinisk møte, som inneholdt for eksempel viktigheten av å ta medisin. Dette resulterte i at fokuset på brukerens erfaringer ble hemmet. Dette resulterte i at samhandlingen med brukerne ble som en repetisjon eller et ritual og dermed ikke en terapeutisk relasjon. I følge Vatne (2012) er den relasjonelle behandlingsmodellen en fellesbetegnelse på forskjellige behandlingsmodeller som har det til felles at de ser på relasjonen som det viktigste punktet både i utvikling og en bedring av psykiske lidelser. Disse modellene bygger på en forståelse av subjekt-subjekt-relasjon. Dette innebærer at de relasjonelle modellene fordrer en gjensidighet mellom hjelper og pasient, og at denne gjensidigheten/interaksjonen først kan oppstå når hjelperen og pasienten har en relasjon der begge anerkjenner hverandre som subjekter. Subjekt- subjekt-relasjonen er motpolen til subjekt-objekt-relasjonen, som preger den delen av psykisk helsearbeid som har sitt fokus på diagnose og medisinsk tenkning. Det sentrale i det å bygge en relasjon er hjelperens evne til å etablere trygghet, være aktivt lyttende til pasienten, anerkjennende og opptre på en empatisk måte. I følge informantene kan kriseplan også være et hjelpemiddel for pasientene til å få innsikt i sitt eget liv, og dermed bli mer bevisst om sine problemer. Ved å bruke kriseplanen som et verktøy i den daglige miljøterapien har pasientene en bedre mulighet til å bli kjent med seg selv gjennom arbeidet som gjøres med kriseplan mens pasienten er innlagt i avdelingen. Å arbeide med kriseplanen når pasienten er innlagt i avdeling støttes av Khazaal et al., (2014) som sier at problemene er mest akutte eller vanskeligst ved et sykehusopphold. Khazaal et al., (2014) referer til Khazaal et al., (2008) som sier at slutten av behandlingsoppholdet er den mest gunstige perioden hvor den akutte krisen er over, men fortsatt er friskt i minne hos den enkelte pasient. Khazaal et al., (2014) sier videre at hvis arbeidet med kriseplan gjøres mens vedkommende er innlagt ved et sykehus har pasientene en mulighet til å få hjelp av personalet. Khazaal et al., (2014) hevder videre at dette kan være med på å forhindre at pasientene skriver seg ut før behandlingen er avsluttet. Når pasienten er innlagt er personalet sammen med pasienten, hjelper dem med å fylle ut kriseplanen og reflekterer over tema/problemstillinger som oppleves som vanskelige av pasientene. Flere informanter sier at arbeidet med planen innebærer bruk av en metode som utgjør en verdi i seg selv, det er også et verktøy for å etablere en tilrettelagt miljøterapi i avdelingen. Informantene sier at kriseplan kan i tillegg sette i gang en handlingsberedskap hos pasientene som innebærer en vekst og utvikling og kan dermed være myndiggjørende i forhold til pasientene. Myndiggjøring eller

empowerment, handler om mobilisering og styrking av egne krefter. Askheim og Starinn (2007) sier empowerment inneholder fenomener og egenskaper som sosial støtte, selvtillit, delaktighet, stolthet, kompetanse, egenkontroll, borgerrettigheter, samarbeid, selvstyre og deltakelse. Det blir sagt i intervjuene at kriseplan er et viktig miljøterapeutisk tiltak for å få kjennskap til mestringsstrategiene til pasientene. Kriseplan ble også fremhevet som et viktig tiltak for å sette i gang behandlingstiltak som er tilpasset pasientens behov. Farrelly et al., (2014) sier at planer gjort gjennom kriseplan har resultert i at brukere gjorde valg som var bra for dem selv og som var rett i forhold til klinisk behandling. Dette ga også brukerne en mulighet til medbestemmelse gjennom en produktiv dialog med deres behandlere. I følge Tveiten, Onstad og Haukland (2015) er medvirkning også sentralt i empowerment. Empowerment kan forstås som en prosess der individets kapasitet til å ta valg og omforme valgene til handlinger og mål som er ønsket. Den enkeltes bedringsprosess kan styrkes og dermed oppnår man en terapeutisk effekt gjennom medvirkning. I motsatt retning, hvor mindre medvirkning er gjeldene kan hjelpeløshet forsterkes. Khazaal et al., (2014) viser at en bruk av kriseplan kan øke den potensielle prosessen hos pasienter når det gjelder å ta ansvar og kontroll over sitt eget liv, redusere bruken av tvang og øke mestringsstrategiene hos den enkelte. Dette støttes av Germans et al., (2013) som sier at prosessen med å utarbeide kriseplanen er i langt større grad viktigere enn de punktene som står på papiret. Jørstad (2015) gjorde en studie på innlagte pasienter hvor to av tre pasienter hadde brukt kriseplan. Pasientene formidlet at en utarbeidelse av kriseplan ga de større innsikt i egen problematikk. De fleste av de som hadde svart på undersøkelsen uttrykte at de hadde et klart utbytte av å utarbeide en kriseplan, dette ga pasientene en større egenkontroll. Å jobbe med mennesker som har psykiske lidelser kan være å etablere en miljøterapi som er planlagt, etablere et terapeutisk miljø for pasienten der personalet bruker seg selv og sine kunnskaper om kriseplan for å etablere en bedring i den psykiske tilstanden hos pasienten. Vatne (2012) sier at generelt sett defineres miljøterapi som en form for behandling der man legger vekt på terapeutiske prosesser som kan mobilisere og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i. I følge Vatne (2012) er miljøterapi en reflektert, aktivitet, kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en situasjon som er gitt. Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, modning og vekst. Gi gode overførbare relasjonserfaringer, fremme å tydeliggjøre hensiktsmessige samhandlingsmønstre. Videre sier Vatne (2012) at miljøterapi er ressursfokusert. Dette innebærer at man anerkjenner pasienters ressurser og muligheter for videre utvikling, det man ønsker å oppnå er utvikling, vekst og modning hos pasientene. Vatne (2012) sier dette skjer gjennom relasjonserfaringer, miljøterapi er definert som en

systematisk bruk av interaksjoner mellom pleier og pasienter, samhandlingsmønstre som fremmer vekst er et av målene. I følge Vatne (2012) hevder noen at en behandlingstjeneste må betraktes som en plass for læring for å fremme en hensiktsmessig adferd, og at tanken bak miljøterapi er å fremme pasientenes muligheter for læring, og ta ansvar og føle mestring. Videre sier hun at å ha et fokus på læring, innebærer at noe ikke er lært fra før, eller at det må læres på nytt. Vatne (2012) hevder at miljøterapi foregår i en atmosfære som gir trygghet og omsorg nok til at pasientene har en mulighet til å prøve seg, gjøre feil og føle at de har utfordringer eller motstand nok til å vokse på sine egne erfaringer.

5.1.3 Kriseplanens suksessfaktorer

Når man skal jobbe med kriseplan er det nødvendig å tenke på at alle mennesker er forskjellige og har forskjellige behov. Informantene beskriver viktigheten av å individualisere arbeidet med kriseplanen, de sier lite om hva dette innebærer. Informantene poengterer at det kan det være nødvendig med ekstra engasjement, vise interesse og tilby hjelp til pasientene hvis de har problemer i forhold til kriseplan. Motivasjonen for å gjøre dette arbeidet med kriseplanen er også varierende hos pasientene, en informant trekker frem at et samarbeid og at man fyller ut dette i fellesskap kan være avgjørende for at pasientene gjennomfører arbeidet med kriseplan. Ifølge Henderson et al., (2015) er forskjellen mellom en kriseplan og vanlig rutinemessig praksis i kommuner i England at kriseplaner gir de som bruker dette et valg om hvordan behandlingen skal være under en krise og gir brukerne en medbestemmelse. De vanlige rutinemessige planene er utarbeidet på en slik måte at alle får den samme hjelpen og er ikke individuelt utformet, eller utformet i samarbeid med brukerne. Alle pasienter er på ulike nivåer mentalt sett og det avgjørende blir å klare å individualisere arbeidet med kriseplan på en best mulig måte for å kunne for å treffe dem det gjelder. I følge Skårderud og Sommerfeldt (2013) skal man konkretisere arbeidet med kriseplanen i takt med den psykiske funksjonen hos pasienten. For mennesker med dårlig mentaliseringssevne/ lavt funksjonsnivå bør innholdet i kriseplanen være kort, til tider meget kort og konkret. Det ble beskrevet av informantene at alle typer pasienter har en nytte av å skrive en kriseplan, dette er uavhengig av type krise/problem En av informantene beskrev at en god kriseplan må «treffe alle» punkter, slik som kognitive evner og innsikt i egen situasjon. En av informantene trekker fram kriseplan som et nyttig hjelpemiddel. Dette støttes også av Germans et al., (2013) som sier at kriseplan har vist seg å være nyttig ved en akutt krise, gjennom å avbryte en negativ tankespiral tidligst mulig. En av informantene fortalte at det nyttig for pasienten å se utfordringene på et papir, man oppnår en struktur og jobber mer systematisk. En av de spurte

fortalte at arbeidet med kriseplan krever en motivasjon i forkant- pasienten må oppleve nytten ellers blir arbeidet meningsløst. I følge Williams, Smith & Lumbus (2014) er det en suksess faktor i implementeringen av kriseplan at personalet er engasjert, har faste møter ansikt til ansikt med pasienten, kontakt mellom hjelper og bruker, hvor hjelper tilbyr veiledning underveis og opplæring av de ansatte. Kriseplanen er et resultat av samarbeidet mellom pleier og pasient, det er en ambisjon om å fremme pasientens ansvar for egen behandling. Her vil det være lite hensiktsmessig å gi pasienten en ferdig utfylt plan, eller overlate det til pasienten å gjøre arbeidet alene. Ifølge Williams, Lumbus & Smith (2014) er mangel på personal, mange andre viktige arbeidsoppgaver og bruk av liten tid på arbeidet med kriseplan faktorer som ikke bidrar til en suksess i implementeringen. Det sentrale er at pleier og pasient bruker tid og finner løsninger sammen for å bygge opp under pasientens selvbestemmelse, motivasjon og dermed bli en aktiv deltaker i beslutninger som angår deres behandling. Henriksen et al.,(2007) sier at miljøet etableres av personalets holdninger, ytringer, handlinger, tanker og følelser, og hvordan dette viser seg i samspill med pasientene og opplevelsene av disse. I følge Henriksen et al.,(2007) blir det viktig å opprettholde en holdning i miljøet som uttrykker en respekt og anerkjennelse av den andre ut ifra den andres situasjon, hvert menneske skal ses på som unikt og ukrenkelig. Videre sier Henriksen et al., (2007) at man skal legge vekt på å vise en empatisk holdning i alle møter med pasienten. Denne holdningen utvikles ved å være lydhør og åpen i møtet med andre mennesker, og videre å tilstrebe en dialog som er anerkjennende. Å vise pasientene at man er engasjert i deres bedringsprosess og veilede dem i en utfylling av kriseplan er viktig for at pasientene skal nå målet om en ferdig utfylt kriseplan. Gunderson (1978) beskriver engasjement som de prosesser som får pasientene til å være aktiv og deltagende i sine sosiale omgivelser, målet er å styrke pasientenes autonomi, redusere negative mønstre som hindrer pasienten i god samhandling med andre og utvikle følelse av mestring. Intervjuobjektene opplever en varierende tilhørighet til kriseplan hos pasientene, noen glemmer å bruke den, mens andre pasienter har benyttet seg av den. Flere av informantene beskriver at pasientene trenger å føle et eierskap til kriseplanen- for å få den til å fungere. For at pasientene skal føle et eierskap til kriseplan er det viktig for pasientene å delta aktivt angående kriseplan og medvirke i innholdet i kriseplan, slik at de skjønner at den handler om deres liv. Dette støttes av Germans et al., (2013) som sier at det er viktig å understreke at dette er pasientens egen plan, og at pasientene må selv ha troen på at det som er skrevet i kriseplan stemmer for dem selv og at pasienten har tro på at tiltakene vil fungere. Aamodt (2014) beskriver at brukermedvirkning er en viktig egenverdi, særlig gjelder dette mennesker som søker hjelp. Retten til å kunne styre

over sitt eget liv, kunne motta hjelp på egne premisser, bli sett og respektert vil påvirke selvbildet og selvaktelsen på en måte som er positivt hos den det gjelder. I følge Aamodt (2014) vil brukermedvirkning bidra positivt til brukerens endrings eller bedringsprosesser, og dermed ha en terapeutisk effekt. Helsedirektoratet (2014) sier at pasienter eller brukere har rett til å medvirke og at tjenestene har plikt til å involvere pasienter og brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. En reell brukermedvirkning innebærer at personen som berøres av en beslutning, eller er bruker av ulike tjenester har en mulighet til å delta i beslutningsprosessene på like vilkår. Dermed blir brukerens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov lagt til grunn for beslutningene og utformingen av kriseplan. Farelly et al., (2014) hevdet at arbeidet med kriseplan styrket (empower) brukerne gjennom å involvere brukerne i en produktiv dialog med sine hjelpere. Thesen og Malterud (2001) sier at Empowerment handler om å mobilisere og styrke folks krefter, samt å nøytralisere avmakt. pasientens egne krefter og opplevelser er viktig i alle helbredelsesprosesser (Thesen og Malterud, 2001).

5.2 Metode diskusjon

Jeg har valgt å bruke validitet og reliabilitet når jeg diskuterer kvaliteten av arbeidet i denne studien. Jeg vet at dette er omdiskutert tema i den vitenskapelige verden, hvor noen vil hevde at reliabilitet og validitet tilhører den kvantitative forskningen som er preget av tall og store målbare enheter, og ikke den kvalitative forskningen som ofte inneholder ulike tekstmaterialer som skal analyseres (Lincoln og Guba, 1985). Morse et al., (2002) referer til Lincoln og Guba (1985) som erstattet validitet og reliabilitet med andre begreper som de mente passet bedre for kvalitativ forskning. Disse begrepene var: troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet. Morse et al., (2002) mener imidlertid at begrepene reliabilitet og gyldighet bør kunne brukes, og er relevante også i kvalitativ forskning. Videre sier Morse et al., (2002) at de er bekymret for når man introduserer terminologi og kriterier som er parallelle, marginaliserer man kvalitativ undersøkelser til «ikke» vitenskapelig forskning. Morse et al., (2002) hevder flere begreper ikke gjør forskningen mer klargjørende, men heller kan undergrave viktigheten av «strenghet». Morse et al., (2002) sier at kvalitative forskere bør gjenvinne ansvar for reliabilitet og gyldighet, ved å gjennomføre verifikasjons strategier slik at de blir integrert og selvkorrigerende under gjennomføringen av hele forskningsprosessen. Dette sikrer oppnåelse av «strenghet, (rigor)» som er gjeldende for enhver kvalitativt forskning. Morse et al., (2012) sier videre at da flyttes ansvaret for å innlemme og opprettholde pålitelighet og gyldighet fra

eksterne anmeldere over til forskeren, man unngår da at kvalitetsbedømmingen bare blir en sluttevaluering.

5.2.1 Validitet

Ifølge Malterud (2013) handler validitet om å stille spørsmål om kunnskapen er gyldig. Maltrerud mener vi bør spørre oss selv om den metoden som er brukt i oppgaven, representerer en relevant måte å framskaffe kunnskap på som kan belyse problemstillingen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) viser validitet noe om i hvilken grad en metode kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke. Malterud (2013) beskriver at intern validitet kan knyttes til relevans og ekstern validitet vil handle om overførbarhet.

I denne studien kan intern validitet handle om i hvilken grad intervjuet som er semi-strukturert intervju og intervjuguiden, har vært relevante for at mine informanter kan si noe om sin opplevelse og erfaringer i sitt arbeide med kriseplan i avdelingen. Dette kan handle om ord og spørsmål i intervjuguiden, har de forstått spørsmålene, og har de forstått dem likedan alle sammen. Intern validitet handler også om jeg har benyttet meg av riktige personer til intervjuene, og om disse personene har rett kunnskap til å besvare mine spørsmål. Som beskrevet tidligere fikk de utdelt spørsmålene på forhånd og fikk dermed tid på seg til å lese gjennom de før selve intervjuet. Jeg klargjorde eventuelle misforståelser på forhånd og passet på å spørre dem underveis med de samme kontrollspørsmålene for å sikre meg at de forsto spørsmålene likt. De personene som ble spurt om deltakelse har alle jobbet som miljøterapeuter og jobbet aktivt med kriseplan over flere år. Jeg mener at mitt valg som er kvalitativ metode og semi- strukturert intervju har vært hensiktsmessige for å svare på mitt forskningsspørsmål. Jeg mener funnene er relevante med tanke på dagens praksis av kriseplan. Jeg har erfart at det finnes ulike erfaringer angående arbeidet med kriseplan noe som er avgjørende for valg av tema i denne oppgaven. Gjennom denne undersøkelsen har jeg tilegnet meg ny kunnskap om arbeidet med kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling.

Ifølge Malterud (2013) handler ekstern validitet om overførbarhet. Det er ikke uten videre slik at mine funn er overførbare til andre intervjuobjekter eller andre avdelinger. I følge Malterud (2013) spiller konteksten en rolle her. Er det andre sammenhenger mine funn kan gjøres gjeldene utover den konteksten der jeg har gjort mine funn. Mine tanker rundt dette er at det kan være gjenkjennbart i andre sammenhenger og dermed kan en ha en overførbarhet om ulike forutsetninger er til stede. Dette kan være hvis det finnes en avdeling med lik struktur, som jobber på samme måte, likheter i miljøpersonale som har samme kompetanse. Da kan

man tenke at det er logisk med en overførbarhet når premissene/forutsetningene for undersøkelsen er like. Jeg har brukt fire informanter i denne studien, og spørsmålet man kan stille seg er om funnene hadde vært annerledes hvis jeg hadde brukt flere informanter. Malterud (2013) sier at vurderingen av overførbarheten bygger på andre prinsipper enn omfanget av utvalget. Videre at overførbarheten øker ikke proporsjonalt med antall enheter i materialet. Malterud (2013) beskriver at i kvalitative studier kan effekten være det motsatte, med et stort antall informanter gjør analysen overflatisk og materialet kan bli uoversiktlig.

5.2.2 Reliabilitet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) handler reliabilitet om oppgavens konsistens og pålitelighet, og blant annet i hvilken grad en annen person ville ha kommet frem til de samme svarene ut i fra de samme spørsmålene. Jeg har gjennom hele oppgaven gjort rede for mine funn i min forskningsprosess, samt at jeg har fulgt de retningslinjene som er for en kvalitativ analyse for å sikre en kvalitet i studien. Jeg har nøye beskrevet mine valg og fremgangsmåter slik at dette kan vurderes trinn for trinn. Forskningsprosessen blir da transparent, og avgjørelser som er gjort underveis blir synlig for andre. Jeg har valgt semi-strukturert intervju, og det innebærer at spørsmålene var gitt på forhånd. Kvale og Brinkmann (2009) sier at et intervju er en utveksling av meninger mellom to individer i en samtale om et tema som opptar dem begge og dermed påvirker hverandre gjensidig. Det er intervjuer og informant som skaper noe sammen og dermed er kunnskapen betinget i møtet mellom informant og intervjuer. Slik jeg ser det vil det ikke være sannsynlig at resultatet hadde blitt helt identisk om en annen person hadde foretatt intervjuene, og kan dermed ikke imøtekomme kravet om replikerbarhet. Kvale og Brinkmann (2009) sier at kunnskapen oppstår i en samtalerelasjon, den produseres sammen, tekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk. Jeg har videre valgt å bruke en lydopptaker under intervjuene og ikke egne notater. Dette gjør at mine analyser ble gjort på det materialet som informantene faktisk sier, de transkriberte dataene, slik kan en leser skille mellom primærdata og mine vurderinger. Jeg har vært klar over at min rolle som intervjuer, min førforståelse, mine verdier, mine kunnskaper og mitt kroppsspråk kan ha innvirkning på informantenes svar.

Selve intervjuet var en uvant situasjon både for meg som intervjuer og de som skulle bli intervjuet, men informantene virket ikke nervøse eller utilpass i denne situasjonen, svarene som de ga meg sier noe om at de har mye kunnskap og reflekterte bra om sine erfaringer i arbeidet med kriseplan. Dette er med på å styrke studiets pålitelighet i forhold til at

informantene fikk sagt det de ville. Jeg jobber selv ved denne avdelingen og har en nærhet til feltet som gjør at jeg har en del kunnskap fra før som er felles med informantene. Tjora (2011) sier at mye kunnskap på området er en fordel for å stille presise spørsmål, men kan også være en ulempe hvis man preges av en forutinntatthet, det vil si hvis intervjuet bærer preg av felles meninger som ikke blir sagt i intervjuet, men som ligger i luften som en felles mening. Resultatet da kan være at dette har påvirket datamengden og detaljrikdommen i det som blir sagt. Spørsmålet er da om jeg hadde fått mer utfyllende svar hvis jeg hadde intervjuet ukjente mennesker eller om konteksten var helt ukjent for meg.

Jeg vet at dette kan være vanskelig, men målet mitt har hele veien vært at jeg skal ha et reflektert forhold til min egen innflytelse på materialet. Jeg har fortalt intervjuobjektens erfaringer og meningsinnhold og holdt fokus på det manifeste innholdet, uten å legge mine egne meninger til som en fasit.

5.3 Studiens begrensninger

I denne studien var det fire informanter noe som kan betegnes som få informanter. Thomassen (2006) referer til Kvale (1996) og sier at i eksplorative studier er det ikke slik at mange intervjuer stadig generer ny innsikt i det uendelige. Man oppnår et slags metningspunkt der nye intervjuer bidrar med lite nytt. Poenget er at når man på et eller annet tidspunkt opplever at nye deltakere ikke bidrar med noe nytt, har man oppnådd et tilfredsstillende antall. Ved den avdelingen jeg gjorde intervjuene er det få ansatte, hvor alle har tilnærmet lik erfaring med kriseplan siden de har jobbet på den aktuelle avdelingen over flere år. Informantene var ofte samstemte i sine svar og de beskrev mye av de samme erfaringene. Min oppfatning er at jeg hadde oppnådd et slags metningspunkt på fire informanter og mener at flere intervjuer ikke nødvendigvis hadde gitt meg noen ny informasjon som er relevant for denne studien.

Malterud, Siersma og Guassora (2016) snakker om informasjonsstyrke, det sentrale her er at informasjonsstyrken i en studie kan være høy selv om antall informanter er lavt.

Informasjonsstyrke vurderes ut i fra 1: målet med studien, 2: favner hensikten smalt eller bredt, 3: Utvalgets spesifisitet, om utvalget har en god erfaring om temaet eller ikke, 4: Bruk av etablert teori, 5: Kvaliteten på dialogen mellom informant og forsker, og 6:

Analysestrategi, søkte man individuelle erfaringer, eller sammenligninger. Hensikten i denne studien var rettet mot en avdeling og handlet om erfaringer om kriseplan for de som jobbet der, dette tyder på at studien favner smalt. Informantene som ble intervjuet har jobbet med kriseplan side 2012 og synliggjorde god kompetanse på temaet. Dette var noe de også

understrekte selv under intervjuet. Videre finnes det etablerte teorier om temaet i denne studien og den har blitt brukt. Når det gjelder kvaliteten på dialogen mellom informant og forsker, ble den vurdert som bra. Informantene ga villig av sine erfaringer om temaene og opplevdes engasjerte av intervjuer. Denne studien søkte erfaringer fra hver enkelt informant og hadde ikke som mål om å gjøre noen sammenligninger av noen slag. Ut i fra denne analysen ble datamaterialet vurdert til å ha en høy informasjonsstyrke. Jeg jobber selv ved den aktuelle avdelingen og har en nærhet til feltet som gjør at jeg har en del kunnskap fra før som er felles med informantene. Jeg har etter beste evne lagt min kunnskap og erfaringer til side ved behandlingen av datamaterialet, dette har bydd på noen utfordringer underveis hvor min kunnskap har kommet i konflikt med informantenes kunnskap. Dette har ført til at jeg har gått igjennom datamaterialet mange ganger for å forsikre meg om at det jeg skriver faktisk er informantenes meninger. Dette har vært en utfordrende prosess, men jeg har etter beste evne hatt et reflektert forhold til min egen innflytelse på datamaterialet og gått aktivt inn for å fortelle intervjuobjektene erfaringer og meningsinnhold uten å legge til mine erfaringer til som en fasit. Jeg har dessuten holdt meg til det manifeste innholdet, det tektnære, og slik sett forsøkt å unngå tolkning mellom linjene. Det kan sees på som en begrensning at en annen person enn intervjuer transkriberte tekstene i denne studien, dette har det blitt diskutert under kapittel 3.5. Uklarheter eller momenter som har betydning for meningsinnholdet i teksten kan ha blitt borte. Jeg valgte likevel denne løsningen fordi jeg selv har dårlig hørsel og hadde problemer med å høre lydopptakene som var blitt gjort.

Kvalitative studier hevder ikke å finne sannhet- kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som studeres (Malterud, 2013).

6.0 AVSLUTNING

Her har jeg oppsummert mine funn gjennom en konklusjon. Videre blir det presentert implikasjoner for videre praksis, samt implikasjoner for videre forskning.

6.1 Konklusjon

Praktiske erfaringer med bruk av kriseplan

Informantene beskriver at de forholder seg til kriseplan som et rutinemessig tiltak som er ment å igangsettes og brukes av alle pasienter som kommer til avdelingen. Informantene forteller at samarbeidet med behandlerne er varierende hvor behandlerne prioriterer tidsbruk på kriseplan svært ulikt. De erfarer at noen behandlere aktivt bruker planen ved permisjoner eller utskrivelse, mens andre i større grad betrakter planarbeidet som miljøterapeutenes domene. Informantene sier det er store variasjoner i tidsbruk i planarbeidet. Informantene opplever at de bruker mye tid på å forklare hensikt og bruk av kriseplan. Likevel er det store variasjoner i bruk av tid noe som henger sammen med hvilke pasienter man har i avdelingen, deres dagsform og motivasjon. I tillegg til sykdomsfase eller tilstand ser personalet at pasientens forståelse og vilje også har stor betydning for hvor mye tid som faktisk brukes på planene. Informantene er samstemte om at en god presentasjon av planen er nødvendig for at pasientene skal få en forståelse av at dette er et viktig redskap å brukes videre. De forteller at det kan være utfordrende å få pasienten til å se på kriseplanen som viktig og at presentasjonen av planen kan være vanskelig. De beskriver også hvordan utfordringene kan variere med ulike pasienter.

Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi

Informantene beskriver at kriseplan er et verktøy som man kan bruke for å bli bedre kjent med pasienten, gjennom samtalen om kriseplan etablerer man også en relasjon til pasienten som man kan bygge videre på i behandlingen. Videre beskrives det at kriseplan kan være et hjelpemiddel for pasientene til å få innsikt og dermed bli mer bevisst om sine problemer. Informantene beskriver videre at pasientene har en bedre mulighet til å bli kjent med seg selv hvis man sitter sammen med pasienten, hjelper dem med å fylle ut kriseplanen og reflekterer over tema/problemstillinger som oppleves som vanskelig av pasienten. Informantene fram snakker kriseplanen også i forhold til mulige reinnleggelser ved sykehus. Man kan da

evaluere innholdet i kriseplan, samt legge opp til samtaler med pasienten som handler om selvrefleksjon- hva var det som fungerte/ikke fungerte. Flere informanter ser at arbeidet med planen innebærer bruk av en metode som har en verdi i seg selv, og ikke bare noe som skal munne ut i et løsningsforslag for håndtering av fremtidige kriser. Informantene fremhevet også kriseplanen som viktig i behandlingen med tanke på selvbestemmelse, ta ansvar og hva pasienten selv ønsker i behandlingen. Det ble også sagt at kriseplan er et viktig miljøterapeutisk tiltak for å få kjennskap til mestringsstrategiene til pasienten. Kriseplanen ble også fremhevet som viktig tiltak for å sette i gang behandlingstiltak som er tilpasset pasientens behov.

Kriseplanens suksessfaktorer

Det ble beskrevet at alle typer pasienter har en nytte av å skrive en kriseplan, dette er uavhengig av type problem/krise. Videre ble det beskrevet at en god kriseplan må "treffe" på alle punkter slik som kognitive evner og innsikt i egen situasjon. Informantene fremhevet nytten av å se utfordringene på et papir, videre at man oppnår en struktur og jobber mer systematisk. Det ble sagt at arbeidet med kriseplan krever en motivasjon i forkant- pasienten må oppleve nytten eller blir det arbeidet meningsløst. Informantene opplever en varierende tilhørighet til kriseplan hos pasientene, noen glemmer å bruke den, mens andre pasienter har benyttet seg av den. Eierskap til planen blir fremhevet av informantene, de trenger å føle et eierskap til planen- for å få den til å fungere. Videre at det er viktig å individualisere arbeidet med kriseplanen siden alle mennesker er forskjellig og har forskjellige behov. Informantene sier det er viktig med litt ekstra engasjement, vise interesse og tilby hjelp til pasientene hvis de har problemer i forhold til kriseplan. Informantene trekker også frem at motivasjonen for å gjøre dette arbeidet er forskjellig, samarbeid og at man fyller ut dette i felleskap kan være avgjørende for at pasientene gjennomfører arbeidet med kriseplan.

6.2 Implikasjoner for videre praksis

Informantene har beskrevet en del utfordringer i forhold til arbeidet med kriseplan. De forteller at samarbeidet med behandlerne varierer, behandlerne prioriterer tidsbruk og engasjement på kriseplan svært ulikt. Informantene opplever at det er store variasjoner i bruk av tid når de skal forklare hensikt og bruk av kriseplan, siden det er det vanskelig å få pasientene til å se på kriseplan som viktig. En av Informantene mener dette kommer av blant

annet hvor gode de er til ”å selge” inn kriseplan hos pasientene. Høyt symptomtrykk kan gjøre pasientene mindre mottakelige er også nevnt som en barriere mot å lære noe nytt. Videre at i dette arbeidet behøves også hjelp og samarbeid med behandlerne.

Informantene har også beskrevet ulike suksessfaktorer i forhold til arbeidet med kriseplan. De er samstemte om at en god presentasjon av planen er nødvendig for at pasientene skal få en forståelse av at dette er et viktig redskap å brukes videre. En god kriseplan må ”treffe” på alle punkter slik som kognitive evner og innsikt i egen situasjon. Det er beskrevet at det er positivt for pasienten å se utfordringene på et papir, videre at man oppnår en struktur og jobber mer systematisk. Pasientens eierskap til planen blir fremhevet av informantene, de trenger å føle et eierskap til planen- for å få den til å fungere. Videre at det er viktig å individualisere arbeidet med kriseplanen siden alle mennesker er forskjellig og har forskjellige behov. Informantene trekker også frem at motivasjonen for å gjøre dette arbeidet er forskjellig, for å bedre motivasjonen er det viktig med samarbeid mellom pasienten og miljøterapeut og at man fyller ut dette i felleskap. Informantene sier samarbeid kan være avgjørende for at pasientene gjennomfører arbeidet med kriseplan.

Kriseplan erfares som et viktig og nyttig verktøy i miljøterapi. Kriseplanen tydeliggjør og tilrettelegger for brukermedvirkning og empowerment. Relasjonen mellom pasient og terapeut kan styrkes i denne typen samhandling og pasienten får mulighet til å utvikle større innsikt i eget liv og i egne utfordringer. Det handler om å mobilisere pasientens ressurser og styrke hans/hennes mestring. Suksessfaktorene oppgis å ligge i oppnåelse av eierskap, nytteverdi og individuell tilrettelegging.

6.3 Implikasjoner for videre forskning:

Erfaringer blant helsepersonell er lite undersøkt noe som gjør at man trenger mer forskning på dette feltet gjerne blant flere yrkesgrupper enn miljøpersonale og med fokus på samhandling. Mer kunnskap om kriseplanens funksjon etter utskrivelse hadde også vært nyttig, for eksempel hvordan jobber helsepersonell i kommunen med kriseplan? Videre forskning på feltet bør også ha et fokus på pasientenes erfaring når det gjelder bruk av kriseplan. Så vidt jeg kjenner til er det ikke gjort utforskende kvalitative studier på pasientnivå i Norge. Dette kan gi en mer helhet i funnene som belyser flere sider når det gjelder bruk av kriseplan.

Litteraturliste

Aamodt, L.A. (2014). *Den gode relasjonen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O., P., Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J.M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D.,...Moran, P (2013). Joint crises plan for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomized control trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364. Doi: [10.1192/bjp.bp.112.117762](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762)

Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, C., Rose, D., Szmukler, G., Moran, P. (2014). Advance statements for borderline personality disorders: a quality study of future crises treatments preferences. *Psychiatric Services*, 65(6), 802-807. Doi: [10.1176/appi.ps.201300303](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300303)

Bremnes, O. (produsent). (2012). Hva gjør jeg når det blir vanskelig? Bruk av selvhjelpsplan. Hentet fra <http://psykiskhelsearbeid.no/content/3528/Hva-gjor-jeg-nar-det-blir-vanskelig-bruk-av-selvhjelpsplan>.

Bukve, O., Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helse-organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Campbell, L.A., Kisley, S.R. (2012). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (1). Doi: [10.1002/14651858.CD005963.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2)

Dalland, O.(2010). *Pedagogiske utfordringer, for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H., Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Farely, S., Szmukler, C., Henderson, M., Birchwood, M., Marshall, M., Whaeed, C.,... Thornicroft, G (2013). Individualization in crises planning for people with psychotic disorders. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23 (4), 353-359.

Doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796013000401>

Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukler, G., Thornicroft, G. (2014). What service users with psychotic disorders want in a mental health crises relapse: thematic analyses of joint crises plans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49 (10), 1609-1617.

Doi: [10.1007/s00127-014-0869-1](https://doi.org/10.1007/s00127-014-0869-1)

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Whaeed, W., Henderson, C., Szmukler, G., Thornicroft, G. (2015). Improving therapeutic relations chips: Joint crises planning for individuals with psychotic disorders. *Qualitative Health Research*, 25 (12), 1637-1647.

Doi: 10.1177/1049732314566320

Folkehelseinstituttet (2016). Livskvalitet og trivsel i Norge.

Hentet fra

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Germans, S., Haug, I., Evensen, E.O.K., Solhaug, H., Ørjaseter, A.F.(2013). Fra krisemaksimering til kriseminimalisering. Modell for håndtering av akutt krise og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. *Suicidologi*, 18 (1), 23-29.

Graneheim, U.H, Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24 (2), 105-112.

Gunderson, J.G. (1978).Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41(4): 327-335

Hansen, E.S., Karlsen, B.(2009). Den forskende terapeut-refleksjoner over forskningsetikk og kvalitativ metode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46 (11), 1044-1048.

Hentet fra

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=95654&a=3

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. IS- 1561.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar*. Oslo: Helsedirektoratet. IS- 1925.

Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1957.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykiske helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-2076.

Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-2182.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP- lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. IS - 1948.

Henderson,C.,Flood,C.,Leese,M.,Thornicroft,G.,Sutherby,K.,Szmukler,D.(2004). Effect of joint crises plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomized controlled trial. *BMJ*, 329 (7458), 136.

Doi: [10.1136/bmj.38155.585046.63](https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63)

Henderson, C.,Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., Crimson.(2015). Joint crises planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and routine care. *World Psychiatry*, 14 (3), 281-283.

Doi: [10.1002/wps.20256](https://doi.org/10.1002/wps.20256)

Henriksen, A.T., Smevig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A.S.,...Stokka, M.(2007). *Miljøterapi- En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Jørstad, L. (2015). *Hvilke erfaringer har psykiatriske pasienter med å utarbeide, bruke og bli fulgt opp med kriseplan etter innleggelse?*(Mastergrad, Nord universitet). Nord universitet, Namsos

Khazaal, Y., Manghi, R., Macado, A., Penzenstadtler, L., Molodynski, A.(2014). Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Frontiers in public health*, 2 (37).

Doi: [10.3389/fpubh.2014.00037](https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00037)

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

Lay, B., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Rössler, W. (2015). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care: perceived coercion empowerment, and self-reported mental health functioning after 12 months of preventive monitoring. *Frontiers in Psychiatry*, 6 (161).

Doi: [10.3389/fpsyt.2015.00161](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00161)

Lincoln, Y., Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage Publications.

Malt, F., U., Retterstøl, N., Dahl, A.(2003). *Lærebok i psykiatri*. (2 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U.(2009). Intermediæravdeling. Store Medisinske leksikon.

Hentet fra

<https://sml.snl.no/intermedi%C3%A6ravdeling>.

Malterud, K.(2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3 utg.ed.) Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K., Siersma, V., D. Guassora, A., D. (2016). Sample size Qualitative interview studies: Guided by information power. *Quality Health Research*, 26 (13), 1753-1760.

Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International journal of qualitative methods*, 1(2), 13-22.

DOI: 10.1177/160940690200100202

Mykletun, A., Knudsen, A., K., Mathiesen, K. S. (2009). Rapport 2009:8. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Rapport nr. 9 -2012.

Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/interventions-for-reducing-seclusion-and-restraint-in-mental-health-for-adults>

Nes RB, Clench. Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hentet fra

<https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>

Nylenna, M., Dahm, KT., Leiknes, KA., Husum, TL., Hofmann, HT., et al., (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Rapport fra Kunnskapssenteret, (9). ISBN 978-82-8121-484-2 ISSN 1890-1298

OECD (2011). *Unplanned Hospital Re-Admissions for Mental Disorders. OECD. Health at a Glance 2011: Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2011.

Hentet fra

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en;jsessionid=9r3roc791foj5.x-oecd-live-02

Olkowska, A. og Landmark, B.(2016). *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Orvik, A.(2015). *Organisatorisk kompetanse- innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen akademisk.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 ed. London, Sage publications.

Radenbach, K., Falkai, P., Weber- Reich, T., Simon, A. (2014) Joint crises plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Med Ethics*. 40, 343-345.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Polen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O Hagan, M., Panther, G.,..., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practice in mental health systems. *World Psychiatry*, 13 (1), 12-20.

Doi: 10.1002/wps.20084.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B.(2013). *Mentaliseringsboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stanley, B., Brown, G. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to Mitigate suicid risk. *Cognitive and Behavioral practice*. 19, 256-264.

Thesen, J., Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking- et undervisningsopplegg. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 13 (121), 1624-1628.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap og kunnskap og praksis, innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Duun, G., Leese, M., Marshall, M. (2013) Clinical outcomes of joint crises plans to reduce compulsory treatment for people with psychoses: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 381 (9878), 1634-1641.

Doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)60105-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1)

Tjora, A. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S., Onstad, R. F., Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment- en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal Nursing Research*, 35(3), 136-143.

Vatne, S.(2012). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*(4 utg.ed.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vigod S., N, Kurdyak, P. A, Dennis, C., L, Leszcz, T., Taylor, V., H, Blumberger, D., M, & Seitz, D. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 202 (3), 187–194.

Williams,T., Smith, G., Lumbus, A. (2014) Evaluating the introduction of joint crises plan into routine care clinical practice in four community mental health services. *Australasian Psychiatry*, 22 (5), 476-480.

Doi: 10.1177/1039856214546172.

Vedlegg nr. 1.

Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt.

Hensikten var å undersøke miljøterapeuters erfaringer med utarbeidelse av kriseplan i en allmennpsykiatrisk avdeling og hva de oppfatter som viktig for at kriseplanen skal bli skrevet og fungere som et nyttig hjelpemiddel for pasientene.

Jeg ønsker å ha med deg i en forskningsstudie.

Denne studien vil ta for seg kriseplan som benyttes som i det psykiske helsearbeidet i Norge. Ved min avdeling som er en allmenn post ved psykiatrisk avdeling skriver alle inneliggende pasienter en slik plan som skal benyttes ved permisjoner og ved utskrivelse fra avdelingen. Vi som jobber innenfor psykisk helsevern anser det som viktig at pasientene skriver en kriseplan og bruker den aktivt for at pasienten skal være forberedt når man trenger hjelp ved en eventuell krise.

Denne studien er et masterstudium i psykisk helsefag som jeg tar ved Nord universitet, avd. Namsos.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Disse vil bli oppbevart innelåst og vil bli slettet med en gang studien avsluttes. Studien avsluttes den 21.04.17. Du vil få skriftlig informasjon om hva intervjuet skal innholdet, hvor du kan se de spørsmålene det blir tatt utgangspunkt i.

Om du takker ja til å delta, gir du et skriftlig samtykke ved å skrive under på samtykkeerklæringen som er vedlagt. Når jeg mottar samtykkeerklæringen fra deg, vil jeg ta kontakt og avtale sted og tidspunkt for intervjuet. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta i studien, du trenger ikke å oppgi noen årsak og er uten konsekvenser for deg. Dette vil ikke være noe personregister og du er garantert at dette skjer konfidensielt.

Har du spørsmål kan du når som helst kontakte meg.

Med vennlig hilsen

Mona grannes

Lyngveien 4

7802 Namsos

mona.grannes@ntebb.no

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN:

Jeg er villig til å delta i studien.

Navn:

dato:

tlf:

.....

underskrift

Vedlegg nr. 2.

INTERVJUGUIDE:

Erfaringer angående kriseplan:

*Hvordan bruker dere kriseplanene?

*Hvordan samarbeider dere med pasientene om kriseplanene?

*Hvordan samarbeider fagpersonale om kriseplanene?

Hva skal til for at kriseplanene skal virke:

*Hva skal til for at kriseplanen skal fungere som et miljøterapeutisk tiltak?

*Hva er virksomt/ikke virksomt med kriseplaner i forhold til miljøterapi?

* Hva er spesielt viktig for at kriseplan skal fungere?

* Hvilke rutiner har dere i forhold til jobbing med kriseplan?

* I hvilken grad føler personale at de har nok kompetanse i arbeidet med kriseplan?

I hvilken grad føler personalet at de har kompetanse i arbeidet med kriseplan?

I hvilken grad føler personalet tilhørighet til kriseplanen?

I hvilken grad føler du at pasientene har tilhørighet til kriseplanen?

I hvilken grad føler personale et eierskap til kriseplanen?

I hvilken grad føler du at pasientene har et eierskap til kriseplanen?

I hvilken grad ser personale nytten av kriseplanen?

I hvilken grad føler du at pasientene ser nytten av kriseplanen?

Vedlegg nr. 3.

Meningsenhet	Kondensert mening	underkategori	Hovedkategori
Det er store forskjeller fra behandler til behandler, hvor mye de går inn i det. Noen av behandlerne ser vi bruker kriseplan som en del i samtaler i forbindelse med permisjon eller utskrivelse, mens andre gjør det ikke, og overlater det til oss miljøterapeuter, så det er stor forskjell.	Store forskjeller mellom behandlere med henhold til bruk av kriseplan.	Variierende samarbeid med behandlere.	Praktiske erfaringer med kriseplan

Meningsenhet	Kondensert mening	underkategori	Hovedkategori
Det er samtalen omkring kriseplan og prosessene jeg brenner for. Det som står på papiret er på en måte resultatet da, men det som er kjernen i det, det viktige som foregår i prosessene til pasienten, det er det som er viktig med kriseplan.	Å skrive kriseplan er en prosess for selvrefleksjon for pasientene og samtalen med miljøterapeutene er et viktig ledd i det å forstå seg selv bedre.	Åpner for selvinnsikt og ansvar.	Kriseplanens potensial som verktøy i miljøterapi.

Meningsenhet	Kondensert mening	underkategori	Hovedkategori
Noen skal kanskje ha en kriseplan som er mer tilpasset dem da, for poenget med den er at de skal kjenne seg igjen i den og at den skal bli nyttig for dem. At de vet hva som ligger i prosessene.	Det er ikke sikkert alle skal ha den samme planen. Den skal være nyttig for alle, og at de vet hva som ligger i prosessene.	Individuell tilrettelegging.	Kriseplanens suksessfaktorer.