

## FAGUTVIKLING

# Aggressive pasienter bør roes med deeskalerende tiltak

**I psykisk helsearbeid bør ansatte ha en empatisk tilnærming som fremmer deeskalering. En kommunikasjon som skal redusere eller stoppe vold, bør alltid være et førstelinjetiltak.**

### Andreas Seierstad

Fag- og kvalitetsrådgiver

Seksjon for tidlig psykosebehandling, Oslo universitetssykehus

### Akuttpsykiatri

### Konflikt

Sykepleien 2023;111(92808):e-92808

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.92808](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92808)

### Hovedbudskap

Deeskalerende kommunikasjon anbefales som et førstelinjetiltak ved aggresjon i psykisk helsearbeid. I denne artikkelen deler norske sykepleiere som var ansatt på en akuttpsykiatrisk avdeling, hva de legger i begrepet deeskalering, og hva de opplever som hemmende og fremmende for deeskalering som arbeidsform.

Vold utøvd av pasienter i akuttpsykiatrien er et globalt problem. Slik vold kan føre til skade på personale og pasienter samt gi forringet behandlingsutbytte. (1). Mannlig kjønn, schizofrenidiagnose, rusmisbruk og tidligere voldshistorikk utpekes som pasientfaktorer som øker sjansen for voldshandlinger utført i akuttpsykiatrisk avdeling (1).

Deeskalering, heretter kalt DE, omfatter ulike kortvarige psykososiale intervensjoner som har som formål å redusere eller stoppe vold (2), og anbefales som førstelinjetiltak ved aggresjon (3). Metodikken inngår som et større tema i det nasjonale norske opplæringsprogrammet «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP) (4).

Likevel er det fortsatt kunnskapshull som bør tematiseres: Hvor ofte DE har ønsket effekt, og hvilke komponenter som er virksomme, har blitt lite undersøkt i forskning av høy kvalitet (1, 5, 6). Evidens på effekten av opplæring i DE er i beste fall sparsommelig (7). Studier har vist at helsepersonell har ulike oppfatninger av hva begrepet omfatter (8–10), og flere ulike konseptuelle modeller eksiterer side om side (1).

I 2018 skrev jeg mastergrad med siktemål om å belyse hva sykepleiere i akuttpsykiatrien legger i begrepet DE, hvordan de deeskalerer tilspissede situasjoner, og hvilke faktorer de opplever som hemmende og fremmende.

## **Metode**

Jeg rekrutterte seks informanter, som alle var sykepleiere med minimum to års erfaring og 100 prosent ansettelse fra to akuttpsykiatriske avdelinger i en større by på Østlandet. Utvalget besto av to menn og fire kvinner fra 25 til 60 år. Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide, gjorde lydopptak av intervjuene og transkriberte ordrett det som ble sagt. Jeg brukte Malteruds (11) metode systematisk tekstkondensering for å analysere og tolke informantenes erfaringer.

## ***Etikk og godkjenninger***

Deltakere signerte skriftlig samtykke. Studien ble ikke vurdert som meldepliktig av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vi gjennomførte studien i henhold til bestemmelser i Helsinkideklarasjonen (12).

## **Funn**

I intervjuets første del ba jeg informantene fortelle hva de legger i begrepet «deeskalering» og beskrive en situasjon hvor de hadde benyttet tiltaket. Deltakerne ga til dels sammenfallende beskrivelser, som å «roe ned en situasjon», alternativt «roe pasienten ned».

Informantene fremhevet ulike tilnærminger de anså som deeskalerende. Noen vektla viktigheten av å ha en god arbeidsallianse og relasjon til pasienten, mens andre fokuserte på empatisk kommunikasjon, spørrende tilnærming og respekt. En deltaker fremhevet selvregulering som avgjørende og beskrev det som fordelaktig å være i stand til å mestre sin egen frykt og fremstå som trygg.

## ***Uklar grense mellom deeskalering og grensesetting***

Flere informanter beskrev situasjoner hvor pasienten var høylytt, var agitert eller blamerte seg. Deltakerne hadde deretter bedt pasienten om å bli med på pasientrommet for å ta samtalen videre der. Informantene formidlet overordnet sett at de forsøkte å sikre og avgrense situasjonen ved å be pasienten om gå tilbake på rommet. Når det ikke førte frem, måtte de ty til mer inngripende tiltak som å kommandere eller fysisk tvinge pasienten til å etterkomme anmodningen.

Flere informanter beskrev situasjoner hvor pasienten var høylytt, var agitert eller blamerte seg.

Til tross for at alle deltakerne definerte DE innledningsvis som å roe ned situasjonen, beskrev de også at de satte klare grenser for pasientens atferd, og at tvang innimellom måtte til for å trygge situasjonen. Flere begrunnet det med sikkerhet og hensyn til medpasientene. Det kan virke som at deltakerne hadde en opplevelse av at DE overlappet med grensesetting, med uklare grenser mellom disse to tilnærmingene.

### ***Empati, god tid og spørrende tilnærming som forutsetninger for vellykket deeskalering***

Flere av informantene påpekte hvor viktig det er med empati og aktiv innlevelse i pasientens perspektiv ved DE. Empati kom til uttrykk hos informantene ved at de la vekt på å leve seg inn i pasientens situasjon, og ved at de forsøkte å finne løsninger som kunne hjelpe pasienten med å roe seg ned:

«Jeg hadde nok også blitt kjempeforbannet hvis jeg hadde blitt tvangsinnlagt uten å mene jeg var syk. Jeg hadde også blitt sint.»

Informantene viste til at man må stille seg spørrende til hva som plager pasienten, og være utforskende ovenfor pasientens opplevelsesverden. Spørsmål som «Hva plager deg nå?», «Hva gjør deg sint nå?» og «Hva kan jeg hjelpe deg med?» ble omtalt som gode innledninger.

Deltakerne var samstemte i at det er fordelaktig å ta seg god tid og holde en viss fysisk avstand i deeskaleringsseanser. Samtidig poengterte flere at det er viktig å komme tidlig inn:

«Når aggresjonsnivået først har fått økt, er det verre å få snakket dem ned, så det å komme fort på banen og ta ting tidlig, når du begynner å se de symptomene: rastløshet, irritabilitet og alt det der. Å komme inn tidlig er klart en deeskalerende intervensjon.»

## ***Paranoia gjør deeskalering vanskelig***

Alle informantene beskrev at pasientens psykiske tilstand kan avgjøre utfallet av situasjonen. Flere hevdet at symptomer på paranoide vrangforestillinger var spesielt utfordrende:

«Når de er fastlåste i vrangforestillinger og er psykotiske, gjerne hvor det omhandler oss personalet, det er utført et komplott hvor de ikke er mottakelige for noe som helst, og da er det jo vanskelig.»

## ***Trygghet – en forutsetning***

Et gjennomgående tema i intervjuene var at trygghet ble ansett som en viktig forutsetning for god DE. Deltakerne var samstemte i at om man ikke føler seg trygg, er man heller ikke mentalt i stand til å kommunisere på et vis som roer situasjonen. Flere viste til at en måte å etablere trygge rammer for en situasjon på er å ta med seg kolleger inn i tilspissede situasjoner:

«Det har mye å si hvilke personer vi er, og hvordan vi fremstår, om vi er trygge. Om vi er redde pasienten, det reduserer ofte kvaliteten på det vi gjør.»

«Man står ikke der og forsøker å snakke med en kjempeaggressiv fyr uten at noen er der med seg. For man har ingen garanti for at han ikke forsøker å angripe deg.»

Et gjennomgående tema i intervjuene var at trygghet ble ansett som en viktig forutsetning for god deeskalering.

Alle deltakerne beskrev også manglende opplæring i deeskalering. Flere etterlyste dette som tema i grunnutdanningen og/eller videreutdanning.

## **Drøfting**

Internasjonal forskning viser at helsepersonell forstår DE som et vidt spenn av teknikker de anvender for å roe ned tilspissede situasjoner (8–10). Innenfor dette spennet beskrives verbale intervensjoner, men også inngripende tiltak som skjerming og bruk av mekaniske tvangsmidler (8–10).

## ***Det er usikkert i praksisfeltet hva «deeskalering» omfatter***

I litteraturen er ulike teoretiske modeller for DE beskrevet (1), som kan føre til usikkerhet i praksisfeltet om hva begrepet egentlig omfatter. Også i nyere retningslinjer gis det råd som kan oppleves som motstridende, eksempelvis at man bør unngå å provosere, men også at man skal sette klare grenser og vise hvem som bestemmer (13).

Egne informanter viser til at DE ikke alltid fører frem. Effekten er sparsommelig beskrevet. En litteraturgjennomgang fra 2017 (1) beskriver fem ulike konseptuelle modeller for deeskalering, men alle mangler empirisk støtte. Det skorter også på høykvalitetsforskning som belyser hvilke enkeltkomponenter i deeskaleringssekvenser som er virksomme (6). Randomiserte kontrollerte forskningsdesign på effekten av DE innebærer metodiske og etiske utfordringer, men vurderes til å være gjennomførbare (5).

### ***Flere ulike tiltak kan deeskalere en konflikt***

En studie viser at helsepersonell oppnår ønsket effekt i 60 prosent av tilfellene med aggressiv atferd, men peker også på at vellykkede deeskaleringer typisk sett forekommer i situasjoner med en gradvis oppbygging av aggresjon i form av flere mindre alvorlige konflikter (14). Det kan forklare hvorfor deltakerne i mitt masterprosjekt viste til viktigheten av å «ta ting tidlig». Man kan anta at mange tilspissede situasjoner løses på et tidlig tidspunkt ved hjelp av godt miljøterapeutisk virke.

Man kan anta at mange tilspissede situasjoner løses på et tidlig tidspunkt ved hjelp av godt miljøterapeutisk virke.

Kun én deltaker i mitt prosjekt tematiserte behovsmedisinering som deeskalerende tiltak. I internasjonal forskning beskrives det dog at behovsmedisin ofte gis til pasienten tett opptil deeskalering i tid (14, 15). En studie fant at de fleste deeskaleringssekvensene beveger seg gjennom hendelsene verbal aggresjon, deeskalering og eventuelt medikasjon (15) uten å eskalere ytterligere.

### ***Hva avgjør om deeskalering lykkes?***

Pasientperspektiver støtter deltakernes opplevelse av at både personal- og pasientfaktorer kan avgjøre om deeskalering lykkes. Pasienter i en studie fremhevet toleranse for verbal aggresjon, medbestemmelse, autentisk kommunikasjon og fleksibel tilnærming til husregler som faktorer som muliggjør DE. Men de pekte også på at akutt psykose og hypomani kan gjøre det vanskelig å «nå inn verbalt». Et mindretall beskrev at egen voldelig respons kan oppstå for raskt til at det lykkes å kommunisere med dem (16).

Deeskalering blir oftere forsøkt i møte med pasienter med voldshistorikk, men lykkes sjeldnere.

Deeskalering blir oftere forsøkt i møte med pasienter med voldshistorikk, men lykkes sjeldnere (14). Det kan forklare hvorfor informantene anga at de måtte ha med seg kolleger inn i tilspissede situasjoner for å føle seg trygge nok til å deeskalere. En balansegang mellom å ivareta sikkerheten og samtidig opprettholde et terapeutisk og trygt miljø er en kjent problemstilling som er beskrevet i flere studier (17, 18).

Informantene i masterprosjektet etterlyste opplæring i deeskalering. Selv om det har blitt antatt at opplæring fører til økte deeskaleringsferdigheter, viste en litteraturgjennomgang fra 2015 at det er begrenset med empiri som støtter antakelsen. Gjennomgangen fant heller ikke sammenheng mellom holdningsendringer hos personalet og deeskaleringsferdigheter (7).

## Konklusjon

Informantene i min studie viste til at en empatisk tilnærming og størst mulig grad av trygghet i truende situasjoner fremmer deeskalering. Sterke psykosesymptomer, spesielt paranoia, angis som hemmende faktorer.

Helsepersonell, både informantene i min egen masteroppgave og i internasjonal forskning, opplever tilsynelatende at deeskalering og mer inngripende intervensjoner, som fysisk tvang og skjerming, er sterkt forbundet og til dels overlappende.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*



METODIKK: Ifølge informantene er det viktig med empati og aktiv innlevelse ... **LES MER** ✓

1. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE. 2015;10(6):e0128536. DOI: [10.1371/journal.pone.0128536](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536)
2. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. Int J Nurs Stud. 2017;75:10-20. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003)

3. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline NG10. NICE; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10> (nedlastet 17.08.2023).
4. Sifer. Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsles- og rettspsykiatri. MAP. Møte med aggresjonsproblematikk. Sifer; 2023. Tilgjengelig fra: <https://sifer.no/map/> (nedlastet 17.08.2023).
5. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;4(4):CD009922. DOI: [10.1002/14651858.CD009922.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2)
6. Patel MX, Sethi FN, Barnes TR, Dix R, Dratcu L, Fox B, et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: de-escalation and rapid tranquillisation. Journal of Psychopharmacology. 2018;32(6):601–40. DOI: [10.1177/0269881118776738](https://doi.org/10.1177/0269881118776738)
7. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. Br J Psychiatry. 2015;206(6):447–55. DOI: [10.1192/bjp.bp.114.144576](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576)
8. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. Int J Nurs Stud. 2018;77:197–206. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002)
9. Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. International Journal of Mental Health Nursing. 2017;26(5):513–24. DOI: [10.1111/inm.12389](https://doi.org/10.1111/inm.12389)
10. Hallett N, Dickens GL. De-escalation: a survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. Int J Ment Health Nurs. 2015;24(4):324–33. DOI: [10.1111/inm.12136](https://doi.org/10.1111/inm.12136)
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. World Medical Association (WMA). WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 17.08.2023).

13. Shah H, Somaiya M, Chauhan N, Gautam A. Clinical practice guidelines for assessment and management of children and adolescents presenting with psychiatric emergencies. *Indian Journal of Psychiatry*. 2023;65(2):159–74. DOI: [10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_494\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_494_22)
14. Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *J Clin Nurs*. 2016;25(15–16):2180–8. DOI: [10.1111/jocn.13239](https://doi.org/10.1111/jocn.13239)
15. Bowers L, James K, Quirk A, Wright S, Williams H, Stewart D. Identification of the «minimal triangle» and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(7):514–23. DOI: [10.3109/01612840.2013.780117](https://doi.org/10.3109/01612840.2013.780117)
16. Price O, Baker J, Bee P, Grundy A, Scott A, Butler D, et al. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *J Adv Nurs*. 2018;74(3):614–25. DOI: [10.1111/jan.13488](https://doi.org/10.1111/jan.13488)
17. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(3). DOI: [10.1002/14651858.CD002084.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2)
18. Björkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(6):510–8. DOI: [10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x)