

MASTEROPPGAVE

Psykisk helsearbeid

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

MPH470

Helmer Engen

«Hva gjør jeg når det blir vanskelig?» Pasienterfaringer med bruk av kriseplan etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost.

«What do I do when it becomes difficult?» Patients' experiences with the use of a joint crisis plan after being discharged from a psychiatric ward.

Våren 2017

20.04.17

Sidetall: 38

FORORD

Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier ved en akutt psykiatrisk avdeling. Gjennom denne jobben har jeg truffet mennesker med ulike psykiske utfordringer. Noen har lært seg å leve med disse utfordringene, men samtidig har jeg møtt flere som jeg opplever har vansker med å håndtere livet utenfor institusjon. Ved klinikken hvor jeg jobber har flere av avdelingene et fokus på forebyggende arbeid. Blant annet ved at de prøver å hjelpe pasientene med hvordan de skal håndtere sine psykiske utfordringer ved bruk av kriseplan. Jeg har truffet flere pasienter som har en form for kriseplan og ble derfor nysgjerrig på hvordan de bruker denne etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost.

Denne masteroppgaven markerer slutten av mitt studium for psykisk helsearbeid. Det har vært en spennende og utfordrende prosess. Jeg har tilegnet meg verdifull kunnskap om hvordan en gjennomfører en kvalitativ undersøkelse. En erfaring jeg håper jeg kan bruke videre i mitt arbeid innen psykisk helsevern.

Jeg vil takke de ansatte ved Helse Nord-Trøndelag for bistand og hjelp i forbindelse med gjennomføring av dette prosjektet. Tusen takk til min veileder Siv Grav for gode råd og hjelp underveis.

Takk til venner og familie og en stor takk til min samboer, Maiken. Dine positive ord, støtte og tålmodighet har vært avgjørende for at jeg har klart å gjennomføre dette arbeidet.

Innhold

SAMMENDRAG	i
ABSTRACT	ii
1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	4
1.4 Teoretisk referanseramme	5
1.4.1 Kriseplanens innhold og hensikt	5
1.4.2. Kriser og hjelp i krisesituasjoner	6
1.4.3 Recovery-prosess	7
1.4.4 Egenomsorg	9
2.0 METODE	10
2.1 Utvalg	10
2.2 Datainnsamling	11
2.3 Transkripsjon	11
2.4 Analyse av datamateriell	12
2.5 Ethiske betraktninger	14
3.0 RESULTAT	17
3.1 Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv	17
3.2 Erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle	19
3.3 Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle	21
4.0 DISKUSJON	23
4.1 Diskusjon av resultater	23
4.2 Metodediskusjon	33
4.2.1 Troverdighet	33
4.2.2 Gyldighet	34
4.2.3 Overførbarhet	35
5.0 KONKLUSJON	37
REFERANSELISTE	39
Vedlegg 1 Godkjenning fra Regional Etisk Komite	46
Vedlegg 2 Intervjuguide	49
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	50
Vedlegg 4 Samtykkeskjema	51
Vedlegg 5 Analyse av intervju	52

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Kriseplan blir i flere nasjonale retningslinjer trukket frem som et anbefalt tiltak for behandling og oppfølging av voksne mennesker med ulike psykiske lidelser. Kriseplaner blir brukt til å øke mestringsstrategier og innsikten omkring en persons psykiske lidelse, redusere forverring av symptomer og forebygge re-innleggelser.

Hensikten med denne studien var å innhente utskrevne pasienters opplevelser og erfaringer omkring kriseplan, og hvordan de har brukt denne etter utskrivelse fra institusjon.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av kriseplan, etter innleggelse på psykiatrisk sengepost?

Målsetningen var å innhente kunnskap som kan ha betydning for det videre arbeidet med kriseplaner i fremtiden.

Metode og utvalg: Undersøkelsen er en kvalitativ studie som bygger på seks semi-strukturerte intervju. Utvalget består av fire kvinner og to menn i alderen 18-58 år. Intervjuene har blitt analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundmann.

Resultat: I resultatdelen presenteres informantenes erfaringer i form av sitater og resultatdelen er delt inn i tre hovedkategorier. De tre hovedkategoriene omhandler erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv, erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle og erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle.

Konklusjon: Funn i studien kan ikke overføres til andre pasienter som har en kriseplan, men andre pasienter som har en kriseplan, kan kjenne seg igjen i det som blir beskrevet. Funn i studien kan brukes i det videre arbeidet med kriseplaner i fremtiden, med den hensikt å styrke pasienters egenomsorg i recovery-prosessen.

Nøkkelord: *kriseplan, recovery, egenomsorg, psykisk helse, pasienterfaringer*

ABSTRACT

Background: A joint crisis plan is highlighted in several of the National guidelines as a recommended measure for treatment of adults with diverse psychiatric disabilities. Joint crisis plans are used to enhance coping strategies and to gain understanding of patients own mental disorder, reduce worsening of symptoms and to prevent re-admissions.

The purpose of this thesis was to obtain experiences from patients by interviews to comprehend experiences with joint crisis plans, and how they have used the plan after being discharged from a psychiatric ward.

Thesis question: What kinds of experiences have patients with the use of joint crisis plans after being discharged from psychiatric ward?

The aim of the thesis was to gather knowledge of significance for future work with joint crisis plans.

Method: The study design was qualitative and the data was collected through six semi-structured interviews. The respondents consists of four women and two men aged 18 – 58 years. The analysis was conducted through a qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundmann.

Results: The results presents the participants experiences in the form of quotations and are divided into three main categories. Those three categories discuss different experiences related to; increased control of their own life, increased self-awareness and the role of the health system.

Conclusion: The results in this thesis can not be generalized. However, the end-result can be recognizable for other patients with a joint crisis plan, and is appropriate for further future exploring with the intention of improving patients self-care in the recovery process.

Keywords: *joint crisis plan, recovery, self-care, mental health, patients experiences*

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for studien

Kriseplan beskrives som en anerkjent tilnærming når det gjelder forebygging og tilbakefallsforebygging av psykiske lidelser (Borschmann et al., 2014; Farrelly, Brown, et al., 2014; Henderson et al., 2009). Kriseplan blir i flere nasjonale retningslinjer trukket frem som et anbefalt tiltak for behandling og oppfølging av voksne mennesker med depresjon, bipolare lidelser, psykose - og ruslidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012a, 2012b).

Kriseplan er også et av tiltakene i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskadning i 2014 – 2017 (Helsedirektoratet, 2014). Kriseplan blir beskrevet som et nødvendig tiltak i forebygging av selvmord i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet « I trygge hender 24/7» (Brudvik, Ness & Walby, 2014). Videre nevner Bratrud og Granerud (2011) kriseplan som et tiltak for å skape bedre overganger for pasienter, som skal skrives ut fra sykehus. I tillegg trekkes kriseplan frem som et nødvendig hjelpemiddel for at pasienten skal være delaktig og ta ansvar i egen bedringsprosess (Slade, 2015).

Bruk av kriseplaner har vist seg å være et kostnadseffektivt tiltak med tanke på å hindre innleggelse og tvangsbehandling for mennesker med psykotisk lidelse (Barrett et al., 2013; Flood et al., 2006). I studien til Flood et al. (2006) var det færre tvangsinnleggelse blant de som hadde kriseplan, sammenlignet med kontrollgruppa. Dette samsvarer med forskning som viser at bruk av kriseplaner kan senke antallet tvangsinnleggelse i psykiatrien, men ikke nødvendigvis innleggelse som helhet (Henderson et al., 2004). Forskning gjort av Ruchlewska, Wierdsma, et al. (2014) viser at bruk av kriseplaner ikke nødvendigvis reduserer antall tvangsinnleggelse og henvendelse til legevakt. Dette støttes av Thornicroft et al. (2013) som mistenker at resultatet skyldes manglende implementering av og kontinuitet ved bruk av kriseplaner. Thornicroft et al. (2013) beskrev at hjelpeapparatet ikke kjente til at brukerne hadde kriseplan, og klinikerne i undersøkelsen trodde de allerede drev med utarbeidelse av kriseplaner, selv om dette ikke var tilfellet. I tillegg beskriver Farrelly et al. (2015a) at klinikerne har vanskeligheter med å gi fra seg kontrollen til brukerne. De har liten tro på at brukerne har god nok kunnskap til å ta beslutninger vedrørende egen kriseplan. I arbeidet med å implementere kriseplaner fant Ruchlewska, Mulder, Waal, Kamperman og Gaag (2014) ut at kriseplaner som skrives sammen med en person med brukererfaring er bedre enn de som skrives av en kliniker alene. Srebnik, Russo, Sage, Peto og Zick (2003)

fremhever at hjelpeapparatet har behov for økt kunnskap omkring bruk av kriseplaner, da flertallet av deltakerne i deres studie viste stor interesse for innføring av disse. van der Ham, Voskes, van Kempen, Broerse og Widdershoven (2013) undersøkte også implementering av kriseplan. De kom frem til at fordelene med kriseplanen blant annet er;

- den kan hindre eskalering av krisen.
- øke effektiviteten mellom de ulike tjenestenivåene en bruker møter i en krise.
- sørge for økt innsikt hos den som har kriseplanen.
- økt kontroll og medvirkning i behandling av egen lidelse.

Studier viser at bruk av kriseplaner kan forbedre det terapeutiske forholdet mellom bruker og hjelper (Farrelly et al., 2015b; Henderson et al., 2015; Williams, Smith & Lumbus, 2014). I Farrelly et al. (2015b) rapportere brukere at de følte seg mer respektert og støttet av hjelperne og at arbeidet med kriseplanen ga de mer kontroll. Dette var avhengig av at personene i hjelpeapparatet tok seg tid til å høre på brukernes ønsker og bekymringer. Williams et al. (2014) fremhevet at innføring av kriseplaner har ført til mer myndiggjøring av brukerne, og at brukerne mente de hadde fått en mer aktiv rolle i behandlingen av sin egen mentale helse.

Stanley og Brown (2012) har arbeidet med kriseplaner som har spesielt fokus på å forhindre selvmord. Her fremheves blant annet betydningen av å ha individuelle mestringsstrategier skrevet ned i planen. Ved bruk av individuelle mestringsstrategier får brukeren styrket sin mestringsfølelse og troen på at utfordrende situasjoner kan håndteres på egenhånd. I tillegg nevnes betydningen av å ha venner og familie i nærheten, hvis de individuelle mestringsstrategiene ikke strekker til. Matarazzo, Homaifar og Wortzel (2014) har utarbeidet kriseplaner til brukere med suicidal atferd og de beskriver at kriseplanen kan hjelpe pasienten til å oppnå kontroll over krisene når disse oppstår. Dette ved å forhindre eskalering av symptomer og destruktiv atferd.

Farrelly et al. (2015a) intervjuet pasienter og helsepersonell om kriseplaner kunne anvendes til å forbedre brukermedvirkning hos pasienter. Helsepersonell uttalte blant at de var skeptisk til valg som ble foretatt av pasientene, videre fortalte pasientene at de oftest ble informert om at valg ble tatt, uten selv å bli inkludert i selve valgprosessen.

Farrelly, Brown, et al. (2014) gjennomførte en tematisk analyse av kriseplanene til pasienter med psykotisk lidelse der pasientene beskrev hvilken hjelp de ville foretrekke i kriseperioder. Fire tema skilte seg ut;

- Å bli behandlet med respekt
- Kontinuitet og klarhet
- Kontroll og medvirkning
- Å forstå hva som er sykdom og hva som ikke er sykdom

Borschmann et al. (2013) gjennomførte en randomisert kontrollert studie (RCT) på kriseplaner, blant brukere med ustabil personlighetsforstyrrelse. Deltakerne som hadde kriseplan rapporterte mer følelse av å ha kontroll og et bedre forhold til tjenesteapparatet enn de som ikke hadde kriseplan. Samtidig var det liten forskjell mellom gruppene i rapportering av selvskading. I en annen studie foretok Borschmann et al. (2014) en tematisk analyse av kriseplanen til brukere med ustabil personlighetsforstyrrelse, om hvilken hjelp de foretrakk i perioder med økt symptomtrykk. Brukerne fremhevet betydningen av å skreddersy planene til den enkelte pasient. I tillegg ønsket store deler av utvalget et punkt i sin kriseplan som omhandlet opprettholdelse av basale behov. Flere av informantene i Borschmann et al. (2014) beskrev behov for å delta i beslutninger vedrørende sin egen behandling. I tillegg fortalte de også ved hjelp av kriseplan fikk de beskrevet med egne ord hvilken hjelp de ønsket mer av og hva de helst ville unngå.

I en kvalitativ studie utført av Daggenvoorde, Goossens og Gamel (2013) fremhever de at kriseplanen gir brukeren en guide til å ta kontroll over eget liv ved å utvikle nye mestringsstrategier. Å ha en god relasjon med den som skal hjelpe deg og kontakt med pårørende trekkes også frem som viktig.

I en undersøkelse i Bristol, England intervjuet de brukere med spørsmål om hva de hadde behov for i psykiske kriser. Flere av informantene i undersøkelsen betraktet kriseplan som nyttig i slike perioder. Videre beskrev informantene at støtte og praktisk hjelp fra venner og familie var avgjørende. I tillegg trakk flere frem hvor nyttig det var å inneha selvhjelpstrategier (Mind, 2004).

Henderson et al. (2009) gjennomførte en spørreundersøkelse hos brukere og personer i hjelpeapparatet om deres syn på kriseplan. Her ble det fremhevet at innføring av kriseplan førte til at brukerne fikk mer kontroll og trygghet i arbeidet med egen sykdom. Brukerne påpekte også at de har fått bedre selvfølelse ved å ha en kriseplan. Et flertall av deltakerne i studien ville anbefalt bruk av kriseplan til andre i lignende situasjoner.

En norsk spørreundersøkelse undersøkte utskrevne pasienters erfaringer med bruk av kriseplan. Der ble det sendt ut 158 spørreskjemaer og 23 personer valgte å svare. Flere av respondentene svarte at de ikke har brukt kriseplanen i noen særlig grad. Samtidig kom det frem at bruk av kriseplan økte innsikten og følelsen av selvkontroll hos de som hadde brukt den (Jørstad, 2015).

Ifølge en rapport utarbeidet av Rådet for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2010) vurderer brukere og ansatte fra helseforetak, psykisk helsearbeid, fastlege og legevakt at antall tvangsinnleggelses kan reduseres ved bruk av kriseplaner. Her kommer det frem at pasientenes kriseplan kan være et viktig hjelpemiddel for å forebygge akutte kritiske situasjoner. De trekker frem at det er behov for mer informasjon omkring bruken av, og erfaringer med kriseplaner i Norge.

I sluttrapporten til samhandlingsprosjektet «Helt, ikke stykkevis og delt» beskrives utarbeiding og implementering av kriseplaner som vesentlig (Bremnes, 2015). Rapporten har fokus på utvikling av forpliktende samhandlingsmodeller mellom helseforetak, kommuner, NAV og brukerorganisasjoner, for å styrke tilbudet til brukere med psykiske lidelser i Nord-Trøndelag. Prosjektet har prioritert implementering av kriseplaner høyt, fordi den kan ha stor betydning med tanke på psykoedukasjon og for å forebygge akutte forverringer. Kriseplaner er til for brukerne og rapporten fremhever at brukermedvirkning og brukernes erfaringskompetanse er viktige områder for kompetanseheving i årene som kommer (Bremnes, 2015). Pasientene kan sitte inne med verdifull førstehåndsinformasjon om hva som fungerer for dem. Det er derfor ironisk at forskning på kriseplaner, som nettopp skal sørge for økt brukermedvirkning og autonomi, Quinlan og Coffey (2015), i svært liten grad har trukket inn pasientens perspektiv.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Denne litteraturgjennomgangen viser at det er begrenset med forskning som tar for seg pasienters erfaringer og opplevelser med bruk av kriseplan. Hensikten med denne studien er å

innhente utskrevne pasienters opplevelser og erfaringer omkring kriseplan og hvordan de har brukt denne etter utskrivelse fra institusjon. Målsetningen er å innhente kunnskap som kan ha betydning for det videre arbeidet med kriseplaner der hensikten er å støtte opp under pasienters recovery-prosess og egenomsorgsbehov. Problemstillingen lyder;

Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av kriseplan etter utskrivning fra psykiatrisk sengepost?

1.4 Teoretisk referanseramme

1.4.1 Kriseplanens innhold og hensikt

En kriseplan skal være brukerens redskap og plan for å kunne avbryte en negativ tankespiral tidligst mulig. Kriseplanen kan være med å begrense skadeomfanget både for brukeren og omgivelsene. Dette ved å redusere forverring av symptomer, øke egenkontroll og mestring av egne utfordringer (Germans, Haug, Evensen, Solhaug & Ørjasæter, 2013; Stanley & Brown, 2012). Kriseplanene kan variere i innhold, men felles for kriseplanene er at de skal være et hjelpemiddel for brukeren når denne får det vanskelig (Henderson, Swanson, Szmukler, Thornicroft & Zinkler, 2008). Med bakgrunn i refleksjon over tidligere opplevde kriser og mestring av disse, inneholder planen brukerens individuelle varseltegn og forhold som kan utløse en krise eller forverring. Videre beskriver kriseplanen brukerens mestringsstrategier, for hva en kan gjøre for å avverge krisen og hvordan en skal håndtere den hvis den ikke kan avverges. Planen kan også inneholde navn og telefonnummer til personer som brukeren kan kontakte hvis denne har behov for hjelp (Matarazzo et al., 2014; Stanley & Brown, 2012).

For å bli bedre kjent med varselsignalene, påpeker Hausvik (2015), betydningen av at brukeren utarbeider kriseplanen sammen med helsepersonell. På denne måten kan brukeren utvikle innsikt i egne varselsignaler. Når en arbeider med kriseplanen er det avgjørende at innholdet i kriseplanen gjenspeiler det som er viktig for den enkelte bruker. Derfor er det nødvendig at kriseplanen oppdateres jevnlig, slik at den passer med brukerens preferanser (Borschmann et al., 2014; Grant & Lusk, 2015; Stanley & Brown, 2012).

Formatet av kriseplan varierer, der noen kan ha den med seg elektronisk på telefonen (Hausvik, 2015), andre i papirformat eller i form av et krisekort (van der Ham et al., 2013).

Nasjonale retningslinjer anbefaler at pårørende trekkes inn som samarbeidspartner når en utarbeider en kriseplan (Helsedirektoratet, 2009). Slik får både bruker og pårørende mulighet for å ha samme forståelse av situasjonen og hva som er fornuftig å gjøre videre (Böckmann, 2016). Veseth, Binder, Borg og Davidson (2012) påpeker at nær slekt og venner kan oppdage endringer i atferd hos brukeren, noe som gjør de til viktige samarbeidspartnere i å håndtere kriser.

1.4.2. Kriser og hjelp i krisesituasjoner

En krise kan beskrives som en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å beherske og forstå den aktuelle situasjonen. Kriser kan utløses av hverdagslige hendelser eller plutselige og uventede vanskelige ytre påkjenninger (Cullberg, 2010). Kriser kan oppstå spontant og tilfeldig uten at brukeren er forberedt og klar over den utløsende årsaken til krisen. Kriser blir beskrevet som en følelse av oppgitt og håpløshet og uten mulighet til å hjelpe seg selv. Krisen trenger nødvendigvis ikke være synlig utad, noe som kan gjøre det vanskelig for andre å se og oppdage at brukeren har det vanskelig (Mind, 2004)

I følge Hopkins og Niemiec (2007) kan en person i krise stå overfor en situasjon der personens vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Forebygging gjennom å iverksette tiltak på et tidlig stadium i en krise, kan hindre at uheldige mestringsstrategier blir tatt i bruk. I tillegg blir det enklere for brukeren å anvende individuelle mestringsstrategier, hvis man iverksetter disse i en tidlig fase av krisen (Hopkins & Niemiec, 2007).

Ved episoder med økt symptomtrykk er det viktig at brukeren har forutsigbar kontakt med hjelpeapparatet. Dette fremkommer i en «bruker spør bruker – undersøkelse» utført av Rise, Westerlund, Bjørgen og Steinsbekk (2014). Majoriteten av informantene ønsket kontakt med mennesker som kjente til deres situasjon og behov. Manglende kontinuitet i hjelpeapparatet kan lede til ensomhetsfølelse og isolasjon (Nolan, Bradley & Brimblecombe, 2011). Nolan et al. (2011) gjennomførte en undersøkelse hvor fokuset var tiden like før utskrivelse fra psykiatrisk sengepost, og hvilke erfaringer brukere hadde med denne fasen. Her kom det frem at brukerne ønsket hjelp som bygget selvtillit, autonomi og ga de ferdigheter, slik at de ble i stand til å håndtere den hverdagen de til vanlig levde i. Brukere beskrev behov for noe av det samme i den norske undersøkelsen til Gudde et al. (2013). Her fortalte brukere hva som har vært nyttig i situasjoner med psykiske kriser. De uttrykte et sterkt ønske om å hjelpe seg selv

ut av krisen. Dette gjennom å sørge for god nattesøvn, unngå stress og å ha tillitsfulle mennesker og et trygt miljø tilgjengelig. I tillegg kom det frem at brukere ønsket økt fokus omkring egne mestringsstrategier og egne erfaringer om hva som hjelper. Deltakerne uttrykte videre stort behov for selv å delta i planlegging og implementering av egen behandling.

Aktiv deltakelse i planlegging av egen behandling er avgjørende (Mead & Copeland, 2000). Mead og Copeland (2000) er selv to personer med psykiske lidelser og de har fortalt sin historie om hva som har fungert for dem. De fremhever at hver enkelt har ansvar for sin egen velvære. Brukernes perspektiv må endres fra en offerrolle som ønsker å bli reddet, til en som arbeider aktivt for å hjelpe seg selv. Denne endringen skaper stor fremgang i brukerens vei til å få et bedre liv. For det kan være utfordrende å ta ansvar og finne riktige fremgangsmåter for å hjelpe seg selv ut av vanskelige livssituasjoner. I noen tilfeller kan det være lurt å få økt kunnskap og undervisning gjennom samarbeid med helsepersonell. Slik at en senere vet hvilke tiltak som må iverksettes, for å kunne hjelpe seg selv i krisesituasjoner (Mead & Copeland, 2000).

Lucock et al. (2011) gjorde et «review» over kvalitativ forskning som hadde fokus på hva den enkelte bruker kan gjøre for å hjelpe seg selv. Valgmuligheter og kontroll over egen behandling ble trukket frem som vesentlig. I tillegg påpekte Lucock et al. (2011) at samarbeidet mellom hjelpeapparat og bruker må være fleksibelt og må endres i takt med brukerens individuelle behov.

Borg og Davidson (2008) gjennomførte intervju av personer med psykiske lidelser. Fokuset var hvilke tiltak og gjøremål personene gjorde for å få en bedre og stabil hverdag. Dagligdagse gjøremål som blant annet hus- og klesvask var effektive selvhjelpsstrategier. I tillegg trakk flere frem behovet for å ha helsepersonell tilgjengelig når det var nødvendig.

1.4.3 Recovery-prosess

Recovery handler om den enkelte persons perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes innsats for å ta kontroll, finne mening og håp (Borg & Topor, 2014). Ansatte i psykiske helsevern kan støtte recovery ved å tilby behandlinger og tiltak som forsterker personens evner til selvstyring. Kriseplan blir videre beskrevet som et tiltak som kan øke brukerens evne til å hjelpe seg selv (Slade, 2015).

Recovery kan bestå av både fremgang og tilbakefall, og innleggelse og utskrivelse fra psykiatrisk sengepost kan forstås som en del av en brukers bedringsprosess (Borg & Davidson, 2008). Bedringsprosesser handler om enkeltmenneskets vilje og innsats for å komme videre i livet, en brukers behov for støtte, retten til å ha samarbeid med fagpersoner og til ha valgmuligheter (Borg & Topor, 2014). Dette er en måte å leve på som gir mulighet til å bidra, på tross av psykiske utfordringer som den enkelte eventuelt har. Videre beskrives recovery som en dypt personlig fremgangsmåte, som innebærer endring og utvikling av den enkeltes holdninger, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

En recoveryorientert tjeneste har som formål å begrense tapet av ansvar under en krise og støtte identiteten til den enkelte bruker under og etter krisen. Dette gjøres ved å holde beslutningsprosessen så nær brukeren som mulig. Ideelt sett tar brukerne egne valg og beslutninger, men hvis de midlertidig har tapt denne evnen tar man utgangspunkt i deres tidligere uttrykte meninger og erfaringer. En viktig tilnærming for å begrense tap av selvstyring er bruken av kriseplaner. Brukt riktig gir kriseplanen den informasjonen ansatte trenger for å fokusere på brukeren og brukerens verdier under en krise (Slade, 2015).

En recoveryorientert tilnærming til kriser har til formål å forebygge nye kriser. Den beste måten å forebygge kriser på, er å utvikle ferdigheter til selvstyring. Dette kan medføre økt mestring i å takle nederlag og brukeren blir aktør i sitt liv (Slade, 2015). En av de viktigste selvstyringsferdighetene er ifølge Slade (2009) evnen til å kjenne igjen og reagere på tidlige varselsignaler. Utfordringen ved recovery er å arbeide med tidlige varselsignaler slik at det styrker personens evne til egenomsorg. I dette arbeidet er det nødvendig å presisere at tilbakefall er normalt og at personer som har vansker med å bryte med tidligere atferds- og/eller følelsesmessige mønstre, vil oppleve tilbakeskritt (Slade, 2015).

Young og Ensing (199) referert i Borg et al. (2013) viser til tre stadier av personers bedringsprosesser:

Det første stadiet er å komme over fastlåshet, ved å akseptere problemene og situasjonen. En må ha et ønske om en forandring, finne håp, mot og inspirasjon til å jobbe med bedringsprosessen. Stadium to beskriver det å finne og ta egen myndighet og kontroll, ta ansvar, oppdage egne muligheter, læring og egenutvikling. Det siste stadiet handler om det å kunne ha god livskvalitet: det å føle velvære og trives med seg selv og eget liv.

1.4.4 Egenomsorg

Selv om mennesket i høy grad er i stand til å tilpasse seg forandringer hos seg selv eller omgivelsene rundt, kan det likevel oppstå krisesituasjoner. I slike kriser kan utfordringene bli for store for den som er rammet, slik at kravene som stilles til personen, overstiger personens evne til å innfri de oppståtte kravene (Orem, 2001). Da kan det oppstå en svikt i egenomsorgen. I situasjoner hvor brukeren opplever økt symptomtrykk er brukerens innlærte ferdigheter og kunnskaper avgjørende for hvordan han eller hun håndterer situasjonen. Når brukeren opplever kriser, kan brukeren ha viljen til å handle, men ikke evne eller krefter til å utøve egenomsorg. Derfor blir svikt uunngåelig. I slike tilfeller kan et menneske få bruk for hjelp til å dekke sine egenomsorgsbehov (Orem, 2001). Familie, venner eller helsepersonell kan fungere som bidragsytere i å styrke en brukers evne til egenomsorg og selve målet er at brukeren skal ta kontroll og ansvar selv. Orem (2001) beskriver egenomsorg som alle de handlinger et menneske utfører for å opprettholde livet og utvikle seg på en måte, som er normal for han eller henne. Egenomsorg er utførelse av alle gjennomtenkte handlinger et menneske tar initiativ til, for å opprettholde et liv med sunnhet og velvære ved å forebygge og kontrollere sykdom og lidelse. Når et menneske tar omsorg over seg selv, anses de for å være egenomsorgsutøvere og den enkeltes evne til å ta vare på sine egenomsorgsbehov kalles egenomsorgskapasitet (Orem, 2001).

2.0 METODE

Denne studien av pasienterfaringer er basert på seks intervjuer av pasienter som har blitt utskrevet fra psykiatrisk avdeling, med en utarbeidet kriseplan. For å besvare forskningsspørsmålet har det blitt valgt et kvalitativt design. I følge Kvale og Brinkmann (2015) gir kvalitative tilnærminger grunnlag for en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom personen og situasjonen han befinner seg i. Det kvalitative intervjuet er en spesielt egnet datainnsamlingsform for å innhente enkeltpersoners egne erfaringer, tanker og følelser. I denne studien er hensikten å innhente pasienterfaringer med bruk av kriseplan etter utskrivelse. Hvordan har de brukt den og hvilke tanker har de om egen kriseplan. Det sentrale er personens opplevelse hevder Kvale og Brinkmann (2015), men jeg er også interessert i å kartlegge hvordan situasjonen rundt er med på å skape denne spesielle opplevelsen.

2.1 Utvalg

Utvalget i denne undersøkelsen består av seks informanter. To menn og fire kvinner i alderen 19 til 58 år. Inklusjonskriterier er at alle skal være tidligere innlagte pasienter som har blitt utskrevet fra psykiatrisk sengepost med en kriseplan. Eksklusjonskriterier er at de ikke skal være inneliggende pasienter når undersøkelsen gjennomføres. I tillegg skal informantene ikke ha kognitiv svikt. Datainnsamlingen foregikk mellom juni og september 2016.

Informantene er rekruttert fra en døgnavdeling ved en psykiatrisk avdeling i Midt Norge. Pasientgruppen ved denne avdelingen består av pasienter med ruslidelse, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse, angstlidelse og depresjonslidelse. I løpet av innleggelsen ved denne avdelingen jobber noen av pasientene sammen med en miljøkontakt om utarbeidelsen av en kriseplan. Bruk av kriseplan er frivillig og alle de som ble utskrevet med en utarbeidet kriseplan i den aktuelle perioden, var i utgangspunktet potensielle informanter for denne undersøkelsen. Alle som ble forespurt, takket ja til å delta i undersøkelsen.

Forsker kontaktet avdelingsleder og fagkoordinator ved avdelingen. Videre informerte forsker også de øvrige ansatte muntlig og skriftlig om undersøkelsens tema, bakgrunn og hensikt. Koordinator ved den aktuelle avdelingen sa seg villig til å hjelpe til med inkludering av informanter. Koordinator ville kontakte aktuelle informanter fortløpende før utskrivelse, for å undersøke om de var interessert i å høre mer om et prosjekt som omhandler kriseplaner.

Koordinator kontaktet deretter forsker, og videreformidlet hvem som var interessert i å høre mer om prosjektet. Informantene ville da få muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet gjennom et informasjonsskriv. De fikk videre et samtykkeskjema, som spurte om de var interessert i å bli kontaktet to måneder etter utskrivelse, for å delta i prosjektet. Samtykket de til å bli kontaktet, krysset de samtidig av på skjema for hvordan de ønsket å bli kontaktet (Se vedlegg 4).

2.2 Datainnsamling

To måneder etter utskrivelse kontaktet forsker de som hadde samtykket. Informantene fikk bestemme tid og sted for intervjuet. Halvparten av informantene ville at intervjuet skulle skje hjemme hos seg selv, mens de resterende ville møte meg på sykehuset. Der foregikk intervjuene på et av sykehusets kontorer. For å sikre at de aktuelle temaene ble belyst under intervjuene, ble det utarbeidet en intervjuguide på forhånd (Se vedlegg nr.2). For å teste ut intervjuguiden, ble det først gjennomført ett pilotintervju.

Inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) ble det gjennom intervjusituasjonen tilstrebet å skape en så åpen og fri samtale som mulig. Det ble derfor valgt en semi-strukturert intervjuform. På denne måten fikk jeg mulighet til å endre på rekkefølgen og formulering av spørsmålene i intervjuguiden, slik at jeg kunne bevege seg i takt med svarene og historiene til informantene. Intervjuer prøvde innledningsvis å prate om hverdagslige tema, slik at informantene kunne føle seg mer trygge i situasjonen. Deretter ble det stilt mer åpne og utforskende spørsmål omkring undersøkelsens hovedtema. Jeg prøvde å løsrive seg fra intervjuguiden, slik at intervjuene foregikk mer som en samtale. Videre forsøkte jeg å avbryte informantene minst mulig. Avslutningsvis fikk alle informantene mulighet til å komme med egne betraktninger, som kanskje ikke kom frem gjennom spørsmålene som ble stilt. Intervjuene varte fra 25-45 minutter og ble gjennomført med bruk av diktafon. Bruk av diktafon gjorde det lettere for meg å være mer åpen og lyttende i intervjusituasjonen. Alle informantene godkjente bruk av lydopptak.

2.3 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert i sin helhet til rent tekstdokument, som deretter har blitt råmateriale for det videre arbeidet. Intervjuene har blitt transkribert ordrett og oversatt til

bokmål på grunn av anonymisering. Jeg har selv utført alle intervjuene og transkriberingen i denne studien, og transkriberingen ble utført så raskt som mulig etter hvert intervju. Analyse og tolkning av studien blir, etter Kvale og Brinkmann (2015), bedre når transkriberingen skjer så fort som mulig, etter at intervjuet er gjennomført. Slik husker man mer av intervjusituasjonen og en kan allerede da begynne analysearbeidet under transkriberingen av intervjuet.

2.4 Analyse av datamateriell

Intervjuanalysen ligger et sted mellom den opprinnelige fortellingen som ble fortalt til intervjueren, og den endelige historien som forskeren presenterer for leseren (Kvale & Brinkmann, 2015). Analysen av kvalitative data innebærer å stille spørsmål til materialet. Hva kan dette materialet fortelle meg om hvilke erfaringer informantene har med bruk av kriseplaner?

Analysen av datamaterialet er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sine retningslinjer for innholdsanalyse.

Innholdsanalysen består av to former, den manifeste og den latente formen. Den manifeste delen av innholdsanalysen har spesielt fokus på det teksten sier og som står ordrett i det transkriberte materialet. I den latente innholdsanalysen gjør forskeren en tolkning av den underliggende meningen i teksten. Graneheim og Lundmann (2004) presiserer at det gjøres en tolkning av teksten ved både manifest og latent innholdsanalyse, men at ved latent analyse «løfter» man meningen i teksten opp på et «høyere tolkningsnivå». I denne studien har det blitt valgt å fokusere på det latente innholdet, da forsker ønsker å se nærmere på den underliggende meningen i informantenes uttalelser.

Først i analyseprosessen leste jeg gjennom hele det transkriberte intervjumaterialet flere ganger for å danne et helhetsinntrykk. I starten la jeg merke til at min forforståelse forstyrret meg i analysearbeidet. Jeg ble observant på at forforståelsen farget mye av det jeg først la merke til. Dette ved at jeg først raskt fant ting som bekreftet mine tidligere antakelser. Jeg antok før undersøkelsen blant annet at bruk av kriseplanen ville gi informantene en form for trygghet, ved at de hadde noen konkrete tiltak å sette i verk. Videre antok jeg at det var viktig for den enkelte å ha kriseplanen tilgjengelig og i nærheten, hvis de skulle få bruk for den. Siden det ofte er forskeren som både innhenter og utfører analysen av datamaterialet, er

forskerens tolkning av teksten bestandig påvirket av forskerens forforståelse (Graneheim & Lundman, 2004). Forskeren må ha en balanse i sitt analysearbeid, som medfører at tolkningen automatisk påvirkes av forskerens personlige historie. Forskeren må ikke tillegge teksten en mening som ikke er der (Graneheim & Lundman, 2004). Forsker prøvde i denne fasen å aktivt sette egen forforståelse til side. Se punkt 3.4 Ethiske betraktninger. Selv om dette er en nesten umulig oppgave, prøvde forsker å sette til side egne tidligere antakelser omkring temaet for oppgaven. Dette for å stille meg åpen for de ideer og tanker som materialet kunne gi meg. For å skape en oversikt ble det forsøkt å notere ned refleksjoner og ideer underveis. Etter hver runde med lesning, ble det dannet nye refleksjoner og ideer.

Neste trinn i innholdsanalysen var å bestemme meningsenheter. En meningsenhet kan være ord og setninger i teksten, og er ifølge Graneheim og Lundman (2004) en sammenstilling av ord som relaterer til samme type mening. I dette tilfellet erfaringene til informantene. Forsker lette etter ting som var interessant og relevant for problemstillingen. Vedlegg nr. 5 viser de ulike meningsenhetene jeg fant i datamaterialet. På leting etter meningsenheter tilstrebet jeg hele tiden å ha problemstillingen i fokus. Meningsenhetene ble understreket med rosa farge i det transkriberte materialet. Underveis måtte jeg tidvis skrinlegge noen meningsenheter jeg ikke fant aktuell.

Tredje trinn i analyseprosessen var å kondensere meningsenhetene. Dette ble gjort ved å forkorte meningsenhetene uten at selve kjerneinnholdet i meningsenhetene forsvant. Se tabell 1.0 for eksempel.

Neste trinn i analysen blir av Graneheim og Lundman (2004) kalt for abstraksjon. Her prøvde jeg å lete etter en underliggende mening bak det som var skrevet, noe som innebar ytterligere tolkning fra min side. Jeg forsøkte å lete etter likheter og ulikheter mellom de forskjellige kondenserte meningsenhetene, slik at jeg kunne lage sub-kategorier. Etter at jeg laget sub-kategorier prøvde jeg å komme frem til en overordnet hovedkategori, som de ulike sub-kategoriene kunne samles under.

Tabell 1.0 viser et eksempel på hvordan jeg har gått frem. Jeg har først trukket ut en meningsenhet. Videre har jeg forsøkt å trekke ut hovedtrekkene i meningsenheten og laget en kondensert meningsenhet, altså gjort den kortere uten å ta bort meningen. Jeg har av den kondenserte meningsenheten laget en sub-kategori. Deretter har jeg forsøkt å finne en

hovedkategori som sub-kategorien kan gå under, i dette tilfellet erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle.

Tabell 1.0 Eksempel på analyse med meningsbærende enheter, kondensert meningsenhet, sub-kategori og hovedkategori.

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Sub-kategorier	Hovedkategori
Viktig at kriseplanen følger pasienten. Ikke bare ligger som et ark inne i et arkiv og ikke fungerer i praksis da.	Viktig at kriseplan følger pasienten.	Kontinuitet.	Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle.

2.5 Etiske betraktninger

Det ble først sendt en forespørsel til Regional Etisk Komité - Midt, hvor prosjektet ble vurdert som fremleggelsespliktig. Prosjektet ble senere godkjent for oppstart april 2016 (2016/287/REK midt) (Se vedlegg nr.1). Da jeg ikke skulle samle inn personidentifiserbare opplysninger eller opprette noen form for personregistre eller andre former for registre, kom forsker i samråd med veileder, frem til at studien ikke krevde godkjenning fra norsk senter for forskningsdata (NSD).

I henhold til Kvale og Brinkmann (2015) står den som skal utføre en intervjuundersøkelse overfor flere etiske problemstillinger underveis i forløpet. De fremhever fire områder som tradisjonelt diskuteres i etiske retningslinjer for forskere;

- informert samtykke
- fortrolighet
- konsekvenser
- forskerens rolle

Det har blitt innhentet et informert samtykke fra informantene. De har fått forklart og er gjort kjent med hensikten og bakgrunnen for prosjektet gjennom både informasjonsskriv (Se vedlegg nr. 3) og muntlig samtale, der de fikk mulighet til å stille spørsmål om prosjektet. De har fått informasjon om prosjektets taushetsplikt og anonymitet. Videre at deltakelse er helt

frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen. Deltakernes anonymitet har blitt sikret ved at personopplysninger ikke ble samlet.

Det ble på forhånd undersøkt om det var greit å gjennomføre intervjuene med diktafon og videre ble informantene informert om hvordan lydopptaket skulle brukes i undersøkelsen. Opptakene ble slettet fra diktafonen, så fort materialet var ført over til en sikker enhet. Oppbevaring av lydopptak og det transkriberte materiale ble gjort konfidensielt og etter gjeldende forskrifter. Materialet har blitt oppbevart på en passordbeskyttet harddisk som forsker har hatt innelåst.

Fortrolighet eller konfidensialitet refererer til enigheten med deltakerne om hva som kan gjøres med informasjonen som kommer ut av intervjuene som blir gjort med dem (Kvale & Brinkmann, 2015). Informantene fikk tilbud om å få en kopi av det transkriberte materialet, slik at de kunne få ytterligere innblikk og sjekke hvordan intervjuer har transkribert intervjuet. Ingen av informantene valgte å benytte seg av denne muligheten. I tillegg har det blitt informert godt på forhånd og i etterkant om hvordan informasjonen skal brukes.

I henhold til Kvale og Brinkmann (2015) har forsker vært klar over at datainnsamlingen eventuelt kan fremprovosere en prosess eller aktivere en psykisk uro hos den som blir intervjuet. Derfor brukte forsker god tid når jeg informerte om hvilke fordeler og ulemper det kunne medføre og delta i prosjektet. Jeg fortalte at de kunne få et personlig utbytte ved at de fikk belyst ting fra sin side. De kunne reflektert mer over sin situasjon og om hvordan de eventuelt har brukt eller ikke har brukt krisepåen. Informantene har videre blitt ivaretatt både under og etter at intervjuet var overstått. Hvis det skulle oppstå psykisk ubehag under eller etter intervjuet, ville de få tilbud om samtale med helsepersonell.

Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og resultatet til slutt. Det mellommenneskelige spillet har en vesentlig rolle i kvalitativ forskning, og som forsker må en ta hensyn til eventuelle skjevheter som kommer av intervjuereffekten (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg prøvde å utjevne disse forskjellene ved at informantene fikk velge tid og sted for intervjuet. Videre tilstrebet jeg å ha en aktivt lyttende holdning. Jeg lot informantene få god tid til å svare på spørsmål, selv om dette iblant var en utfordring.

Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at forskerens kunnskap er en ressurs for å kunne stille presise spørsmål. Samtidig kan det være en ulempe ved at man har med seg for mange forutinntattheter. Derfor er det viktig å gjøre rede for hvordan egen posisjon kan være med å

prege forskningsarbeidet. Det som kan prege forskningsarbeidet i denne undersøkelsen, er at jeg har bygget opp en for forståelse gjennom mitt yrke som psykiatrisk sykepleier. Gjennom denne posisjonen har jeg møtt pasienter som har kriseplaner fra tidligere. Slik har jeg dannet meg tanker om hvordan kriseplaner fungerer for enkelte, uten at jeg virkelig vet hvordan pasienten tenker omkring dette emnet. I tillegg har jeg skaffet meg egen erfaring og kunnskap omkring arbeidet med kriseplaner, ved å snakke med andre som har mer erfaring og som har jobbet/jobber med pasienter som har kriseplaner. Jeg er i utgangspunktet positivt innstilt til bruken av kriseplaner, samt nysgjerrig på hvordan disse blir brukt etter utskrivning fra institusjon. Jeg opplever at jobben med kriseplaner kunne vært bedre både fra oss i helseapparatet og fra pasienten selv. I arbeidet med dette prosjektet har jeg prøvd å være bevisst min for forståelse. Dette ved at informasjonen jeg har fått fra mine informanter har blitt minst mulig påvirket av mine tidligere erfaringer og opplevelser omkring bruk av kriseplaner. Hensikten med kvalitative forskningsmetoder, er at det empiriske datamaterialet skal reflektere deltakernes erfaringer og meninger på en best mulig måte (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.0 RESULTAT

På bakgrunn av den kvalitative innholdsanalysen ble det formulert tre hovedkategorier (tabell 2) som beskriver pasientenes erfaringer med kriseplan: Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv, erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle og erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle. Sitat fra informantene er gjengitt i kursiverte innrykk for oversiktens del.

Tabell. 2.0 Oversikt over sub-kategorier og hovedkategorier

Sub-kategorier	Hovedkategorier
Selvhjelp Kriseplanens tilgjengelighet Forebyggende effekt Konkret Trygghet Skifte fokus Viktig med pårørende Aktiv og passiv bruk av kriseplan	Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv
Brukerens deltakelse Individuelt tilpasset Ansvarliggjørende Bevisstgjørende Ærlighet Krevende Motiverende Åpenhet	Erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle
Kontinuerlig oppdatering av kriseplan Hjelpeapparatets tilgjengelighet Kontinuitet Tidlig introduksjon av kriseplan Planlagte innleggelses	Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle

3.1 Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv

Selvhjelp knyttes til at planen gir de noe **konkret** å følge når de føler de er i ferd med å miste kontrollen. Ting blir enklere å forholde seg til når det står nedskrevet. En annen informant beskrev seg som rådvill og at det da er utfordrende å vite hva en skal gjøre. Han fremhever også det å ha tiltak nedskrevet: «*Det er ganske konkret hva du skal gjøre. Du klarer ikke å gjøre noe i hodet ditt som flipper ut det der*». Flere beskriver at kriseplanen gir de en form for **trygghet**. At planen kan virke betryggende, ved at man på forhånd har tenkt ut hva man kan gjøre i situasjoner der ting oppleves som vanskelig. Det har vært viktig for informantene at planen gir de økt **trygghet**. Gjennom arbeid med kriseplanen har de fått større kjennskap til hvordan de selv reagerer i forskjellige situasjoner og hvordan planen da kan hjelpe dem. En

informant ordla seg slik: «Jeg er jo veldig obs på slike tegn og symptom nå da. I forhold til før da, så kunne det jo komme som ei bombe liksom. Uten at jeg merket noen ting». Planen har gitt informantene mulighet til å hjelpe seg selv i arbeidet med å forebygge kriser. «Planen har gjort alt mye tryggere. Også for de rundt meg. Det var ingenting å lure på, liksom bare å gjennomføre steg 1-4».

Det fremkommer at informantene har brukt kriseplanen på ulike måter. Noen har brukt den mer **aktivt**, mens andre har hatt en mer **passiv** bruk. Blant de som har brukt den mer passivt, kommer det frem at sykehusoppholdet gjorde de beredt til å ta hånd om egen psykisk helse. De husket strategiene de hadde lært og brukte disse etter utskrivelsen. Andre som har brukt den mer passivt, forteller at det har vært kjekt å ha den liggende. «Men, det er veldig greit å ha den liggende som en plan da. Slik at en vet hva en skal gjøre, hvis ting begynner å utvikle seg. Tenkt gjennom på forhånd hvilke grep en kan ta da». Kriseplanen har gitt de en måte å være observant på egne varselsignal, selv om de ikke stopper opp og ser på den hver dag.

Tilgjengelighet knyttes til måten informantene har oppbevart kriseplanen på. Informantene forteller at det er kjekt at de har planen tilgjengelig når de har behov for den. «Ja, det er viktig at den er tilgjengelig skulle jeg til å si. For at ting kan skje så fort». Noen har den med seg overalt hvor de går, med seg i baklomma eller i lommeboka. Andre har den hengende opp på soveromdøra eller andre plasser i hjemmet, slik at de blir påminnet den daglig. «Ha den der som en påminnelse om hva jeg skal gjøre når jeg er kjemperedd. Det har hjulpet meg mye. Det var liksom greit å ha den der tvert det var noen ting». Det understrekes av enkelte at det er viktig å iverksette tiltak tidlig og kriseplanen gjør at de er forberedt på det som eventuelt vil komme. Derfor er det viktig at kriseplanen er tilgjengelig når personen har behov for den.

Noen presiserer også betydningen av at **pårørende** og de som bor sammen med brukeren også har den tilgjengelig. En informant trekker frem at samboeren er mer observant på varselsignal enn han selv. «Og, samboeren er jo enda mer obs på det enn meg da. Og følger med forandringer». Andre informanter trekker også frem betydningen av at familie og de rundt brukeren har en kopi av kriseplanen. Slik at de vet hva de skal gjøre når de ser at personen har økt symptomtrykk. En informant sier dette er av stor betydning for å iverksette tiltak tidlig:

«Viktig at alle andre også har tilgang til den, slik at de vet hva de skal gjøre for noe. Slik at de er sikre på at de gjør det rette. Jeg skrev jo det som første bud, at jeg ville vite det så fort som mulig, slik at jeg faktisk kunne gjøre noe med det».

Det fremkommer av intervjuene at kriseplanen har hatt en **forebyggende effekt**. En forebyggende effekt ved at de kjenner igjen sine individuelle varselsignal. En informant fremhever at den har hjulpet henne til å kjenne igjen sine egne handlingsmønstre. Både destruktive handlingsmønstre og oppløftende handlingsmønstre som har fungert tidligere. *«Jeg tar jo og bruker den hver gang jeg mister litt oversikt over situasjonen. Når jeg kjenner igjen handlingsmønstrene mine som jeg tidligere har, tidligere har lært meg da, er destruktiv skulle jeg til å si.»*. Kriseplanen blir anvendt etter hvordan situasjonen er. Det kommer frem at noen bruker den hver gang de mister litt oversikt over situasjonen. Når det er for mye sterke følelser inn i bildet og følelsene tar overhånd. *«De negative tankene, om det er frykt, depresjon eller sinne eller hva det enn er. De tankene blir så mye større enn deg selv»*. Flere av informantene har brukt kriseplanen til å **skifte fokus**. Rette oppmerksomheten mot andre gjøremål og ikke reagere på impulsene. *«Det å utsette ting for meg og ikke styre på impulsene, det har mye å si. En time kan ha veldig mye å si. Så, da tok jeg avgjørelsen om å utsette det en time, før jeg tok noen valg og handlet på det. Så, etter en time var jeg ut av det verste»*. Andre trekker frem at kriseplanen har hjulpet til med å revurdere situasjoner, slik at gale handlinger ikke blir tatt og en gjør ting som vil virke negativt. *«Kriseplanen min går ut på at jeg finner andre måter å håndtere ting på enn hva jeg har gjort tidligere, skulle jeg til å si, når jeg kommer opp i en krise. Fordi jeg har ikke hatt noen gode verktøy før»*.

3.2 Erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle

Det kommer frem av intervjuene at informantene har lyst til å hjelpe seg selv ut av krisen og ta **ansvar** når denne oppstår. Verktøyene til å hjelpe seg får de av helsepersonell, men de må selv gjøre jobben, nevner en informant. *«Man skal lære seg å hjelpe seg selv. Lære seg å håndtere ting»*. En annen informant beskriver det som å fly et helikopter til et sted man vil. I begynnelsen har man ikke peiling på hva alle spakene og knappene skal brukes til og alt blir bare rot. Så får man hjelp til å skjønne hva de ulike knappene er til for, og kan deretter styre helikopteret selv. *«Du må lære deg strategiene, huske på hvordan du gjør det»*. *«Ingen andre kan fly det helikopteret bortsett fra deg selv»*.

Informantene har erfart at arbeidet med kriseplanen er **krevende**. Det har vært vanskelig å skjønne selv hva man skal gjøre, at det har tatt lang tid å lære seg hvordan en skal bruke kriseplanen på en best mulig måte. Det nevnes at de må lære seg selv å kjenne og forstå seg selv, før de kan jobbe hensiktsmessig med planen. Noen forteller at det har vært vanskelig å

sette seg ned og bruke strategiene de har lært seg, og at de har brukt veldig lang tid på hva som skal brukes når. *«For eksempel å snakke med noen om problemene mine, det sliter jeg med. Og når man skal begynne å gjøre det når det nærmer seg en krise da, så er jo det ekstra vanskelig igjen»*. I tillegg nevnes det at kriseplanen ikke alltid har fungert like bra, da personen har strekt seg for langt, før han brukte kriseplanen. Videre at noen av de første punktene på planen har vært utfordrende å gjennomføre på grunn av underliggende problematikk. *«Det blir vanskelig hvis jeg skal bruke en kriseplan som er hjelpeløs, og ingenting fungerer på de første punktene da. For da går det ikke, da kommer man ingen vei»*. I intervjuene forteller noen av informantene at de hadde gitt opp hvis de visste at det hadde tatt så lang tid, før de skjønnte hva som kunne hjelpe dem. En av informantene poengterer at man blir flinkere til å bruke kriseplanen etter hvert som en får mer erfaring med å bruke den. *«Noe man lærer seg, og får erfaringer på etter hvert. Som gjør det slik at man lærer seg å bruke den på best mulig måte»*.

Det fremkommer at kriseplanen har vært **bevisstgjørende**. Informantene fortalte at de har med hjelp av kriseplanen, blitt bedre kjent med seg selv og bevisst på hvilken rolle de selv har i sin bedringsprosess. En forteller at hun har blitt mer sikker på seg selv og sine egne vurderinger. Hun tar nå mer riktige beslutninger, når ting blir vanskelig. Kriseplanen har vært **ansvarliggjørende**. En informant var av den oppfatning at helseapparatet måtte gjøre henne frisk, og at hun ikke kunne gjøre noe selv. Nå har dette endret seg, og hun sier at det er hun selv som må gjøre jobben. *«Men, jobben må man gjøre selv. Det er jo ingen som kan gjøre arbeidet for deg»*.

I arbeidet med å utarbeide kriseplanen er det vesentlig at man er enig, kommer det fra en av informantene. At man har et samarbeid der man er enig om hva som skal stå og ikke stå i planen. I tillegg nevnes nødvendigheten av det å være ærlig. **Ærlig** om hva som kan hjelpe og om hva som kanskje ikke er nødvendig å ha med i planen. Det er vesentlig at kriseplanen er **tilpasset den enkelte bruker**. En forteller at situasjonen potensielt kan forverres hvis det står tiltak i planen, som brukeren på forhånd vet ikke vil hjelpe. *«Det hadde bare gjort vondt verre, hvis jeg hadde visst at det ikke hadde funket. Da blir det jo. Da blir det litt sånn at det kanskje kan forverre ting da, i stedet for å gjøre det bedre»*.

Samtidig som det å være ærlig fremheves, trekkes også egenskapen av å være **åpen** frem. En informant forteller at det var viktig for henne å være åpen med sine nærmeste. Hun begrunner dette med at ting kanskje ikke blir så uforståelig for de rundt henne. *«Ja, selv om de kanskje ikke forstår det så veldig, så har de litt forståelse hvert fall, i stedet for at jeg bare skal rømme*

i fra uten å snakke om ting». I tillegg fremheves det å være åpen mot helsepersonell og at helsepersonell skal være åpne tilbake.

Informantene fremhever at brukeren må **delta** og ha **medvirkning** i hva som står i kriseplanen. De sier at det er lettere å bruke planen når de selv har vært med å skrive den. Dette er fordi ting kan endre seg drastisk og da er det fint å vite at man selv har skrevet det som står i planen. *«Når jeg selv vet jeg har satt opp kriseplan, jeg selv som har skrevet hva som fungerer og sånn, da er det lettere å bruke den og da».* Det nevnes at alt kan bli veldig motarbeidende og destruktivt når man blir dårlig, slik at det blir vanskelig å stole på det andre sier. Derfor er det vesentlig at brukeren selv har skrevet ned tiltakene og har de fremfor seg. Noen av informantene har gode erfaringer med å skrive ned tiltak og ting i kriseplanen, når man er i en god fase av livet sitt. Ved å utnytte de gode fasene, klarer man å huske på at man har hatt det bedre, hvis en eventuell ny dårlig periode skulle oppstå. Slik vil de ikke glemme at det også vil komme gode perioder igjen. *«Når det går nedover igjen, så kommer jeg i samme situasjon der jeg mister troen og håpet på det, og ikke kan forstå, huske hvordan jeg ble bedre sist».*

Å se at planen fungerer som den skal, fremheves som viktig for **motivasjonen**. En snakker om hvordan motivasjonen og troen på behandlingen øker, når en ser at planen fungerer som den skal. *«Men, når du ser at du gjør fremgang, at det hjelper. Da blir man mer optimistisk».* Samtidig trekker andre frem at det er mange strategier som ikke fungerer for alle. En informant forteller om enkle ting som står i planen sin, for eksempel hverdagslige gjøremål som klesvask, husvask og se på tv. Andre har ikke utbytte av slike ting, og har som en del av planen at de ringer og får snakke med noen som jobber i psykisk helse i kommunen eller på sykehuset.

3.3 Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle

I arbeidet med kriseplanen har informantene erfart at det er viktig at den evalueres og **oppdateres kontinuerlig**. En av informantene opplevde dette som veldig viktig, da han beskrev at man befinner seg på forskjellige stadier hele tiden. *«Så har den endret seg underveis, for vi har jo evaluert underveis hva som fungerer og ikke».* Han forteller at man utvikler seg og ting kan gå fremover og en kan føle seg bedre, og så kan ting bli verre og mer vanskelig. Det understrekes at det er viktig å snakke jevnlig om hva som bør stå i planen. Videre trekker noen frem erfaringer med å introdusere kriseplan tidlig for brukeren. Det kommer frem at det er avgjørende å **introdusere kriseplan i begynnelsen** av et behandlingsforløp. Da arbeidet med kriseplanen er tidkrevende, er det vesentlig at en starter

så raskt som mulig, slik at brukeren har en fungerende kriseplan tilgjengelig. Informanten tror videre at kriseplaner som tiltak ikke får nok fokus. *«Opplevelsen av at det kanskje blir undervurdert noen ganger, skulle jeg til så si. Det er kanskje viktig å sette opp en slik kriseplan tidlig i behandlingsforløpet».*

Med tilgjengelighet i denne kategorien menes **tilgjengeligheten til hjelpeapparatet**. En av informantene trekker frem dette som noe av det viktigste med sin kriseplan. Denne personen har lært at det finnes hjelp, man kan ta kontakt med andre mennesker og at det finnes en løsning. En informant har erfart at han har hjelpeapparatet tilgjengelig på telefon. Han fortalte at han har veldig god hjelp i å ringe psykiatrisk sykepleier i kommunen, da det ikke er alt han vil fortelle sine nærmeste. Videre forteller en av informantene at den har mulighet til å ringe inn til psykiatrisk avdeling og snakke med sin kontaktperson der. Den har også et alternativ med å gå en tur innom og ta en prat, hvis dette er mulig.. *«Jeg følte jeg fikk styre alt selv og hva jeg skulle gjøre for å komme meg videre og jeg synes det var veldig godt at de respekterte det også og gjorde den situasjon rundt fin»*

Mange av informantene har **innleggelse** på psykiatrisk avdeling som en del av planen sin. Noen innleggelse er planlagte og andre er kriseinnleggelse som oppstår mer akutt. *«Noen ganger hjelper det kanskje å se på det kortet og noen ganger må jeg inn på kriseopphold på akuttposten».* Planlagte innleggelse blir beskrevet som fint for å få råd, til å finne ut av spørsmål og få svar på ting man lurer på. Samtidig beskriver en annen at innleggelse på akuttavdelingen kan være utfordrende: *«Jeg har det vanskelig med å ta det steget inn på akuttposten noen ganger. Som er siste løsningen».* Informanten begrunner dette med at hun føler at kommunikasjonen mellom sengepostene er dårlig, og at det er viktig at planen er tilgjengelig i alle ledd i helseapparatet. Hensikten med dette er å sikre **kontinuitet**, slik at alle kjenner til de behov og tiltak som er aktuelle for den enkelte pasient. Informanten trakk frem noen dårlige erfaringer hun hadde, som handlet om manglende kommunikasjon mellom sengepostene. Det viste seg at hun ikke fikk mulighet til å bruke en av sine mestringsstrategier på den ene avdelingen, da de ikke hadde kjennskap til at hun hadde skaffet seg en ny mestringsstrategi. *«Da tenker jeg det er viktig at kriseplanen følger pasienten da, og at den ikke bare ligger som et ark inne i et arkiv og ikke på en måte fungerer i praksis»*

4.0 DISKUSJON

4.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med denne studien har vært å innhente pasienterfaringer fra bruk av kriseplan etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost. Datamaterialet viser variasjoner med hensyn til hvilke erfaringer informantene har. Noen av erfaringene som nevnes synes å være sammenfallende med tidligere studier om kriseplan, samt at det er gjort noen nye funn som ikke er blitt beskrevet før. I likhet med tidligere studier viser funn i studien at kriseplanen har gitt informantene økt kontroll i eget liv, noe som også er hensikten med det å ha en kriseplan. Funn som ikke har blitt beskrevet før er at arbeidet med kriseplan er krevende når en ikke kjenner seg selv godt nok. Funnene vil videre bli diskutert kronologisk etter hovedkategoriene som delte opp resultatdelen.

Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv i denne undersøkelsen innbefatter blant annet at kriseplanen har hjulpet brukerne til å kunne hjelpe seg selv i krisesituasjoner. Krisesituasjoner hvor en kjenner på økt symptomtrykk beskrives som vanskelig av informantene i denne studien. De blir forvirret og hjelpeløse. Ifølge Hopkins og Niemiec (2007) kan bruk av uheldige mestringsstrategier oppstå i perioder der brukerne kjenner seg hjelpeløs, redd og forvirret. I slike tilfeller er det nærliggende å anta at informantene har nedsatt egenomsorgskapasitet. De har utfordringer med å ta beslutninger om egenomsorg og gjøre disse beslutningene om til handling (Orem, 2001). Overgangen fra å være innlagt til det å bli utskrevet kan være en krevende fase, som innebærer økt ansvar for å ta vare på seg selv (Kjøllesdal & Iversen, 2015; Nolan et al., 2011). Bedringsprosessen blir av Borg og Davidson (2008) beskrevet som en subjektiv opplevelse som nødvendigvis ikke skjer mens brukeren er innlagt, men heller skjer i brukerens eget hverdagsliv.

Mgutshini (2010) undersøkte i sin forskning årsaker til at brukere ble re-innlagt kort tid etter utskrivning. Der beskrev brukere at hovedårsaken til re-innleggelse kom av episoder som var situasjonsbetinget. Kan en da hindre reinnleggelse hvis man styrker egenomsorgskapasiteten til brukeren under innleggelse? Resultater fra den aktuelle studien viser at noen av informantene ikke har brukt kriseplanen aktivt etter utskrivning, men hatt den som en påminnelse om hva de skal gjøre, hvis de begynner å kjenne seg dårlig. Informantene fortalte at de husket mye av det de hadde lært mens de var innlagt, og at de benyttet denne kunnskapen i dagliglivet. På grunn av dette er det nærliggende å anta at noen av informantene har fått styrket sin egenomsorgskapasitet under innleggelsen. Samtidig kan vi ikke vite om noen av informantene blir innlagt igjen, selv om de har fått styrket sin egenomsorgskapasitet.

Videre kan resultatene fra min undersøkelse forstås som at kriseplan ikke trenger å være det rette verktøyet for alle, så lenge en har noen andre strategier som kan hjelpe de i hverdagen. Suto, Murray, Hale, Amari og Michalak (2010) hadde noen sammenfallende funn i sin studie. I den studien undersøkte de hvilke selvhjelpstrategier som ble anvendt av pasienter med en bipolar lidelse. Her fant de ut at aktiv bruk av kriseplan trenger ikke være nødvendig for alle, så lenge man opprettholder struktur i hverdagen og tar hensyn til at man har en psykisk lidelse (Suto et al., 2010). Med bakgrunn i dette kan en anta at personer som har lært seg å leve med lidelsen samt har en styrket egenomsorgskapasitet, har mindre behov for å bruke kriseplanen sin aktivt.

Funn i studien viser at noen av informantene har erfart at planen gir de noe konkret å følge, når de føler de er i ferd med å miste oversikten. Målet er å lage planen så enkel som mulig (Matarazzo et al., 2014) ved at brukeren skriver ned tiltakene så konkret, at disse ikke blir vanskelig å utføre ved episoder med økt symptomtrykk. Ved at planen er så konkret og enkel, har den bidratt til å gi informantene økt kontroll. Funn i studien samsvarer med annen forskning som påpeker at kriseplanen gir brukerne økt kontroll (Henderson et al., 2009; Jørstad, 2015). Henderson et al. (2009) gjennomførte en spørreundersøkelse blant brukere og pårørende om deres syn på kriseplaner og brukerne beskrev blant annet at de følte de hadde mer kontroll når de hadde en kriseplan. Resultater fra den gjennomførte studien viser at informantene trekker frem kontroll, som noe av det viktigste med å ha en kriseplan. Den gir en form for trygghet og sikkerhet. Farrelly et al. (2015b) fremhever at kontroll er noe av det som motiverer flest til å etablere en kriseplan. Kontroll gir brukeren muligheter til økt følelse av mestring og personlig utvikling (van der Ham et al., 2013). Bredski et al. (2015) intervjuet pasienter om hva de syntes var viktig i sin bedringsprosess mens de var innlagt. Her fortalte majoriteten om et behov for å føle kontroll, selv i perioder med økt symptomtrykk. De fleste som ble intervjuet ønsket mer kontroll, samtidig med at støtte og hjelp var tilgjengelig. Behov for å ha kontroll er altså avgjørende mens man er innlagt og etter utskrivning fra institusjon.

Funn i studien peker på at noen av informantene har erfart at de tidligere ikke var observant på individuelle varselsignaler. Dermed var de ikke forberedt og kunne av den grunn ikke iverksette tiltak i en tidlig fase. I likhet med Daggenvoorde et al. (2013) som undersøkte hvilken betydning kriseplaner hadde for personer med bipolar lidelse, blir det i denne studien trukket frem at man blir kjent med egne varselsignaler gjennom bruk og skriving av kriseplan, samt gjennom erfaringen man skaffer seg over tid. Slik kan det tolkes at jo større sykdomsinnsikt du har, desto raskere kan du gjenkjenne egne varselsignaler og iverksette tiltak i

en tidlig fase. Kriseplanen skal gjøre brukerne mere observant på egne reaksjonsmønstre og hvordan en kan hjelpe seg selv (Borschmann et al., 2014; Daggenvoorde et al., 2013; Farrelly et al., 2015a). Derfor er det viktig å legge merke til individuelle varselsignaler hos brukeren og samtidig få de skrevet i planen (Grant & Lusk, 2015; Gudde et al., 2013). Forebygging gjennom å iverksette tiltak på et tidlig stadium i en krise, kan hindre at uheldige mestringsstrategier blir tatt i bruk og at krisen eskalerer ytterligere (Hopkins & Niemiec, 2007).

Studiens funn understreker at det er veldig viktig å iverksette tiltak tidlig og Slade (2009) fremhever evnen til å gjenkjenne tidlige tegn på tilbakefall og iverksettelsen av tiltak som en av de viktigste selvhjelpstrategiene. Å skaffe seg selvhjelpsstrategier, beskriver Slade (2009), som den beste måten for å forhindre kriser. Ved hjelp av disse strategiene får brukeren mer myndighet og motstandsdyktighet til å mestre tilbakefall. Stanley og Brown (2012) trekker frem de individuelle mestringsstrategiene som avgjørende mot å føle seg sårbare i krisesituasjoner, og de øker brukerens følelse av å kunne håndtere situasjonen. Ved spørsmål om hvilke teknikker og aktiviteter som blir anvendt mest i krisesituasjoner, fortalte brukere at de brukte meditasjon, avslapningsøvelser og andre selvhjelpstrategier mest (Mind, 2004). I likhet med Borg og Davidson (2008) viser studiens funn, at behovet for dagligdagse gjøremål som bl.a. klesvask og behovet for å fylle dagen med meningsfulle aktiviteter som daglige gåturer, er betydningsfulle pasienterfaringer knyttet til selvhjelpsstrategier. Å gjøre lystbetonte aktiviteter bygger styrke til å møte motgang og troen på at man skal bli bedre (Borg & Davidson, 2008). I undersøkelsen beskriver noen av informantene at de bruker dagligdagse gjøremål til å skifte fokus når de kjenner økt symptomtrykk. Å anvende kriseplan til å skifte fokus blir trukket frem som vesentlig. Kriseplanen har hjulpet flere av informantene til å ikke reagere på impulsene, ved at de revurderer situasjonen og heller kommer i gang med noen dagligdagse gjøremål. Selve hensikten med å komme i gang med disse aktivitetene er at de skal fungere som en distraksjon til krisen (Stanley & Brown, 2012). De selvhjelpstrategier som brukere velger å anvende kan være veldig individuelle, slik at hver enkelt må finne strategier som passer og fungerer best for seg selv (Lucock et al., 2011).

Funn i studien fremhever pårørende og nære venners rolle i det å iverksette tiltak tidlig. En viktig rolle i både å gjenkjenne tidlige varseltegn samt varsle hjelpeapparatet. For hvis brukeren ikke legger merke til de individuelle varselsignalene, blir det i denne studien påpekt at de som er nær brukeren kan legge merke til dem. I tillegg kan venner og familie få større forståelse for varselsignalene, slik at de får økt kunnskap om hva som skjer og hva som bør

gjøres. Brukeren er avhengig av å ha familie og venner som har kunnskap og mulighet til å støtte personen i bedringsprosessen (Slade, 2009). Emosjonell støtte og praktisk hjelp blir fremhevet som noe av det viktigste brukerne ønsker fra sine venner og familie (Mind, 2004). Bøckmann (2016) påpeker at en åpen dialog er vesentlig for felles mestring. Bøckmann anbefaler brukeren å snakke åpent med sine nærmeste. Slik får de en mulighet for å ha samme forståelse for hva som har skjert og hva som er hensiktsmessig å gjøre videre. Å kjenne til hverandres ønsker, forventninger og behov kan hjelpe med å forstå hverandres situasjon og bidra til opplevelsen av fellesskap og tilhørighet (Bøckmann, 2016). I denne undersøkelsen har informantene erfart viktigheten av å være åpen med sine nærmeste pårørende, slik at de får en større forståelse for hva som skjer. Nasjonale retningslinjer anbefaler at pårørende trekkes inn som samarbeidspartner når en utarbeider en kriseplan (Helsedirektoratet, 2009). Orem (2001) påpeker at familie og venner fort kan bli en støttepartner i perioder hvor brukeren har egenomsorgssvikt. Veseth et al. (2012) fremhever at siden flere av varselsignalene består av endringer i atferd, kan nær slekt og venner bidra til å oppdage endringer i funksjon hos den enkelte bruker i en tidlig fase. Familien som helhet kan automatisk bli involvert i den enkeltes opplevelse av krisen, særlig hvis brukeren bor hjemme under en stressfull og kaotisk periode (Borg, Karlsson, Lofthus & Davidson, 2011). Matarazzo et al. (2014) anbefaler at også nettverket rundt har en kopi av kriseplanen tilgjengelig. Dette for å gi de kunnskap og et verktøy å anvende når de skal hjelpe brukeren gjennom en krise. Helsepersonell må i denne sammenhengen diskutere hvor mange kopier av kriseplanen brukeren har behov for, samt snakke med brukeren om hvor han/hun vil oppbevare den (Matarazzo et al., 2014).

Informantene i studien har erfart at det å ha kriseplanen tilgjengelig er viktig ved episoder med økt symptomtrykk. Faren for å glemme noen punkter og ikke etterleve planen er stor, dersom planen ikke er tilgjengelig (Germans et al., 2013). Sykehuset Sørlandet har prøvd å gjøre noe med tilgjengeligheten til kriseplanen. De lanserte i 2014 Min Plan, en elektronisk utgave av kriseplanen. De hadde tidligere erfart at brukere ikke hadde papirformatet av kriseplanen tilgjengelig når de trengte den som mest (Hausvik, 2015). For å øke tilgangen til kriseplanen for pasienten, har man ved psykiatrisk klinikk i Namsos hatt god erfaring med enten å ta bilde av planen med mobiltelefonen eller å skrive over planen i en kriseplan som utformes som et laminert bankkort (Germans et al., 2013). Det er rimelig å anta at brukeren må finne en strategi som passer best for seg selv, uavhengig om han/henne oppbevarer den på stua/kjøkkenet, bærer den med seg i lommeboka eller har den elektronisk på mobilen.

Erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle kobles blant annet til hvor krevende arbeidet med kriseplanen har vært for noen av informantene. Funn i studien viser at arbeidet med kriseplanen har vært utfordrende for noen, da det har vært vanskelig å forstå seg selv og sine egne varselsignaler. Å ikke kjenne seg selv godt og ikke vite hva en skal gjøre for å hjelpe seg selv, kan ifølge Orem (2001) være en egenomsorgsbegrensning. Veseth et al. (2012) fremhever at brukere kan bruke lang tid og iblant glemme å gjøre tiltak som de vet hjelper. I stedet kan de gjøre ting som forverrer situasjonen. I lys av disse funnene kan det være avgjørende at personalet som jobber med kriseplaner og hjelper pasientene å utarbeide disse, bruker god tid i innledningsfasen med kriseplanen. Slik at brukeren blir kjent med seg selv og hvilke tiltak som bør iverksettes hvis de begynner å få det vanskelig. Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons og Hunt (2013) fremhever innsikt som betydningsfullt i en bedringsprosess og potensielt mer viktig enn innleggelser generelt. Videre mener Daggenvoorde et al. (2013) at det å formulere egen kriseplan, er med på å utvikle innsikt om egen atferd, noe som er vesentlig for å ta ansvar for seg selv. Bedringsprosessen er avhengig av brukeren tar sin del av ansvaret (Smith, 2000) og i likhet med tidligere forskning (Gudde et al., 2013; Ridgway, 2001) presenterer informantene i denne studien behov for å hjelpe seg selv ut av krisen. De fremhever at de må ta ansvar for egen bedringsprosess, lære seg å hjelpe seg selv gjennom verktøy og strategier de får fra helsepersonell. Majoriteten av informantene i denne undersøkelsen visste hvilke tiltak de måtte iverksette, men samtidig var det for noen vanskelig å gjennomføre det som måtte gjøres. Å ta et personlig ansvar kan ifølge Mead og Copeland (2000) være veldig vanskelig når symptomtrykket er sterkt og vedvarende og det kan være nytteløst å stille forventninger til en person som er i et tidlig stadium av sin bedringsprosess (Slade, 2015). Noen informanter i denne studien fortalte at de har brukt flere år på å forstå sin egen rolle. Siden de ikke forstod sin egen rolle underveis, har de kanskje tatt mindre ansvar i bedringsprosessen? Samtidig fortalte noen at de tok initiativ og sørget for innleggelse når dette var nødvendig. Kan dette være et tegn på bedring at personen tar ansvar for sin situasjon og ber om innleggelse? En sentral tilnærming for å begrense tap av ansvar er derfor bruk av kriseplan. På den måten tar helsepersonell utgangspunkt i brukerens tidligere synspunkter og erfaringer om hva som kan hjelpe (Slade, 2015) og i en bedringsprosess heter det at pasienten trenger støtte fra helsevesenet til å ta så mye personlig ansvar som mulig (Slade, 2009). Ved å gjenta for pasienten at hun har valg, alternativer og ansvar, kan hjelperen styrke håp og optimisme hos pasienten (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) poengterer at det blir

hjelperens oppgave å oppmuntre og støtte pasienten når vedkommende blir mer selvstendig. Videre understreker Hungerford og Fox (2014) at helsepersonell må lytte aktivt til det brukerne har å si om egne livserfaringer omkring sin psykiske lidelse for å bygge selvtilliten og ansvarsfølelsen hos brukeren. I praksis kan dette innebære at brukeren får ansvaret for å velge hva hun vil gjøre, enten det dreier seg om å skrive tiltak i kriseplanen eller iverksette andre aktiviteter som kan bidra positivt. Bruker vi kriseplanen er det vesentlig å gå små skritt gradvis sammen med personen tilbake til en bedre tilstand (Mead & Copeland, 2000). Helsepersonen må sette seg inn i brukerens verden for å forsøke å forstå hvordan denne personen ser seg selv og sitt liv, for så deretter sette ord på sin opplevelse og undersøke om denne har rett (Berge og Repål 2008). Det er brukeren selv som er i førersetet. De som er rundt skal fungere som rådgivere og kartlesere (Borg et al., 2013).

Studiens funn viser at flere av informantene har en del innleggelser på psykiatrisk avdeling bak seg. I tillegg fremkommer det at noen av de har brukt lang tid før de forstod sin egen rolle i bedringsprosessen. Mulige årsaker til dette kan være nettopp hyppige innleggelser i sykehus. Det viser seg at jo oftere mennesker blir innlagt på psykiatrisk avdeling, desto mer avhengig blir de av disse tjenestene. Dette på grunn av undertrykking av egne ressurser og nedsatt tro på egen rolle i bedringsprosessen (Cleary, Hunt, Walter & Freeman, 2006). Slade (2015) understreker at det kan være en aktiv hindring for bedring, hvis brukeren forventer at fagpersonen skal kurere ham eller henne. Passiv underordning i møte med hjelpeapparatet gir sjelden gode resultater (Slade, 2015). Brukeren trenger hjelp til selvhjelp og veiledning i å bruke egne ressurser (Aarre, 2010) for et av formålene med kriseplan er at bruker skal være delaktig og å ha medbestemmelsesrett (Hausvik, 2015). Skal kriseplanen fungere som planlagt må brukeren være delaktig. Spesielt når de har økt symptomtrykk, da de kan kjenne manglende kontroll og medbestemmelsesrett (Farrelly, Brown, et al., 2014). I Williams et al. (2014) fortalte brukere at innføring av kriseplaner har ført til mer myndiggjøring av dem, i tillegg mente de at de hadde fått en mer aktiv rolle i behandlingen av sin egen mentale helse. Aarre (2010) fremhever at brukere har behov for å kjenne seg myndige og ansvarlige for egen helse. Hvis brukerne kjenner seg motløse og underlegne i møtet med helsevesenet, er sjansen for at de har tiltro til egne ressurser liten (Aarre, 2010). Sannsynligheten for å få et bedre resultat øker når pasienten opplever hjelperen som empatisk, imøtekommende, full av respekt og engasjement og som et medmenneske som formidler håp, optimisme og trygghet (Helsedirektoratet, 2012b)

I en bedringsprosess er det avgjørende å ha kilder til motivasjon og håp (Borg & Davidson, 2008). I denne studien påpekes det av informantene at motivasjonen øker i grad med fremgangen. Gjør man flere riktige valg skaper det større tro på behandlingen og seg selv. Slade (2009) understreker at motivasjon blir skapt ved å være delaktig og aktiv og den blir opprettholdt gjennom å føle at en mestrer. For å ta omsorg over seg selv er det nødvendig at den enkelte er motivert (Orem, 2001) og Kartalova-O'Doherty og Doherty (2010) trekker frem at kampen for å bli bedre starter med å finne sin egen motivasjon i bedringsprosessen og i valg av mestringsstrategier. Som et ledd i bedringsprosessen må brukeren komme over det første stadiet ved å ha et ønske om en forandring, finne håp, mot og inspirasjon til å jobbe videre (Borg et al., 2013). Bandura (1997) referert i Borge (2008) hevder at den viktigste kilden til mestringsforventning er egne erfaringer. Den personlige mestringsprosessen har konsekvenser for hva man retter oppmerksomheten mot. På denne måten utvikles og bevisstgjøres kunnskap og handlingsrettede ferdigheter som kan anvendes i forskjellige livssituasjoner. Det er nærliggende å anta at jo flere positive erfaringer du har gjort deg med bruk av en mestringsstrategi, så vil du fortsette å bruke denne også i etterkant. I denne studien trekker noen informanter frem at de har lyst til å bli «frisk», få seg jobb og skaffe seg en utdanning. Kan det være aktuelt å kjenne til disse motivasjonskreftene, når personalet utarbeider kriseplan sammen med pasienten? Å bli minnet på hva man kjemper mot kan være en motivasjonsfaktor i bedringsprosessen (Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2010). Mead og Copeland (2000) påpeker at helsepersonell må høre på hva brukeren vil og sørge for at målene for behandlingen kommer fra brukeren selv og ikke den som hjelper han. Det er viktig at helsepersonell aksepterer brukerens egne mål for motivasjon og trekker inn brukerens erfaringer og foretrukne strategier i arbeidet med kriser (Gudde et al., 2013). Borg og Topor (2014) fremhever betydningen av at noen holder håpet levende hos dem som ikke kan gjøre det selv, samtidig som at en må hjelpe personen til å ta håpet tilbake og holde fast ved det. Det kan i noen tilfeller handle om å stille krav og det kan også dreie seg om å ta over noen oppgaver, samt frita personen for ansvar.

Funn i studien viser at informantene har erfart at en må være åpen og ærlig om hva som bør stå eller ikke stå i planen. Både at helsepersonell og brukeren selv må tilstrebe ærlighet når de arbeider sammen med kriseplanen. Hungerford og Fox (2014) uttaler at brukerne gjennom sin erfaring med å leve med sin lidelse, har opparbeidet seg ekspertise på hva som hjelper i situasjoner med økt symptomtrykk. Å sørge for at brukerkunnskapen får tilstrekkelig plass i behandlingen er viktig (Bøe & Thomassen, 2009). Brukeren bringer med seg en unik erfaring

og en kunnskap som er basert på opplevelser og fra refleksjon gjennom egenopplevde hendelser (Bøe & Thomassen, 2009). I arbeidet med å utarbeide kriseplanen må brukeren fortelle om sine erfaringer, slik at disse blir utgangspunktet for planen (Daggenvoorde et al., 2013). Siden det som hjelper for den enkelte er så individuelt, er det viktig at innholdet i kriseplanen gjenspeiler det som er vesentlig for den enkelte bruker (Borschmann et al., 2014; Stanley & Brown, 2012). Erfaringsmessig kan det for noen være utfordrende å skrive ned tiltak i en kriseplan, da de enda ikke har erfart hva som hjelper eller ikke. I slike tilfeller kan personalet komme med forslag til hva som kan stå i planen. Selv om det er godt ment, kan vi i slike situasjoner ende opp med tiltak i planen som brukeren egentlig ikke er enig i. Denne undersøkelsen viser at slike tiltak kan forverre situasjonen for brukeren. Lucock et al. (2011) påpeker at helsepersonell må balansere hjelpen de gir. En balanse mellom å gi brukeren det hele og fulle ansvaret og det å ta kontrollen fra brukeren. Sliter brukeren med å finne ut hva som bør stå i planen, er det viktig at helsepersonell hjelper og støtter de, slik at brukerne får skrevet det ned med egne ord, slik at det passer med deres preferanser (Daggenvoorde et al., 2013; Lucock et al., 2011; Stanley & Brown, 2012). I denne studien blir det presisert at ting kan endre seg drastisk, og at det da er fint å vite at man har skrevet kriseplanen selv. Det blir nevnt at man husker tilbake til da man skrev planen, og at dette kan bidra til å få det bedre igjen. Stanley og Brown (2012) fremhever betydningen av å skrive ned det som passer best for den enkelte bruker. Blir kriseplanen utarbeidet av hjelper, uten innspill av brukeren, vil sannsynlig de nedskrevne mestringsstrategiene være mindre hjelpsomme. Det optimale er ifølge Gudde et al. (2013) at hjelpen en bruker mottar, er basert på enighet mellom brukerens egne mestringerfaringer og hjelperens profesjonelle kunnskap. Oppstår det uenighet er det fordelaktig at dette diskuteres før og ikke under en krise (Slade, 2009). Ifølge Aarre (2010) er det helt avgjørende at pasienten opplever seg selv som aktør, og får hjelp til å mobilisere egne ressurser. Dette skaper økt opplevelse av mestring og mening og motvirker oppgitthet og passivitet. Germans et al. (2013) fremhever at dette er pasientens egen plan og at pasienten selv må ha troen på at punktene passer for dem selv og at tiltakene vil virke som planlagt.

Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle knyttes blant annet til kontinuitet og hvor viktig dette er for personene som befinner seg i en psykisk krise. Studiens funn viser at noen av informantene har erfart at personalet ikke kjente til pasientens kriseplan. Tidligere forskning viser at et av punktene som gjør at kriseplaner ikke blir fulgt opp tilstrekkelig i helsevesenet, er nettopp at de ansatte ikke kjenner til at brukeren har en kriseplan (Henderson et al., 2015; Thornicroft et al., 2013). Hausvik (2015) fremhever at planen bør finnes lett

tilgjengelig både hos brukeren, nærmeste pårørende og i pasientjournalen. Når planen er lett tilgjengelig for alle parter skaper det forutsigbarhet og kontinuitet. Borg og Topor (2014) fastslår at mennesker med psykiske lidelser kan ha svekket evne til å etablere relasjoner. Derfor må hjelpen de mottar rettes mot å etablere og beholde relasjoner, gjennom å sikre kontinuitet i behandlingen. Tidligere forskning beskriver at kontinuitet og forutsigbar kontakt med hjelpeapparatet er viktig i kriseepisoder med økt symptomtrykk (Rise et al., 2014). I likhet med tidligere studier viser funn i denne studien at det er krevende og vanskelig å måtte gjenta den samme informasjonen og de samme forklaringene om igjen (Rise et al., 2014). Uavhengig av hvilken hjelp man får, blir det avgjørende å ha kjente og tillitsfulle hjelpepersoner som vet hva den enkelte bruker har behov for i kriseperioder (Gudde et al., 2013; Rise et al., 2014). Derfor er det viktig å skreddersy kriseplanen til den enkelte bruker, slik at denne får riktig hjelp, selv om det ikke er kjente hjelpepersoner på jobb den aktuelle dagen (Farrelly, Szmukler, et al., 2014). Nolan et al. (2011) påpeker at manglende kontinuitet i hjelpeapparatet kan lede til isolasjon, ensomhetsfølelse og manglende mulighet til å delta selv i planlegging av egen helsehjelp. En bør tilstrebe kontinuitet i behandlingen og lage en plan for hvordan pasienten raskt kan få kvalifisert hjelp, dersom han eller hun får tegn på tilbakefall (Helsedirektoratet, 2012b).

Farrelly, Brown, et al. (2014) undersøkte hva brukere med psykotisk lidelse trengte i perioder med tilbakefall. Her fortalte brukerne om et behov for støtte og mulighet for å snakke med noen om hva de opplevde. Selv om ingen av informantene i min studie har en psykoselidelse, fremkommer det også i denne studien at det er vesentlig å ha noen å snakke med. Å rådføre seg og dele sine problemer med andre personer eller helsepersonell kan ifølge Kartalova-O'Doherty og Doherty (2010) bidra til å kontrollere negative følelser. Stanley og Brown (2012) poengterer at ikke alle er komfortable med å dele planen med venner og familie, slik at det blir en utfordring å kontakte noen av disse i perioder med kriser. I denne studien viser det seg at noen hadde mulighet til å ringe psykiatrisk sykepleier i kommunen eller direkte inn til psykiatrisk avdeling og spørre om råd. Mind (2004) spurte sine informanter om hvilken hjelp de ønsket mest fra helsevesenet. Flertallet ønsket emosjonell støtte og råd i vanskelige livssituasjoner. Matarazzo et al. (2014) anbefaler at navn og nummer til noen man stoler på, og har et stabilt forhold til, står skrevet ned i planen. Å ha mulighet for å ringe direkte inn til psykiatrisk avdeling for råd og veiledning, gir brukeren tilgang til et døgnåpent hjelpetilbud, noe som tidligere forskning har vist har vært et ønske hos andre brukere (Hopkins & Niemiec, 2007; Nolan et al., 2011).

Studiens funn trekker frem betydningen av å introdusere kriseplan tidlig for brukeren og i begynnelsen av et behandlingsforløp, og noen av informantene erfarte at kriseplan ikke ble introdusert tidlig nok og at fokuset på bruk av kriseplan var liten. Årsaken til at kriseplan ikke blir introdusert tidlig eller i det hele tatt i et behandlingsforløp kan ifølge van der Ham et al. (2013) være at helsepersonell ikke har gjort dette til sin rutine. De glemmer rett og slett å vurdere kriseplan som et alternativ (van der Ham et al., 2013). Andre årsaker kan være manglende implementering og kontinuitet på grunn av liten kunnskap om bruk av kriseplaner (Thornicroft et al., 2013; van der Ham et al., 2013). For å løse dette foreslår van der Ham et al. (2013) en mer strukturert implementering av kriseplaner i behandlingen, slik at de ansatte blir mer kjent og trygg med bruk av kriseplaner. En bør tilstrebe god kommunikasjon og avgjøre hvem som har ansvar for hva.

Et av målene med en kriseplan er at den skal hjelpe en bruker med å ta kontroll og avbryte en negativ tankespiral tidligst mulig (Germans et al., 2013). Klarer ikke brukeren å avbryte den negative tankespiralen, kan det ende med innleggelse på sykehus. Funn i studien viser at noen av informantene har erfart å dra nytte av innleggelse i sykehus. Noen innleggelse har vært planlagte og andre har vært akutte kriseinnleggelse. Det ble rapportert positive erfaringer med planlagte innleggelse, ved at man får svar på ulike spørsmål og avlastning fra en utfordrende hverdag. Lamb og Bachrach referert i Lorem (2014) påpeker at innleggelse i sykehus må være tilgjengelig for de som trenger det, også i form av periodevis avlastning. Videre at planleggingen av tjenestetilbudene er avgjørende. Tjenestetilbudene må tilpasses den enkeltes behov og at brukere bør tas med i planleggingen av tilbudene som inkluderer dem selv. Å hjelpe personer til å leve sine liv utenfor institusjon med hjelp av egne ressurser må være målsettingen den tiden brukeren er innlagt (Nolan et al., 2011). Derfor må helsepersonell utnytte tiden mens brukeren er innlagt til å utarbeide en kriseplan, eller arbeide aktivt med å utvikle og tilpasse en eventuelt foreliggende kriseplan (Germans et al., 2013). I likhet med Matarazzo et al. (2014) viser studiens funn at kriseplanen må evalueres og oppdateres kontinuerlig og under en innleggelse har helsepersonell sjansen til å bidra i denne jobben. Informantene i studien fremhever viktigheten av å snakke jevnlig om hva som bør stå i planen. Kan årsaken til dette være at de har erfart at punktene i kriseplanen ikke har fungert for dem? Et av målene med kriseplan er at brukeren skal kunne hjelpe seg selv ved å hindre at kriser eskalerer. Skal brukeren klare dette, viser funn i denne studien at de første punktene i kriseplanen som omhandler individuelle mestringsstrategier må fungere. Har en bruker hyppig kontakt med helseapparatet, er det nærliggende å anta at kriseplanen må revideres. Videre kan

en stille seg spørsmål om hvem som skal avgjøre om kriseplanen fungerer. Er det helseapparatet eller brukeren selv? Er det slik at kriseplanen har en optimal virkning, så lenge brukeren ikke har hyppig kontakt med helsevesenet og ikke blir innlagt? En kan ikke vite om det er kriseplanen eller andre forhold som gjør at brukeren ikke har hyppig kontakt med hjelpeapparatet. Det er nærliggende å anta at brukeren selv må definere om kriseplanen hjelper eller ikke. Det er tross alt brukeren som skal anvende den. Grant og Lusk (2015) understreker at kriseplanen er et «levende dokument» og innholdet i den må oppdateres jevnlig, slik at det passer med brukerens behov og omstendighetene rundt. Brukeren kan eventuelt ha tilegnet seg nye mestringsstrategier som trenger å stå i planen. Videre kan brukeren ha blitt kjent med nye ressurspersoner som bør føres opp i planen (Matarazzo et al., 2014).

4.2 Metodediskusjon

Kvalitet i kvalitativ forskning er avhengig av at forsker gjør rede for de valg som er gjort underveis i prosessen. Her under kommer en diskusjon vedrørende undersøkelsens troverdighet, gyldighet og overførbarhet.

4.2.1 Troverdighet

Troverdighet i en studie brukes ofte i sammenheng med spørsmålet om en annen forsker kunne ha reprodusert resultatene som kom fra studien ved å anvende samme metode (Thagaard, 2013). Om resultatene fra en kvalitativ studie er repeterbar kan diskuteres, da resultatene er farget av den enkelte tolkning hos forsker og slik sett blir det umulig for en annen forsker å gjenta resultatene etter et kvalitativt intervju (Thagaard, 2013). Samtidig vil informantene reagere forskjellig på ulike intervjuere og på denne måten blir det også utfordrende å reprodusere samme resultat. Kriteriet om repeterbarhet blir derfor ikke relevant i denne undersøkelsen. Forskeren må heller ha en aktiv holdning til å vise vilje og evne til å stille seg kritisk til egne fremgangsmåter, samt tolkninger i form av tvil og ettertanke (Thagaard, 2013).

Forsker har forsøkt å sikre troverdigheten ved å gjøre rede hvordan datamaterialet er transkribert og analysert. Analysen er lagt med for at leser skal få ytterligere kjennskap til hvordan forsker har analysert (Se vedlegg nr. 5). Intervjuguiden er også lagt med. Denne ble endret underveis, ved at forsker la til et spørsmål etter det første intervjuet. Spørsmålet som ble lagt til omhandlet hvor informantene oppbevarte kriseplanen sin, noe som var interessant og relevant for oppgavens tema og problemstilling.

4.2.2 Gyldighet

Aktuelle spørsmål for å vurdere gyldigheten kan være: Har jeg brukt relevante forskningsmetoder for å svare på forskningsspørsmålet? Har jeg brukt riktig måte for å analysere de data jeg har innsamlet? Har jeg fått tak i de riktige informantene?

Jeg anser at jeg har brukt en relevant forskningsmetode siden kvalitativt intervju blir beskrevet som en egnet måte for å innhente personlige erfaringer knyttet til et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg ser at min begrensede erfaring som intervjuer kan ha preget kvaliteten på intervjuene. Noe som igjen kan være en potensiell feilkilde i denne undersøkelsen. Etter å ha gjennomgått intervjuene, ser jeg at jeg med fordel kunne ha vært bedre til å gjenkjenne nøkkelord og stille oppfølgingsspørsmål. Jeg innser at verdifull informasjon kan ha gått tapt ved at jeg tidvis ikke stilte oppfølgingsspørsmål. Blant annet ved spørsmål der jeg fikk korte svar, hvor jeg kunne fått flere detaljer og nyanser rundt spørsmålet, hvis jeg hadde stilt oppfølgingsspørsmål.

Informantene fikk tilbud om å få tilsendt en kopi av det transkriberte intervjuet, men ingen valgte å benytte seg av denne muligheten. Slik gikk jeg glipp av en mulighet til å diskutere transkripsjonen med informantene. I etterkant ser jeg at jeg med fordel kunne ha brukt litt mer tid på å forklare de hensikten, samt å gi de kopi. Slik at de kunne sett over og verifisert det transkriberte materialet.

Ved avdelingen som informantene ble rekruttert fra var det ikke noe strukturert opplegg for hvem som skulle ha en kriseplan. Det ble opp til den enkelte miljøkontakt/behandler å foreslå kriseplan som et aktuelt tiltak for pasienten. På denne måten kan det bli veldig tilfeldig hvem som blir tilbudt kriseplan. For å sikre at de jeg rekrutterte hadde tilstrekkelig erfaring med kriseplanen sin, ble disse igjen kontaktet to måneder etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost. Dette førte til at rekrutteringen av informanter tok lang tid. Det finnes ingen fasit for mange informanter en har behov for, men Kvale og Brinkmann (2015) hevder en skal fortsette til en oppnår en form for metning. Med tanke på dette ser jeg i etterkant at antallet informanter kunne ha vært større. Tidsrammen la begrensninger i hvor mange informanter som ble med i min forskning.

Dataenes gyldighet er sterkt avhengig av om vi har fått tak i de riktige kildene (Thagaard, 2013). Utvalget i denne undersøkelsen består av seks informanter, som alle er utskrevet med en form for kriseplan. Med bakgrunn i dette har alle informantene kunnskap og bakgrunn for

å svare på undersøkelsens forskningsspørsmål. Samtidig kan ikke forsker vite om utvelgelsen av informanter har vært basert på hvem de ansatte tror vil svare best på en slik undersøkelse, og på grunn av dette har unnlatt å spørre potensielt mer krevende informanter.

Godt teoretisk forarbeid og kritisk syn på analysen er vesentlige virkemidler for å styrke gyldigheten av en kvalitativ studie (Thagaard, 2013). Siden jeg var kjent med metoden til Graneheim og Lundmans innholdsanalyse fra tidligere, valgte jeg å ta utgangspunkt i denne. Jeg har forsøkt å være mest mulig fleksibel i min lesning av datamaterialet, slik at jeg kan få øye på nye ting underveis. Jeg hadde problemstillingen for undersøkelsen framfor meg, mens jeg satt og leste intervjuene. Dette for å holde fokus på å finne ting som var relevant. Utgangspunktet for analysen var å gjøre en latent analyse av innholdet, men dette ble en utfordring da materialet var såpass lite og konkret. Hadde jeg gjort en fullverdig latent analyse, kunne det ført til store endringer fra den opprinnelige historien til informantene.

For å sikre gyldigheten i denne undersøkelsen har jeg tidligere gjort rede for forskerens rolle i forskningsprosessen. Jeg har etter beste evne forsøkt å sette egen forforståelse i parentes, slik at ny informasjon kan komme frem i lyset. Jmfør kapittel 2.5. Samtidig er jeg åpen for at jeg kan ha oversett nyanser i datamaterialet og gjort tolkninger som er i samsvar med egne erfaringer. Det er ifølge Graneheim og Lundman (2004) en fordel å gjøre analysen sammen med en annen forsker. Slik sett kan det være en svakhet at jeg har gjort analysearbeidet alene. For å gyldiggjøre prosessen med utvelgelse av ulike sub-kategorier og kategorier, har veileder sett gjennom de ulike valgene jeg gjorde i analysearbeidet og hennes kommentarer underveis gjorde kategoriene mer presise.

4.2.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om i hvilken grad funnene fra undersøkelsen kan overføres til andre enn de man faktisk har undersøkt (Thagaard, 2013).

Å ikke innskrenke undersøkelsen til en bestemt pasientgruppe, kan være en svakhet med tanke på overførbarheten. I tillegg er det også vanskelig å overføre funnene til andre kontekster, med et så lavt antall informanter. Videre var det ulikheter i hvor mye de enkelte informantene bidro, noe som igjen sier noe om overførbarheten.

Forskeren kan ifølge Graneheim og Lundman (2004) gi forslag til grupper som resultatene er overførbar til, men det er opp til leseren om funnene er overførbar til en annen situasjon eller

ikke. I tillegg hevder Thagaard (2013) at overførbarheten kan knyttes til gjenkjennelse. Personer med erfaring fra bruk av kriseplaner kan kjenne seg igjen i de resultatene som har blitt formidlet i denne oppgaven. Slik sett kan funnene ha relevans for den daglige praksisen i psykisk helsevern i dag.

Målet med studien har uansett ikke vært å generalisere. Hensikten med studien har vært å innhente erfaringer med bruk av kriseplan, og derfor er det ikke vesentlig for undersøkelsen å begrense den til en bestemt diagnosegruppe, men jeg har påsett at alle som er med har hatt kriseplan over tid, slik at de har tilstrekkelig erfaring til å svare på forskningsspørsmålene.

Studien har utforsket pasienterfaringer med kriseplan, et bidrag det ikke finnes veldig mange av i Norge i dag. Funnene kan gi et verdifullt bidrag til arbeidet med kriseplaner i fremtiden. Vi har hele tiden behov for ny kunnskap, for å reflektere og stille spørsmål til etablert praksis.

5.0 KONKLUSJON

Generelt støtter resultatene fra studien den internasjonale forskningen som viser at kriseplan er nyttig for pasientene som anvender den. Denne studien har vist at noen har hatt nytte av å ha en kriseplan etter utskrivelse ved at den har gitt de mer kontroll og trygghet i hverdagen. Videre at den har hjulpet noen med å bli mer kjent med egne varselsignal og mestringsstrategier for å takle utfordringer i hverdagen etter utskrivelse. Studien har gitt nyttig informasjon til helseapparatet om hvor viktig det er å ta utgangspunkt i brukernes egne erfaringer, når man skal jobbe med kriseplaner. Er brukeren innlagt, må det settes av tilstrekkelig tid, slik at brukeren får jobbet strukturert og tilstrekkelig med planen før utskrivelse. I tillegg viser funn i studien at det er avgjørende å revidere og oppdatere eksisterende kriseplaner. I arbeid med bruk av kriseplaner i fremtiden, har denne studien vist at det er avgjørende at brukeren er delaktig og har et eierforhold til sin kriseplan. Slik at kriseplan blir tilpasset den enkelte brukers utfordringer og måter å håndtere krise på.

I arbeidet med forebygging av tilbakefall etter utskrivelse anbefales det å lage en kriseplan med fokus på å gjenkjenne tidlige varselsignaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall og drøfte hvordan disse situasjonene kan møtes (Helsedirektoratet, 2009). En kan ikke forutse under innleggelsen, hvem som bør tilbys en kriseplan eller ikke. Videre vet man ikke hvem som vil bruke den hvis personen blir tilbudt å utarbeide en kriseplan. Dette vet man først i etterkant, og slik sett bør alle få tilbudet om å utarbeide en kriseplan. På tross av at man ikke anvender kriseplanen aktivt, har denne studien vist at kriseplanen allikevel har en form for funksjon. Selv om kriseplanen ikke har blitt brukt av alle, så vet de som ikke har brukt den, at den finnes når de trenger den. På denne måten fungerer kriseplanen som sosial støtte. Vissheten om at den sosiale støtten er tilgjengelig, er ofte tilstrekkelig for å kunne være en effektiv bidragsyter i forebygging av psykiske kriser (Antonovsky, 2005). Forskning viser at pasienter innlagt på norske sykehus etterlyser at de blir mer forberedt på tiden etter utskrivning fra psykiatrisk sengepost (Kjøllesdal & Iversen, 2015). I tillegg ønsket pasientene hjelp og behandling som gjorde de i bedre stand til å forstå og mestre sine psykiske plager (Kjøllesdal & Iversen, 2015). Med denne undersøkelsen i tankene kan en anta at alle innlagte pasienter bør tilbys en form for plan etter utskrivelse, selv om det nødvendigvis ikke er en konkret kriseplan. Aktiv bruk av kriseplan trenger ikke være nødvendig for alle, så lenge en opprettholder struktur i hverdagen og tar hensyn til at man har en psykisk lidelse (Suto et al., 2010). Å hjelpe mennesker til å mestre eget liv ved hjelp av egne ressurser må være den største måloppnåelsen en kan ha innen psykisk helsevern. Målet er at brukeren kommer til det

siste stadiet i bedringsprosessen og oppnå god livskvalitet, føle seg vel og trives med seg selv og eget liv (Borg et al., 2013).

Betydningen og nytten av å ha en kriseplan trenger å bli videre utforsket. Å kontakte brukere som har en kriseplan, som ikke har hatt kontakt med hjelpeapparatet på en god stund, kunne vært et tema for videre forskning. Dette for å finne ut om det er kriseplanen som har vært avgjørende eller andre faktorer som har bidratt til den potensielle positive endringen i hverdagen. Vi kunne gjennomført denne undersøkelsen på nytt, men med et større utvalg. Et større utvalg kunne gitt mer detaljrikdom omkring temaet. Videre kunne vi gjort en metodetriangulering, ved at vi i etterkant av intervjuene kunne utarbeidet et spørreskjema basert på tema som skilte seg ut i intervjusituasjonen. I tillegg hadde det vært interessant å utføre en RCT-studie på kriseplaner, der fokuset var de individuelle selvhjelpstrategiene som står først i kriseplanen. Den ene gruppen kunne jobbet strukturert med disse strategiene sammen med sin miljøkontakt under en innleggelse, mens den andre gruppen kunne fått utlevert en tom kriseplan og utfylt denne alene under innleggelsen. Dette for å finne ut hvor avgjørende de første punktene i kriseplanen kan være for å forhindre nye kriser og om hjelp fra miljøkontakt hjelper/har større virkning enn at pasienten gjør det alene.

REFERANSELISTE

- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Barrett, B., Waheed, W., Farrelly, S., Birchwood, M., Dunn, G., Flach, C., . . . Byford, S. (2013). Randomised Controlled Trial of Joint Crisis Plans to Reduce Compulsory Treatment for People with Psychosis: Economic Outcomes. *PLoS ONE*, 8(11), e74210. doi: 10.1371/journal.pone.0074210
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. doi: 10.1080/09638230701498382
- Borg, M., Karlsson, B., Lofthus, A. M. & Davidson, L. (2011). "Hitting the wall": Lived experiences of mental health crises. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.7197
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner - om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Borge, L. (2008). Institusjonen: Et sted for læring, mening og eksistens. I *Se mennesket: Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (s. 112-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., . . . Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364. doi: 10.1192/bjp.bp.112.117762
- Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, R. C., Rose, D., Szmukler, G. & Moran, P. (2014). Advance statements for borderline personality disorder: a qualitative study of future crisis treatment preferences. *Psychiatr Serv*, 65(6), 802-807. doi: 10.1176/appi.ps.201300303
- Bratrud, T. & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(03).

- Bredski, J., Forsyth, K., Mountain, D., Harrison, M., Irvine, L. & Maciver, D. (2015). What in-patients want: a qualitative study of what's important to mental health service users in their recovery (Wayfinder Partnership). *Mental Health Review Journal.*, 20(1), 1-12. doi: doi:10.1108/MHRJ-02-2014-0003
- Bremnes, O. (2015). *Sluttrapport: Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag. "Helt - ikke stykkevis og delt"*:
- Brudvik, M., Ness, E. & Walby, F. (2014). Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger - erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi*, 19(3), 7-12.
- Böckmann, K. (2016). *Å være pårørende til en med psykisk lidelse*. . Hentet 8. februar 2017 fra <http://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/aa-vaere-paaroerende-til-en-med-psykisk-lidelse>
- Bøe, D. T. & Thomassen, A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M. & Hunt, G. E. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *Int J Ment Health Nurs*, 22(3), 205-212. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x
- Cleary, M., Hunt, G. E., Walter, G. & Freeman, A. (2006). The patient's view of need and caregiving consequences: a cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(5), 506-514. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00972.x
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. (3. utg.). Oslo. : Aschehoug.
- Daggenvoorde, T. H., Goossens, P. J. J. & Gamel, C. J. (2013). Regained Control: A Phenomenological Study of the Use of a Relapse Prevention Plan by Patients With a Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(4), 235-242. doi: 10.1111/ppc.12009
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R., Birchwood, M., . . . Thornicroft, G. (2014). What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1609-1617. doi: 10.1007/s00127-014-0869-1
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2015a). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect*. doi: 10.1111/hex.12368

- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2015b). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qual Health Res*, 25(12), 1637-1647. doi: 10.1177/1049732314566320
- Farrelly, S., Szmukler, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2014). Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23(4), 353-359. doi: 10.1017/s2045796013000401
- Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7571), 729. doi: 10.1136/bmj.38929.653704.55
- Germans, S., Haug, I., Evensen, E. O. K., Solhaug, H. & Ørjasæter, A. (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 Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grant, C. L. & Lusk, J. L. (2015). A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 291-298. doi: 10.2147/JMDH.S50529
- Gudde, C. B., Olso, T. M., Antonsen, D. O., Ro, M., Eriksen, L. & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scand J Public Health*, 41(2), 185-190. doi: 10.1177/1403494812472265
- Hausvik, G. I. (2015). App for forebygging og håndtering av kriser *Suicidologi*, 20. doi: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.1918>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Frivillighet før tvang -Tiltak for å redusere omfang av tvangsinngjeller til psykisk helsevern* Oslo: R. f. p. helse. Hentet fra <http://docplayer.me/396790-Frivillighet-for-tvang-tiltak-for-a-reducere-omfang-av-tvangsinngjeller-til-psykisk-helsevern-radet-for-psykisk-helse.html>

- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012b). *Nasjonalt faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>
- Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., . . . Study, G. (2015). Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry, 14*(3), 281-283. doi: 10.1002/wps.20256
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Bmj, 329*(7458), 136. doi: 10.1136/bmj.38155.585046.63
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 44*(5), 369-376. doi: 10.1007/s00127-008-0442-x
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G. & Zinkler, M. (2008). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv, 59*(1), 63-71. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.63
- Hopkins, C. & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 14*(3), 310-318. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01083.x
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt. Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo. : Gyldendal akademisk.

- Hungerford, C. & Fox, C. (2014). Consumer's perceptions of Recovery-oriented mental health services: An Australian case-study analysis. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 209-215. doi: 10.1111/nhs.12088
- Jørstad, L. (2015). *Pasienters erfaringer med bruk av kriseplan etter innleggelse*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Nord-Trøndelag.). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2374949/Linda%20J%c3%b8rstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kartalova-O'Doherty, Y. & Doherty, D. T. (2010). Recovering from recurrent mental health problems: giving up and fighting to get better. *International journal of mental health nursing*, 19(1), 3-15. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00636.x
- Kjøllesdal, J. G. & Iversen, H. (2015). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern: Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. (PasOpp-rapport nr. 9 – 2014). Oslo: Kunnskapsenteret.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorem, G. (2014). *Psykisk helse - Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R. & Edwards, C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health Soc Care Community*, 19(6), 602-616. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01014.x
- Matarazzo, B. B., Homaifar, B. Y. & Wortzel, H. S. (2014). Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *J Psychiatr Pract*, 20(3), 220-224. doi: 10.1097/01.pra.0000450321.06612.7a
- Mead, S. & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Ment Health J*, 36(3), 315-328.
- Mgutshini, T. (2010). Risk factors for psychiatric re-hospitalization: An exploration. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 257-267. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00664.x
- Mind, B. (2004). *Crisis.....what crisis. The experiences of being in a crisis in Bristol.*: B. U. F. Monitoring. Hentet fra <http://test.bristolmind.org.uk/files/docs/research/crisis-what-crisis.pdf>
- Nolan, P., Bradley, E. & Brimblecombe, N. (2011). Disengaging from acute inpatient psychiatric care: a description of service users' experiences and views. *Journal of*

Psychiatric & Mental Health Nursing, 18(4), 359-367. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01675.x

- Orem, D. (2001). *Nursing - Concepts of practice*. (6.). St. Louis, Missouri. : Mosby Inc. .
- Quinlan, C. & Coffey, A. (2015). Mental health nurses' perspectives on psychiatric advance directives. *Mental Health Practice*, 18(7), 25-30.
- Rise, M. B., Westerlund, H., Bjørgen, D. & Steinsbekk, A. (2014). Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 134-138. doi: 10.1177/0020764012471278
- Ruchlewska, A., Mulder, C., Waal, R., Kamperman, A. & Gaag, M. (2014). Crisis Plans Facilitated by Patient Advocates are Better than those Drawn up by Clinicians: Results from an RCT. *Administration & Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 41(2), 220-227. doi: 10.1007/s10488-012-0454-4
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A., Kamperman, A., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. & Mulder, C. (2014). Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0091882
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness - a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*. . Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Smith, M. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings from a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149.
- Srebnik, D. S., Russo, J., Sage, J., Peto, T. & Zick, E. (2003). Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization. *Psychiatr Serv*, 54(7), 981-986. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.981
- Stanley, B. & Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722911000630>
- Suto, M., Murray, G., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E. (2010). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *J Affect Disord*, 124(1-2), 76-84. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.004

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode*. (3. utgave. 2. opplag.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., . . . Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*, *381*(9878), 1634-1641. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62204-1
- van der Ham, A. J., Voskes, Y., van Kempen, N., Broerse, J. E. & Widdershoven, G. A. (2013). The implementation of psychiatric advance directives: experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psychiatr Rehabil J*, *36*(2), 119-121. doi: 10.1037/h0094983
- Veseth, M., Binder, P. E., Borg, M. & Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qual Health Res*, *22*(1), 119-133. doi: 10.1177/1049732311411487
- Williams, T. M., Smith, G. P. & Lumbus, A. M. (2014). Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Australasian Psychiatry*, *22*(5), 476-480. doi: 10.1177/1039856214546172

Vedlegg 1 Godkjenning fra Regional Etisk Komite



Region: REK midt	Saksbehandler: Øystein Lundestad	Telefon: 73597507	Vår dato: 20.04.2016	Vår referanse: 2016/287/REK midt
			Deres dato: 08.04.2016	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelse

Siv Grav

Finn Christensens vei 1

2016/287 Pasienterfaringer ved bruk av kriseplan etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost

Forskningsansvarlig: **Nord Universitet**

Prosjektleder: Siv Grav

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 11. mars 2016. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 8. april og har blitt vurdert av komiteens representant for psykologi på fullmakt, med hjemmel i forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10. Vurderinga er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Studien består av kvalitative, semistrukturerte intervju av pasienter om deres erfaringer og opplevelser av bruk av kriseplan etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost. Det tas sikte på å rekruttere 6-10 deltakere med enten ruslidelse, bipolar lidelse, angst- eller depresjonslidelse, ev. en kombinasjon av disse. Formålet er å innhente pasienters perspektiv på deres kriseplan og bruken av denne. Studien danner grunnlaget for en mastergrad i

psykisk helsearbeid ved Nord universitet.

Tilbakemelding

Prosjektleder har i sin tilbakemelding besvart komiteens spørsmål om utvalg og kriseplan. Prosjektleder mener at det i all hovedsak er en fordel ved studien at en har et bredt utvalg av deltakere og at fokus gjennomgående er pasienters erfaringer med bruk av kriseplan.

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert tilbakemelding, søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Studien tar sikte på å innhente pasienters perspektiv på kriseplaner, slik disse benyttes ved *avdelingen som informantene er hentet fra*. Dette gjøres gjennom semistrukturerte, kvalitative intervju minst to måneder etter utskriving.

Komiteen mener studien er interessant og vil kunne få fram pasienters syn på en viktig oppfølgingsplan for personer som er skrevet ut fra psykiatrisk sengepost. Planer for rekruttering og beredskap er på plass og ivaretar etter komiteens oppfatning pasientenes integritet. Komiteen er tilfreds med svarene i tilbakemeldinga og har ingen videre spørsmål til prosjektleder.

I vilkårene nedenfor ber komiteen blant annet om noen mindre endringer av informasjonsskriv. Såfremt vilkårene innarbeides i studien, mener komiteen at prosjektet framstår som forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenninga er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
2. Komiteen ber om at formuleringa "ypperlig mulighet" endres i informasjonsskrivet, da den kan framstå som appellerende. Skrivet har et noe uoversiktlig oppsett, og kan godt utstyres med deloverskrifter (se f.eks. REKs mal som befinner seg på våre hjemmesider). Komiteen ber om at siste versjon av skrivet sendes REK til orientering.
3. Komiteen forutsetter at prosjektet er godkjent av ansvarlig ledelse på institusjonen pasienter søkes rekruttert fra. Komiteen ber om å få tilsendt kontaktinformasjon til rette vedkommende sammen med siste versjon av informasjonsskrivet.
4. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
5. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
6. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldinga skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningscenter 7489

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

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

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

Trondheim

Vedtak

Regional
komité for
medisinsk og

helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 31.05.2017, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold Dr.med.

Leder, REK midt

Øystein Lundestad

Rådgiver

Kopi til: bente.a.ingebrigtsen@nord.no; rek-midt@medisin.ntnu.no

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Takk for at du sa deg villig til å delta i studien. Gjentar og går gjennom informasjonsskrivet sammen med informanten.

Innledningsspørsmål

Kjønn:

Hvor gammel er du?

Hvor lenge er det siden du ble var innlagt på sykehus?

Hvem tok initiativ til å lage kriseplanen?

Dybdespørsmål

Hvordan vil du beskrive din kriseplan?

Hvilke erfaringer har du gjort deg med kriseplan etter utskrivelse?

Kan du beskrive så konkret som mulig hvordan du har jobbet med kriseplan etter utskrivelse?

Kan du beskrive noen episoder der du fikk bruk for kriseplan?

Hva tenker du er/har vært det viktigste med det å ha en kriseplan?

Hvor oppbevarer du kriseplanen din?

Er det noe du nå ønsker var annerledes med kriseplanen din?

Hvis pasienten ikke har brukt kriseplan

Hvorfor har du valgt å ikke bruke kriseplanen?

Hvilke andre tiltak har du brukt i situasjoner med økt symptomtrykk?

Kan du beskrive en slik situasjon?

Avslutningsspørsmål

Er det noe du ønsker å tilføye? Noe annet jeg burde få med i besvarelsen min?

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

FORESPØRSEL OM Å DELTA I MASTERPROSJEKT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Temaet for prosjektet er kriseplaner og hvilke erfaringer pasienter har med bruk av disse etter utskrivelse fra institusjon. Hensikten er å innhente pasientene sine erfaringer og opplevelser om hvordan de bruker kriseplanene. Spørsmålene vil av den grunn omhandle refleksjoner og erfaringer du har med bruk av din kriseplan.

Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater under intervjuet. Intervjuet vil vare ca. en time og vi kan bli enige sammen om tid og sted for intervjuet.

Ved å delta i undersøkelsen får vi hørt din stemme og du får sjansen til å påvirke hvordan arbeid med kriseplaner kan foregå i fremtiden. Videre er det også en mulighet til å tenke over egne mestringsstrategier og hvordan du bruker disse i forbindelse med kriseplan.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger.

Skulle det oppstå psykisk ubehag under eller etter intervjuet, vil du få hjelp til å komme i kontakt med helsepersonell.

Skulle du ønske å trekke deg vil all informasjon bli slettet fra studien. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Data og lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig april 2017.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeskjema på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra prosjektet.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet opplysninger om deg. Skulle du takke nei til forespørselen vil dette ikke ha betydning for videre behandling.

Dersom du senere ønsker å takke nei til undersøkelsen eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Helmer Engen på telefon, 92 04 35 25 eller send mail til helmer.engen@student.hint.no. Du kan også kontakte min veileder Siv Grav på telefon 90 15 83 50 eller mail siv.grav@hint.no

Vedlegg 4 Samtykkeskjema

**Samtykkeskjema for deltakelse i forbindelse med
undersøkelsen: Pasienterfaringer med bruk av kriseplan**

Jeg har lest informasjonsskrivet og har slik blitt kjent med hva det innebærer å
være deltaker i denne undersøkelsen. Jeg ønsker å delta i undersøkelsen.

Navn:.....

Sted og dato.....

Underskrift:.....

Telefon.....

Mail:.....

Vedlegg 5 Analyse av intervju

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori
Det har vært veldig greit, på en måte, å ha noe konkret å følge.	Noe konkret å følge	Konkret
Kan ofte bli vanskelig å skjønne selv hva man skal gjøre nå.	Vanskelig å skjønne selv hva man skal gjøre.	Krevende
Det er ikke alltid like enkelt. Rakk ikke å forstå meg selv, på en måte før det hadde gått for langt.		Krevende
Noe man lærer seg, og får erfaringer på etter hvert. Som gjør det slik at man lærer seg å bruke den på best mulig måte.	Får erfaringer etter hvert. Lærer seg å bruke den på best mulig måte.	Ansvarliggjørende
Noen ganger på en måte vært vanskelig å ta i bruk den da	Vanskelig å ta i bruk.	Krevende
Enten hengt opp på døra mi eller ligget frem på skrivepulten min, liksom vært synlig.	Liksom vært synlig.	Kriseplanens tilgjengelighet
Finne frem til noe man egentlig ikke har lyst til å gjøre, men vet at det kan hjelpe da.	Egentlig ikke lyst, men vet det kan hjelpe.	Ansvarliggjørende
Ikke alltid man skjønner før man har fått det svart på hvitt da. Hvert fall mine erfaringer tilsier det sånn.	Svart på hvitt. Mine erfaringer tilsier det sånn.	Konkret.
Viktig som pasient å være ærlig om hva som kan hjelpe og om hva som kanskje ikke er nødvendig å ha med.	Ærlig om hva som kan hjelpe og om hva som kanskje ikke er nødvendig.	Åpenhet.
det blir vanskelig hvis jeg skal bruke en kriseplan som er hjelpsløs, og ingenting fungerer på de første punktene da. For da går det ikke, da kommer man ingen vei.	Vanskelig å bruke en kriseplan der ingenting fungerer på de første punktene.	Individuelt tilpasset.
ikke alltid funket like bra for meg, da jeg har strekt meg	Strekt seg for langt, før plan kunne tas i bruk.	Krevende

for langt.. før skjønt at jeg kan ta den i bruk.		
Må bruke god tid når man skal utarbeide en kriseplan. Etter en periode oppdatere den.	Bruke god tid Etter en periode oppdatere den.	Oppdatere kontinuerlig
Viktig at kriseplanen følger pasienten. Ikke bare ligger som et ark inne i et arkiv og ikke fungerer i praksis da.	Kriseplan følger pasienten. Ikke bare ligger i et arkiv.	Kontinuitet
Fordi at man vil jo på en måte klare det selv.	Klare det selv.	Ansvarliggjørende
Eller alt som er med på å holde en stabil, fungere uten, på en måte uten støtte da.	Fungere uten støtte.	Ansvarliggjørende
Det er mange strategier som ikke fungerer for alle.	Mange strategier fungerer ikke for alle.	Individuelt tilpasset.
Vanskelig å sette seg ned å bruke de strategiene.	Vanskelig å bruke de strategiene.	Krevende.
Så jeg har brukt veldig mye tid på hva som skal brukes når.	Brukt veldig mye tid på hva som skal brukes når.	Krevende.
Slike ting jeg har lært meg at du må ta med en gang.	Lært meg å ta ting med en gang.	Forebyggende.
Jeg kjenner at jeg har fått så mye mer ro inni meg etter at jeg var på sykehuset. Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal få til å forklare det.	Fått mer ro etter jeg var på sykehuset.	Profitert på innleggelse.
Og, jeg har lært meg å høre veldig mye mer på meg selv etter at jeg var der	Lært å høre på seg selv.	Planlagte innleggelser
At kommer det et problem, må du ta det da	Kommer det et problem må du ta det da.	Forebyggende.
Da må jeg finne ut hvorfor det blir ubehagelig og hva er det som gjør at det blir som det blir.	Finne ut hvorfor det blir ubehagelig.	Forebyggende.
Det viktigste er at jeg føler at jeg ikke mister kontrollen.	Føler at jeg ikke mister kontrollen.	Kontroll.
Også har jeg 19 års erfaring selv med denne diagnosen, og det jeg plages med, så jeg vet hva jeg får til.	Erfaring selv med denne diagnosen, vet hva jeg får til.	Ansvarliggjørende
De negative tankene, om det er frykt, depresjon eller sinne eller hva det enn er. De tankene blir så mye større enn deg selv, og da må du virkelig begynne å ta	Negative tankene blir større enn deg selv og da må du begynne å ta ting på alvor og ta imot hjelp og høre på de rundt deg.	Ansvarliggjørende

ting på alvor, og klar å ta imot hjelp og hør på det de faktisk sier.		
Du vet hva som fungerer for deg eller ikke.	Funker for deg eller ikke.	Individuelt tilpasset.
Sittet og trykket på alle knappene og vridd på noen spaker og prøvd og fått helikopteret til å dra, men det går ikke.	Trykket på alle knappene og vridd på noen spaker, men det går ikke.	Krevende.
Du må lære deg strategiene, huske på hvordan du gjør det.	Lære strategier og huske på hvordan du gjør det.	Selvhjelp.
De viste meg hva knappene kunne brukes til og slike ting.	Viste hva knappene kunne brukes til.	Ansvarliggjørende
Det er ingen andre enn deg selv, som kjenner deg bedre enn deg selv.	Kjenner seg selv best.	Selvhjelp
Ingen andre kan fly det helikopteret bortsett fra deg selv.	Ingen andre, bortsett fra deg selv.	Ansvarliggjørende
Ha de der som en påminnelse om hva jeg skal gjøre når jeg er kjemperedd. Det har hjulpet meg mye, vært greit å ha de der tvert det var noen ting.	Ha de der tvert det var noen ting.	Kriseplanens tilgjengelighet
For nå har jeg de sammen med mobilen min, for den har jeg stort sett med meg.	Sammen med mobilen.	Kriseplanens tilgjengelighet.
Nei, det er jo det at man må tenke seg om. Prøv å revurdere situasjonen liksom. Finne ut. Prøv å reager på en annen måte. Hvis jeg reagerer negativt på noe som kanskje kan være positivt, ikke sant. Så har jo plan hjulpet meg veldig da. Så jeg må få tatt en time-out og prøv å revurder situasjon.	Tenke seg om og revurdere situasjonen før man reagerer. Hjelper til med å ta en time-out.	Skiftet fokus. Forebyggende.
Og nå har jeg holdt på så lenge med de skjemaene og jeg begynner å ha de litt opp i hodet.	Holdt på lenge, begynner å ha de opp i hodet.	Tidkrevende.
Så det å være åpen om det da. Det har veldig mye å si. For det var jeg ikke før.	Åpen om det. Har veldig mye å si.	Åpenhet.

Har jeg vist når jeg skulle begynne å arbeide med meg selv, at det skulle ta 9-10 år tid før jeg knakk en kode.	9-10 år før jeg knakk en kode.	Tidkrevende.
Men, jobben må man gjøre selv. Det er jo ingen som kan gjøre arbeidet for deg	Jobben må man gjøre selv. Ingen kan gjøre det for deg.	Ansvarliggjørende
greit å ha planlagte innleggelse, for å få litt hjelp til å finne ut av ting og sånt.	Planlagte innleggelse til å finne ut av ting.	Forutsigbarhet.
Men, når du ser at du gjør fremgang, at det hjelper. Da blir man mer optimistisk.	Ser at det hjelper. Blir optimistisk.	Motivasjon.
Ja, selv om de kanskje ikke forstår det så veldig, så har de litt forståelse hvert fall, i stedet for at jeg bare skal rømme i fra uten å snakke om ting. For da blir det jo enda mer uforståelig for dem.	I stedet for å rømme fra, uten å snakke om ting. Enda mer uforståelig.	Åpenhet.
Eller noen av punktene har vært vanskelig fordi man har problemer som ligg i bunn, som gjør at de områdene blir vanskelig å utføre da (int 3)	Noen av punktene har vært vanskelig å utføre på grunn av problemer som ligger i bunn.	Krevende. Trenger evaluering eller oppdatering av planen?.
For vi har jo evaluert underveis hva som fungerer og ikke. Så det tok jo litt tid, for å sette den opp slik at den fungerte for meg.	Evaluert underveis hva som fungerte eller ikke. Tok jo litt tid.	Kontinuerlig evaluering.
skjønner at ikke helt hvorfor jeg reagerer sånn og hva jeg skal gjøre. Kjenner igjen handlingsmønstrene mine.	Kjenner igjen handlingsmønstrene.	Bevisstgjørende
Har den på i lommeboka, skapdøra hjemme og på telefonen.		Kriseplanens Tilgjengelighet.
For det er ikke så mye kommunikasjon mellom akuttposten og allmenn avdelingen.		Kontinuitet.
Det er jo litt vanskelig. Ganske forvirra ofte selv over egen situasjon og hva man skal gjøre og blir litt hjelpsløs.	Ganske forvirra. Vet ikke hva man skal gjøre.	Krevende.

Man skal lære seg å hjelpe seg selv. Lære seg å håndtere ting.	Lære å hjelpe seg selv.	selvhjelp.
Når det har hjulpet meg, når jeg har tatt den ene beslutningen om hvordan jeg skal gå frem, så styrker det veldig troen på behandlingen.	Når det har hjulpet meg, styrker det troen på behandlingen.	Motivasjon
Kriseplanen min går ut på at jeg finner andre måter å håndtere ting på enn hva jeg har gjort tidligere, skulle jeg til å si, når jeg kommer opp i en krise. Fordi jeg har ikke hatt noen gode verktøy	Finner andre måter å håndtere ting på. Ikke hatt gode nok verktøy før.	Bevisstgjørende
Viktig for motivasjonen, at man har troen på det.		Motivasjon
Slik at jeg har noe konkret å se etter da.	Konkret å se etter.	Konkret.
Eh, så da tok jeg fram og så litt på det jeg hadde skrevet og da kom jeg bare til punkt en da. Det med verktøyene jeg kan bruke selv da. Det med å utsette og skifte fokus, oppmerksomhet og. Det å utsette ting for meg og ikke styre på impulsene, det har mye å si. En time kan ha veldig mye å si. Så, da tok jeg avgjørelsen om å utsette det en time, før jeg tok noen valg og handlet på det. Så, etter en time var jeg ut av det verste	Tok fram og brukte punkt en i planen. Utsetter handling og skifter fokus og styrer ikke på impulsene, noe som er viktig for henne. Så etter en time var det verste over.	Skifte fokus.
Når jeg selv vet jeg har satt opp kriseplan, jeg selv som har skrevet hva som fungerer og sånn, da er det lettere å bruke den og da.	Selv har skrevet plan. Lettere å bruke den og da.	Brukermedvirkning. Bevisstgjørende.
det har lært meg og, lært meg at det finnes hjelp, at man kan ta kontakt med andre mennesker. At man kan be om hjelp, at det finnes en løsning på ting. Man kan håndtere ting. Lært at det finnes hjelp	Lært meg at det finnes hjelp, at man kan ta kontakt og be om hjelp. At det finnes en løsning.	Hjelpeapparatets tilgjengelighet.

Eh, fordi jeg har erfart det tidligere.. husker hvordan jeg ble bedre sist.	Erfart hvordan jeg ble bedre sist.	Bevisstgjørende.
Noen ganger hjelper det kanskje å se på det kortet og noen ganger må jeg inn på kriseopphold på akuttposten.	Noen ganger hjelper tiltakene i planen, mens andre ganger må jeg inn på kriseopphold.	Innleggelse i sykehus.
Det jeg synes er litt vanskelig for min del da, det jeg føler selv. Er at jeg har det vanskelig med å ta det steget inn på akuttposten noen ganger. Som er siste løsningen	Vanskelig å ta steget inn på akuttposten noen ganger. Siste løsningen.	Krevende
Jeg har og en avtale om å ringe miljøkontakten min ned på avdelingen, der kan jeg ringe for en samtale. Eh, og jeg kan også komme innom, eh, for en kort samtale.	Avtale om å ringe miljøkontakten ned på avdelingen for en samtale eller komme innom.	Hjelpeapparatets tilgjengelighet
Så fylte vi inn det som passet for oss.	Så fylte vi inn det som passet for oss.	Individuelt tilpasset.
Jeg er jo veldig obs på slike tegn og symptom nå da. I forhold til før da, så kunne det jo komme som ei bombe liksom. Uten at jeg merket noen ting.	Obs på slike tegn og symptom nå, i forhold til før når det kom som ei bombe.	Forebyggende.
Så, og kona er jo enda mer obs på det enn meg da. Og følger med forandringer	Kona er mer observant på og følger med forandringer.	Viktig med pårørende.
Det å kjenne til varseltegn og eventuelt iverksette ting selv og slikt.	Kjenne til varseltegn og iverksette ting.	Forebyggende.
det gir en betryggelse, at man har den liggende i bunn da. Har man ikke tenkt over det på forhånd, har man kanskje ikke vist hva man skulle gjort.	Betryggelse at den ligger i bunn. Tenkt over hva man skal gjøre på forhånd.	Trygghet
Det viktigste er at man har noe å forholde seg til, hvis det skjer noe da	Viktig å ha noe å forholde seg til.	Trygghet.
Nei, det har jeg måttet finne ut selv.		Bevisstgjørende.
Jaja, for første gangen jeg fikk det, så skjønte jeg	Skjønte ikke selv hva som var problemet i begynnelsen.	Bevisstgjørende.

ingenting. Det var tilbake i 2005. da skjønnte jeg ikke hva det var, og ingen visste hva det var før diagnosen ble stilt. Nå vet vi jo det da, og da er det mye lettere å kjenne tegnene selv da.	Lettere å forholde seg til diagnosen, nå man vet hva det er. Lettere å kjenne til tegnene som kommer.	
Eh, den var egentlig til veldig stor hjelp. Med tanke på sikkerhet, på en måte. Du hadde noe å ramle tilbake på, hvis noe skulle gå galt.	Med tanke på sikkerhet. Du hadde noe, og ramle tilbake på, hvis noe skulle gå galt.	Trygghet
Gjorde alt mye tryggere.	Gjorde alt mye tryggere.	Trygghet.
for de rundt meg også. Da viste de hva de skulle gjøre. Og det var ingenting å lure på egentlig. Det var liksom bare å gjennomføre steg 1-4 og da var det ganske slaviske.	Trygt for de rundt, da de viste hva de skulle gjøre.	Trygghet
jeg skrev jo det som førstebud at jeg ville vite det så fort som mulig, slik at jeg faktisk kunne gjøre noe med det.	Vite det så fort som mulig, slik at man kan gjøre noe med det.	Forebyggende
for folk fulgte jo med meg veldig mye i starten. For å se om jeg forandret meg og slike ting.	Folk fulgte med i starten. For å se om jeg forandret meg.	Forebyggende.
Den har vært der som en sikkerhetsramme. Jeg har ikke arbeidet nå mere med den.	Som en sikkerhetsramme. Ikke jobbet mere med den enn det.	Forebyggende. Trygghet
at andre også har tilgang til den, slik at de vet hva de skal gjøre for noe. Slik at de er sikre på at de gjør det rette.	Andre har tilgang. Sikre på at de gjør det rette.	Kriseplanens tilgjengelighet
Men, når du har det punktvis nedover. Og da, er det ikke noe å ta feil av.		Konkret.
Det er ganske konkret hva du skal gjøre. Du klarer ikke å gjøre noe i hodet ditt som flipper ut det der. Det står svart på hvitt hva du skal gjøre. Så det er veldig greit.	Konkret hva du skal gjøre. Svart på hvitt hva du skal gjøre.	Konkret.

Subkategorier	Kategorier
Selvhjelp Kriseplanens tilgjengelighet Forebyggende effekt Konkret Trygghet Skifte fokus Viktig med pårørende	Erfaringer knyttet til økt kontroll i eget liv
Brukermedvirkning Individuelt tilpasset Bevisstgjørende Krevende Motiverende Ansvarliggjørende Åpenhet Ærlighet	Erfaringer knyttet til økt bevisstgjøring av egen rolle
Kontinuerlig oppdatering av kriseplan Hjelpeapparatets tilgjengelighet Kontinuitet Tidlig introduksjon av kriseplan Planlagte innleggelsler	Erfaringer knyttet til hjelpeapparatets rolle