

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Vil sykepleieres økt kunnskap innen deeskaleringsteknikker kunne bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Universitetet i Stavanger, 5. mai. 2022]

“Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet”

Sammendrag

Bakgrunn

Psykisk lidelse er noe som kan ramme hvem som helst, og føre til store belastninger. I 2018 mottok kontrollkommisjonen ett hundre og sekstien pasientklager fra personer utsatt for kortvarig fastholdning og mekaniske tvangsmidler. Det er nødvendig å undersøke muligheten for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, og samtidig belyse bruken av deeskaleringsteknikker og effekten opplæring og kunnskap innen dette kan ha i utageringssituasjoner.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke om økt kunnskap innen deeskalering vil bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang, og hvilke faktorer som vil påvirke dette.

Metode

Vi har benyttet en integrativ litteraturstudie som metode, der vi har analysert fire forskningsartikler. Disse artiklene satt sammen med relevante oversiktsartikler danner grunnlag for vår besvarelse. Oppgaven besvares med et sykepleieperspektiv.

Resultat

Resultatene viste at sykepleiere var skuffet over at deeskaleringsteknikker ble sett på som bevisbasert praksis. Det ble avdekket at deltagerne la til rette for en forforståelse om at effekten av deeskaleringsteknikker var avhengig av at sykepleierne hadde en relasjon til pasienten. Funnene viser til at deeskalering har effekt i praksis, men at sykepleiere ikke har tillit til teknikkene dersom risikoen for vold er større. Egen angst i utageringssituasjoner ble identifisert som en viktig faktor for hvorfor det ble tatt i bruk mer restriktive tiltak fremfor deeskalering. Opplæringen innen deeskaleringsteknikker førte også til minimal innvirkning på sykepleieres evne til å regulere egne følelser av angst.

Nøkkelord: Deeskalering, utagering, kunnskap, opplæring, aggresjon, relasjoner, varseltegn

Will nurses increased knowlege in de-escalation techniques contribute to reduce the use of physical restraints?

Innhold

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaringer	6
1.4.1 Mekanisk tvang.....	6
1.4.2. Deeskaleringsteknikker.....	6
1.4.3. Utagering.	6
2.0 Teoretisk ramme	7
2.1 Psykisk lidelse og utagering:	7
2.2 Tvang som tiltak og pleielidelser	7
2.3 Menneske-til-menneske relasjoner modell	8
3.0 Metode	9
3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	9
3.2 Valg av søkeord	10
3.3 Valg av databaser	10
3.4 Utvalg av artikler	10
3.5 Analyse	11
4.0 Resultat	13
4.1 Sykepleiers innstilling til deeskalering	13
4.2 Selvsikkerhet innen teknikk	14
4.3 Kunnskap om deeskalering	15
4.3.1 Relasjon og varseltegn	15
4.3.2 Påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.1.1 Land og arena for studien	18
5.1.2 Forskerens bakgrunn.....	18

5.1.3 Studiens deltagere	19
5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode	20
5.2 Resultatdiskusjon.....	21
5.2.1 Sykepleiers innstilling til deeskalering	21
5.2.2 Selvsikkerhet innen teknikk.....	23
5.2.3 Kunnskap om deeskalering.....	25
5.2.4 Relasjon og varseltegn	25
5.2.5 Påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering	26
6.0 Anvendelse i praksis	28
Referanser.....	29
VEDLEGG 1: Søkelogg	32
VEDLEGG 2: LITERATURMATRISE.....	33

Antall ord: 7127

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk lidelse er noe som kan ramme hvem som helst, og føre til store belastninger. Hvordan de møter helsevesenet vil derfor ha stor betydning. En pasient med hvilken som helst psykisk diagnose vil kunne utvise utagerende oppførsel, som igjen vil kunne føre til at det tas i bruk mekaniske tvangsmidler. Tvangsbruk er et tema vi synes er ganske interessant. I vår siste praksisperiode, som var innen psykiatri fikk vi mer innblikk i dette og interessen for temaet ble større. Vi ser det også som sannsynlig at bruk av mekanisk tvang kan føre til skade og krenkelse for pasienten i visse situasjoner. Begge har en oppfatning av det foreligger et stort søkelys på redusering av tvang, og synes derfor det er nødvendig å undersøke muligheten for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler. Vårt formål ved å skrive denne oppgaven er å fordype vår kunnskap, samtidig som vi ønsker å belyse bruken av deeskaleringsteknikker, og da hvilken effekt dette kan ha i utageringssituasjoner.

Det kan det tenkes at mekanisk tvang vil kunne føre til negative konsekvenser for pasienten som blir utsatt for dette. I 2018 mottok kontrollkommisjonen nittien pasientklager som gjaldt mekaniske tvangsmidler, og sytti klager som gjaldt kortvarig fastholdning. Dette er nasjonale tall, og sett i forhold til antall vedtak og pasienter det gjelder beskriver Helsedirektoratet dette som få klager (Helsedirektoratet, 2019, s. 18). Det må også tas hensyn til at selv om dette er små tall relatert til hvor mange det gjelder, er det allikevel ett hundre og sekstien mennesker som har vært misfornøyde til en grad der de har følt et behov for å klage.

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2).

1.2 Presentasjon av problemformulering

Det ligger mye fokus rundt redusering av tvang generelt, men man hører lite om hvordan vi kan oppnå dette ved bruk av deeskaleringsteknikker.

For å videre undersøke om kunnskap innenfor disse teknikkene kan minske bruk av mekanisk tvang vil det være svært hensiktsmessig å kartlegge behovet for slike tiltak. Det er klart at tvang

kan være en stor påkjenning for pasienten, men vil det være nødvendig, og mulig å redusere denne bruken ved deeskaleringsteknikker? Vi mener at det er viktig å se saken fra flere vinkler, og ikke gå ut fra at tvang vil ha negative konsekvenser for alle pasienter som opplever dette. For noen pasienter ligger det gjerne en trygghet i å bli stanset fra å utagere. Vi ønsker ikke å legge fokus på dette, men mener det vil være viktig å trekke frem, for å vise innsikt.

Vil sykepleieres økt kunnskap innen deeskaleringsteknikker kunne bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang?

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke om økt kunnskap innen deeskalering vil bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang, og hvilke faktorer som vil påvirke dette.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Mekanisk tvang.

“Mekanisk tvang er en form for tvang som hindrer pasientens bevegelsesfrihet i form av f.eks. skadeforebyggende spesialklær, remmer og belter.” (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8).

1.4.2. Deeskaleringsteknikker.

“Deeskaleringsteknikker er intervensjoner brukt innenfor helsearbeid for å forhindre vold, aggresjon og utagering.” (Price & Baker, 2012, s 310).

1.4.3. Utagering.

“Utagering er en tendens til å leve ut indre konflikter, impulser eller affekter uten å ta hensyn til situasjon og de konsekvenser væremåten kan ha for andre.” (“utagering - Store norske leksikon”) (Malt, 2019).

2.0 Teoretisk ramme

I teorikapittelet ønsker vi å forklare sammenhengen mellom psykisk lidelse og utagering. Videre vil vi fremheve bruken av tvang som tiltak. Vi ser det også som relevant å trekke inn mekanisk tvang og hvordan unødvendig bruk av dette kan føre til pleielidelse hos noen pasienter. Til slutt knytter vi vår problemformulering sammen med sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori.

2.1 Psykisk lidelse og utagering:

Utagering kan oppstå ved stort stress nivå, men også grunnet psykiske lidelser (Malt, 2019). Tilstander hvor følelser, tanker og atferd er forstyrret benyttes begrepet Psykisk lidelse (Tesli, 2014). Vi har valgt å fokusere på utagering i form av aggresjon. Lindström (2003) forklarer at ordet kommer fra det latinske ordet *aggredior*, som betyr å nærme seg. Betydningen kan vær tosidig, det kan vær å få råd, men også å skade (Lindström, 2003, s. 86). I vår oppgave vil aggresjon brukes som å skade. I boken til Lindström (2003) blir det forklart at dersom et menneske mangler evne til å uttrykke og å håndtere aggresjonen konstruktivt kan det føre til isolasjon. Til motsetning vil aggresjon med konstruktive former gi mulighet til å beseire hindrer (Lindström, 2003, s. 87).

2.2 Tvang som tiltak og pleielidelser

Vi har valgt å se på om kunnskap innen deeskalering kan bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang. Vi mente derfor det var viktig å belyse tvang som tiltak i teorikapittelet. Problemformuleringen bidrar til økt fokus på de negative sidene med tvang, vi syntes dermed det var viktig å belyse at tvang kan skape trygghet for noen pasienter. Lindström (2003, s. 130) skrev at ulike tvangs tiltak kan realisere sykepleiehandlinger som tilfredsstillelse, omsorg og trygghet dersom en sykepleier kan bruke tvang gjennomtenkt og bevisst slik at det kunstneriske uttrykk i sykepleietiltakene kan komme til uttrykk. Videre utdypes en forståelse for at tvangs tiltakene på den andre side kan fremheve følelse av utrygghet, særlig dersom pasientens ressurser ikke klarer å imøtekomme kravene sykepleieren indirekte eller direkte stiller (Lindström, 2003, s. 131).

Ifølge Lindströms (2003) teori er relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient avhengig av sykepleiers evne til åpenhet og fleksible følelser og tenkning. Sykepleier stilles krav som

yrkesperson i relasjonen, og skal da kunne gi pasienter en individuell plan tilpasset deres behov. Kunnskap om relasjonsbygging og den enkelte pasient vil derfor være kritisk. Dette fordi relasjonen til pasienten kan bidra både til en gunstig helseprosess i tillegg til helsehinder. (Lindström, 2003, s.102).

Pleielidelse defineres som lidelse forårsaket av pleie eller manglende pleie, som deles inn i flere mer spesifikke fokus. krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse eller uteblitt pleie (Eriksson, 2012, s.81). Her vil pleielidelse i form av maktutøvelse være sentralt. Eriksson forklarer at å utøve makt er å påføre en annen lidelse. (Eriksson, 2012, s. 86)

2.3 Menneske-til-menneske relasjoner modell

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.” (Omhelse, 2014).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee beskriver lidelse som en følelse med varierende intensitet, varighet og dybde. Hun trekker inn psykisk ubehag, og forklarer deretter at lidelse kan ende i et ytterst stadium med preg av apatisk likegyldighet (Omhelse, 2014).

Travelbee la fokus på de mellommenneskelige forhold innenfor sykepleien. Mellommenneskelige forhold baseres på erfaringer mellom sykepleier og de dem har omsorg for. Dette kjennetegnes ved at mennesket som mottar omsorg får sine behov ivaretatt. Dette forutsetter at sykepleieren har evne til å anvende seg selv terapeutisk, som igjen krever innsikt i det å være menneske (Omhelse, 2014).

I følge Travelbees sykepleieteori vil sykepleierens oppgave blant annet være å bidra til mestring, aksept av sårbarhet, og å styrke mennesket opplevelse av verdi og egenverd (OsloMet Helsevitenskap, 2018, 2:00). Hun beskriver videre kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddelet (OsloMet Helsevitenskap, 2018, 5:30).

3.0 Metode

Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode, dette avhengig av hvilke data undersøkelsen baseres på. Hvilken metode man benytter seg av er avhengig av flere faktorer, som for eksempel problemstilling og samfunnsforholdet som skal undersøkes (Grønmo, 2021). Vi prioriterte å finne kvalitative studier på grunn av oppgavens omfang, men ønsket også å inkludere minst en kvantitativ studie. Dette fordi det vil være relevant å undersøke tall og statistikk i forhold til bruken av mekanisk tvang. Dette innebærer at vår oppgave bruker en mixed method. *“Mixed methods, innebærer å samle og integrere både kvalitative og kvantitative data.”* (Andersen, 2017). Dette fordi vi ønsker å oppnå et mer komplett svar på problemformuleringen.

Vi har benyttet en integrativ litteraturstudie som metode, der vi har analysert fire forskningsartikler. Dette betyr at man med inspirasjon fra Whitemore og Knafl (2005), i tillegg til datareduksjon, skaper en oversikt og sammenligning. Man vil trekke konklusjoner og verifisere, da fokus er på å syntetisere resultatene fra ulike studier. Dette kalles «en ny helhet» (Friberg. S. 143, 150).

Problemformuleringen vår legger til rette for et sykepleieperspektiv, og vi har derfor skrevet oppgaven ut ifra dette.

3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Søkekombinasjonene vi brukte ga flere treff. For å ekskludere irrelevant litteratur valgte vi ut følgende kriterier:

For å se inklusjons- og eksklusjonskriterier se tabell 1.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Peer review	Oversiktsartikler
Pasienter over 16 år	Pasienter yngre enn 16 år
Artikler nyere enn 2012	Artikler eldre enn 2012
Psykiatrisk sengepost	Annen helseforetak enn psykiatrisk sengepost

Tabell 1 Kriterier

3.2 Valg av søkeord

Vi benyttet oss av flere søkeord for å komme frem til artiklene vi har basert denne oppgaven på. Vi forsøkte først å finne relevant litteratur ved å bruke søkeord som “nurse AND coercion AND prevent”. Dette ga oss mange treff i databasene, men antall treff førte til at gjennomgangen av artiklene ble svært uoversiktlig. Mesteparten av litteraturen var heller ikke relevant for vår problemformulering. Når vi etter hvert spisset søket vårt til ord som “de-escalation AND Minimising physical restraint AND aggression AND psychiatric nurse” Fikk vi færre resultater, og samtidig mer relevant litteratur.

Vedlegg 1 viser hele vår søkeprosess.

3.3 Valg av databaser

For å finne litteratur med relevans for vår problemformulering benyttet vi oss av anerkjente databaser innen helseforskning. Disse databasene er CHINAL, Medline, PsycINFO, SveMed+ og PubMed. I løpet av søkeprosessen fikk vi best resultat ved bruk av CHINAL og PubMed. Her fikk vi flest treff som inneholdt aktuell sykepleierrettet forskning koblet opp mot vår problemformulering.

3.4 Utvalg av artikler

For å finne forskningsartikler med relevans for vår problemformulering ekskluderte vi artikler som ikke oppfylte våre inklusjonskriterier. Vi hadde fokus på at forskningen i artiklene var utført ved psykiatrisk sengepost, og at forskningen var gjort ut fra et sykepleieperspektiv. Det ble dermed ekskludert flere artikler da de ikke oppfylte kravene. Videre vurderte vi artiklenes kvalitet ved å bruke IMRAD- strukturen (Hem, 2020) for å sikre at hensikten og funnene i artiklene samsvarte med vår problemformulering. IMRAD er en struktur som beskriver oppbygningen til en forskningsartikkel. Det står for innledning, metode, resultat og diskusjon (Hem, 2020).

Se tabell 2 for en oversikt over valgte artikler.

Kandidatnummer: 5137 og 5274

Forfattere	Artikkel tittel	Metode	Årstall og land
Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K.	The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factor influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings	Sykepleieperspektiv. Kvalitativ tilnærming. Det ble utført semistrukturert intervju som ble tatt opp og analysert ved å bruke en kvalitativ data analyse.	2018. England
Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G. & Whittington, R.	Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('RESTRRAIN YOURSELF')	Sykepleieperspektiv. Kvantitativ/kvalitativ tilnærming. Analysen besto av en ikke-randomisert kontrollert måling av fysisk tilbakeholdenhet, utfallet av personal- og pasientundersøkelser og intervjuer og etnografiske data	2019. England
Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L.	Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings	Sykepleieperspektiv. Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved at en forsker fikk tilgang til pasienter som samtykket i å delta i prosjektet og leste i journalen til pasientene. I de første to ukene ble det dokumentert pasientens involvering i konflikter eller begrensninger.	2016. England.
Oyelade, O., Smith, A. A. H. & Jarvis, M. A.	Dismissing de-escalation techniques as an intervention to manage verbal aggression within mental health care settings: attitudes of psychiatric hospital-based Nigerian mental health nurses	Sykepleieperspektiv. Kvalitativ tilnærming. En gruppe på 8 deltagere (sykepleiere) hadde diskusjoner i forkant av og i etterkant av en presentasjon om deeskaleringsteknikker. Det ble gjort innholdsanalyse av lydopptak før og etter intervensjon.	2017. Nigeria

Tabell 2 litteraturoversikt

3.5 Analyse

Vi benyttet oss av Fribergs analyse modell (Friberg, 2018, s. 133). For å analysere de valgte artiklene begynte vi med å lese grundig gjennom dem flere ganger, med spesielt fokus på resultatene. Det ble så identifisert nøkkelfunn i studiene. Deretter ble studienes resultat sammenlignet opp mot hverandre. De ble så ført inn i litteraturmatrisen. Vi kom deretter frem

til tre hovedkategorier og to underkategorier som var relevante for vår problemformulering, se tabell 3.

Hovedkategori:	Underkategori:	Antall funn underkategori:	Antall funn hovedkategori:
Sykepleiers innstilling til deeskalering			9
Selvsikkerhet innen teknikk			8
Kunnskap om deeskalering	Relasjon og varseltegn	5	22
	Påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering	9	

Tabell 3 hoved- og underkategorier

4.0 Resultat

4.1 Sykepleiers innstilling til deeskalering

Resultatene viste at sykepleiere var skuffet over at deeskaleringsteknikker ble sett på som bevisbasert praksis. Sykepleiere ble presentert deeskaleringsteknikker både verbalt og visuelt. Det kom frem at sykepleierne mente at å snakke med pasientene sjeldent ga noe positivt resultat, og at mekanisk tvang derfor var nødvendig. Det ble videre opplyst at deeskaleringsteknikker blir tatt i bruk, men da uten effekt. De mente at pasientene ofte var så irriterte når de kom til avdeling at deeskaleringsteknikker uansett ikke ville hatt effekt. (Oyelade, Smith, & Jarvis, 2017, s.10)

Slik det presenteres i resultatene kommer det frem at sykepleierne hadde en mer militant tilnærming til pasienter som utagerte voldelig. Dette mente de at styrket kontrollen over deres egne, og pasientenes fysiske og emosjonelle velferd. De mente at dersom de skulle diskutere med pasientene fremfor å gi dem advarsler ville dette føre til at pasientene så dem som «myke» og «easily conquered». Dialog ble derfor nedstemt i fordel av kommandoer (Oyelade et al., 2017, s.12).

Deltagernes opplevelser så ut til å være grunnleggende i hvorfor de avviser deeskaleringsteknikker. «*Patient was angry and came to grab my penis. Then they carried me. The pain was so severe*» (Oyelade et al., 2017, s.12). De hadde tidligere erfaringer med at deeskaleringsteknikker, spesielt i form av å prate og å lytte til pasienten ville øke risikoen for at de selv ble utsatt for vold og skade (Oyelade et al., 2017, s.13).

De mer kontrollerende teknikkene som ble oppdaget i studien til Price, Baker, Bee & Lovell (2018a, s. 203) som falt under kategorien «ikke fysisk kontroll», ble tolket av sykepleierne som deeskaleringsteknikker. Det var samtidig en kobling mellom disse teknikkene og økt aggresjon som igjen førte til bruk av mekanisk tvang. Desto mer autoritære «ikke fysisk kontroll» teknikker som ble tatt i bruk, desto høyere var risikoen for aggresjon fra pasientens side. Risiko var heller ikke en konsekvent faktor i å ta beslutninger om å ta i bruk mer kontrollerende teknikker. Vurderinger ble heller tatt basert på moral angående aggresjonens funksjon. Beslutningene ble ofte forklart med grunn i avdelingens integrerte normer og rutiner (Price et al., 2018a, s. 203)

4.2 Selvsikkerhet innen teknikk

Det ble uttrykt at sykepleiere hadde en forståelse om at risikoen for utagering allerede ved innleggelse var forhøyet, da transport til sykehuset nevnes spesifikt. Det ble forstått slik at aggresjon stammet fra følelse av forræderi da pårørende får dem innlagt. Når pasienten ankom psykiatrisk sengepost var da faren for aggresjon forhøyet, noe som gikk ut over sykepleierne som tok imot pasienten ved innleggelse. Sykepleierne hadde en følelse av at pasientene forsøkte å skade dem bevisst, og at pasient utnyttet størrelse og høyde, da det var enklere å skade dem som var lave og små (Oyelade et al., 2017, s.12). «*The height and size of the nurse can be intimidating to the patient and will make them watch their actions*» (Oyelade et al., 2017, s. 12).

Resultatene i studien av Price et al. (2018a) viste at sykepleierne følte at de hadde en mangel på tilstrekkelige ressurser, og at dette førte til at mer restriktive teknikker ble tatt i bruk fremfor deeskalering, da de restriktive tiltakene ble sett på som mer tidseffektive. «*Do we have x number of staff in here de-escalating... or do we resolve the situation quickly by restraining and IM'ing*» (Price et al., 2018, 202). Egen angst i utageringssituasjoner ble identifisert som en viktig faktor for hvorfor det ble tatt i bruk mer restriktive tiltak fremfor deeskalering. Opplæringen innen deeskaleringsteknikker førte også til minimal innvirkning på sykepleieres evne til å regulere egne følelser av angst (Price et al., 2018a, s. 204).

Funnene viser til at deeskalering har effekt i praksis, men at sykepleiere ikke har tillit til teknikkene dersom risikoen for vold er større. Det nevnes også at det må tas hensyn til at kommunikasjon er en iboende del av sykepleien. Noe som kan føre til at hendelser som formelt sett ville blitt kategorisert som deeskalering, ikke vil bli dokumentert da det ikke blir sett på som betydelig nok (Lavelle et al., 2016, s. 2184-2185).

4.3 Kunnskap om deeskalering

Vi har valgt å dele dette punktet inn i underpunktene “relasjon og varseltegn” og “påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering” for å best mulig komme i dybden av hovedkategorien. Vi vil presentere resultatene knyttet opp mot disse underpunktene, da med et hovedfokus på kunnskap innen deeskalering.

4.3.1 Relasjon og varseltegn

Det ble avdekket at mer enn halvparten (60%) av deeskaleringen som foregikk gjennom studieperioden var vellykket. Av fem hundre og tjueto pasienter som deltok var det over halvparten av disse (53%) som erfarte deeskalering i løpet av de første to ukene (Lavelle et al., 2016, s. 2183).

Resultatene viste at deeskalering som resulterte i positiv effekt hadde færre varseltegn i forkant av utageringen. Utagering der forsøkt deeskalering var mislykket hadde derimot oftere varseltegn i tillegg til at pasientene hadde en kjent voldshistorikk. Funnene viste at bruken av deeskaleringsteknikker oftere var vellykket dersom en bruker teknikken før pasienten utviste mer aggressiv og konfliktfull atferd (Lavelle et al., 2016, s. 2183-2184).

Passiv intervensjon i form av selvregulering var også en teknikk de fleste sykepleiere benyttet seg av i eskalerende situasjoner. «*Sometimes it's easier to let them have their rant and rave and shout, then they... come down*” (Price et al., 2018a, s. 202).

Det ble avdekket at deltagerne la til rette for en forforståelse om at effekten av deeskaleringsteknikker var avhengig av at sykepleierne hadde en relasjon til pasienten, men at denne eventuelle relasjonen ikke kunne tas nytte av i akutte situasjoner. «*It can only be used on the ward after a relationship has been established with the patient*» (Oyelade et al., 2017, s.14).

Sykepleiers relasjon til pasienten ble identifisert som en viktig faktor relatert til å velge riktig teknikk, og da oppnå effektiv deeskalering. Beslutninger om å ta i bruk ikke-fysiske kontrollteknikker ble påvirket av flere faktorer. For eksempel hvordan sykepleiere oppfattet aggresjonens funksjon, risiko og kunnskap til pasienten (Price et al., 2018a, s. 204).

4.3.2 Påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering

I omtrent en fjerdedel (26%) av de mislykkede forsøkene på deeskalering resulterte utageringen med aggresjon. Hovedsakelig verbal aggresjon, og vold mot inventar. Det ble avdekket at suksessfull deeskalering var mindre sannsynlig dersom pasienten hadde en tidligere voldshistorikk (Lavelle et al., 2016, s. 2183-2184).

Faktorer i miljøet ble rapportert til å ha høy innflytelse på deeskaleringens suksess eller ikke-suksess. Sykepleiere hadde bekymringer relatert til taushetsplikt, pasientens verdighet, men også om aggresjonen ville forplante seg videre til andre pasienter. Dette bidro til at sykepleierne kjente et behov om å skjerme den utagerende pasienten. Resultatene får frem en problematikk ved dette, ettersom det krever at pasienten etterkommer sykepleierens vilje. Dette viste seg igjen å kunne resultere i en maktkamp og føre til en potensiell unngåelig bruk av tvangsmidler (Price et al., 2018a, s. 203).

Resultatet viser at sykepleierne oppfattet 'de og oss' mentaliteten som en barriere for effektiv deeskalering. «I will happily cancel a meeting to de-escalate... a patient... If nurses see their job as getting things done, care plans... then you're just a secretary... you're not taking care of patient...» (Price et al., 2018a, s. 204)

Sykepleierne identifiserte flere faktorer som førte til bruk av mekanisk tvang fremfor deeskalering. De største barrierene for deeskalering sykepleierne nevner er knyttet til organisatoriske faktorer og den individuelle sykepleier. Organisatoriske faktorer i form av få ressurser, frykt for forplanting av aggresjon og dårlig bemanning. Barrierer påvirket av den individuelle sykepleier var faktorer som angst, manglende kunnskap og erfaring. Disse faktorene ble sett på som avgjørende i beslutninger angående bruk av mekanisk tvang eller deeskalering. Dette fordi toleranse for risiko blant annet, var varierende. (Price et al., 2018a, s. 204-205).

Ikke-fysisk kontroll teknikker utenom instruksjoner var ikke anbefalt i kritiske faser av utagering. Dette ble rapportert til å kunne eskalere aggresjonen da pasienten ikke har kontroll over egne handlinger, og ikke kan forutse fordeler og ulemper av fremtidige handlinger. Det ble videre utdypet at denne praksisen stammer fra sykepleiekultur hvor ikke-fysisk kontroll blir sett på som det fremste middel for å opprettholde sikkerheten. Deltagerne så det derfor som sannsynlig at mindre erfarne sykepleiere var mer utsatt for feil anvendelse av ikke-fysisk kontroll teknikker (Price et al., 2018a, s. 203).

Totalt ble en tusen seks hundre og åtti tilfeller av mekanisk tvang loggført over studieperioden til Duxbury et al. (2019). Det var lavere rapporter for bruk av mekanisk tvang i adopsjonsfasen, ved avdelingene der strategiene ble innført. (6,63 tilfeller per 1000 seng) sammenlignet med baseline fasen (9,38 tilfeller per 1000 seng). Ved avdelingene der strategiene ble innført var det en signifikant reduksjon av mekaniske tvangsmidler (gjennomsnittlig 22%). Resultatene viser også en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler gjennom implementasjonsfasen (10,77 tilfeller per 1000 seng). Resultatene konkluderer med at det er mulig å redusere mekaniske tvangsmidler ved bruk av en modell som the six core strategies. (Duxbury et al., 2019, s. 45).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studien

3 av de 4 studiene vi har brukt i denne oppgaven finner sted i Storbritannia. Den siste studien har nigeriansk opphav. Vi vil selvfølgelig ta hensyn til dette i resultatdiskusjonen, med tanke på forskjeller som eventuelt vil kunne påvirke sykepleieutøvelse. Nigeria har for eksempel et lovverk innen psykiatri kalt “the Lunacy Act of 1958” Som er en lov som bla. gir helsearbeidere rett til å ta i bruk mekanisk tvang i form av å hindre bevegelsesfriheten for personer med psykisk lidelse. Dette lovverket har ikke blitt endret siden 1958 (Ugochukwu et al., 2020). Dersom vi sammenligner dette med Storbritannia, ser man at deres lov er 25 år yngre. “The Mental Health Act 1983”. Dette er en lovgivning som gjør det mulig for helsearbeidere i Storbritannia å behandle personer under tvang. Dette forutsetter at de behøver akutt hjelp, og kan være til skade for seg selv eller andre (NHS, 2019). Vi er klare over at det eksisterer forskjeller mellom både lovverk og sykepleieutøvelse avhengig av hvor man befinner seg. Vi har valgt å bruke studier fra Storbritannia fordi her fant vi mye god og oppdatert forskning. Studien fra Nigeria var også svært interessant for oss ettersom man får et innblikk i sykepleieutøvelse som kanskje ikke vil fremstå relevant for vestlig standard, og da deres reaksjon til deeskaleringsteknikker.

5.1.2 Forskerens bakgrunn

Vi valgte å se på forskerens bakgrunn når vi skulle vurdere artiklene. Det var viktig at artiklene vi brukte var skrevet av forskere med erfaring innen psykiatri. For å undersøke artiklenes aktualitet og kompetanse søkte vi opp forfatterne gjennom Oria. Vi observerte da at forskerne som har skrevet artiklene vi har utvalgt har tidligere forskerkompetanse og har skrevet flere vitenskapelige artikler innen psykiatri.

5.1.3 Studiens deltagere

Vi har benyttet oss av flere studier med sykepleiere som deltagere. Den kvalitative studien utført av Oyelade et al. (2017) har 8 deltagere, disse er alle sykepleiere i leder stillinger med erfaring innen yrket fra elleve til tretti år. Selv om erfaringer er variert, blir det beskrevet i studien at deltagerne hadde høy grad av sykepleierfaring innen psykisk helsevern. Med tanke på studiens hensikt samsvarer dette, men vi får samtidig ikke et helhetlig innblikk i nyutdannedes tanker eller opplevelser i denne studien. Syv kvinner, og én mann tok del i studien. Fordelingen mellom kjønn fremstår ujevn, men studien påpeker at kjønnsdemografien er representativ ettersom kvinnelige sykepleiere sto for majoriteten (75 %) av avdelingslederstillingene.

Price et al. (2018a) hadde 20 deltagere i sin studie, derav ti kvinner og ti menn. Disse hadde mer variert erfaring, med alt fra mindre enn to års erfaring opp til femten år. Stillingene var varierte med både avdelingsledere, teamledere, sykepleiere, og hjelpepleiere inkludert. Denne studien ga oss altså et jevnt innblikk i erfaringer fra forskjellige kjønn, og variert arbeidserfaring. Ettersom flere av artiklene har sykepleiere med lang erfaring som deltagere ble denne artikkelen svært relevant for oss, da man får et innblikk i hvordan sykepleiere med mindre erfaring håndtere deeskaleringsteknikker og kompetanse innen dette.

I studien utført av Duxbury et al. (2019) var det fjorten psykiatriske avdelinger for voksne i nordvest-England som deltok. De fleste avdelingene hadde både mannlige og kvinnelige pasienter, med unntak av 3 av dem. Pasientene hadde forskjellige psykiatriske diagnoser. Som en del av en pre- og post-testmetoden ble tall for mekanisk tvang samlet inn ved bruk av rutinemessige sykehusjournaler 6 måneder før og etter intervensjonen. 7 avdelinger mottok intervensjonen, og ble deretter sammenlignet med 7 avdelinger som ikke gjorde dette.

Lavelle et al. (2016) benytter seg av en lignende metode. Gjennom de første to ukene av pasienters innleggelse ble hendelser som involverte konflikt og aggresjon dokumentert. Hyppighet og rekkefølge av konflikt ble identifisert under hvert skift. Sekvensene av hendelser som involverte deeskalering ble analysert. Sekvensene der deeskalering avsluttet mønsteret av konflikt ble kategorisert som suksessfull deeskalering. Alle andre sekvenser ble kategorisert som mislykket.

Vi benyttet oss av studier med sykepleieperspektiv, men så det samtidig som ønskelig å inkludere en vitenskapelig studie med mer pasientrettet perspektiv. Dette fordi vi ønsket et bredere innblikk i pasients tanker og opplevelser. Det er trossalt pasienten som skal oppleve

deeskaleringen, og reagere på denne. På grunn av oppgavens omfang ville resultatet muligens blitt relativt bredt. Det ble derfor besluttet å ikke anvende en vitenskapelig artikkel med pasientperspektiv, men heller å trekke dette inn i resultatdiskusjonen.

5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Vi valgte å bruke studier med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming, som metode. Dette fordi vi ønsket en bredere forståelse, men også fordi en mixed method samsvarte best med vår problemformulering. Ettersom vi ønsket å undersøke om økt kunnskap innen de-eskalering kan bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang, så vi det som nødvendig å inkludere kvalitativ forskning i form av intervju. Dette ville gi oss konkrete synspunkter, sammen med erfaringer fra sykepleiere. Samtidig så vi det som svært hensiktsmessig å benytte oss av kvantitativ forskning, som ga oss et klarere og bredere resultat i form av tall og statistikk.

Vi benyttet oss av 4 forskningsartikler i vår integrative litteraturoversikt. Hovedgrunnen til dette er at mengden forskning innen fagområdet er begrenset. Vi valgte 4 artikler som best mulig samsvarte med vår hensikt og problemformulering. Det kan hende at et utvalg med flere artikler ville gitt oss en større mulighet til fordypning. Med tanke på oppgavens omfang og tid til rådighet mener vi samtidig at våre artikler er svært relevante, og gir oss god mulighet til å diskutere rundt problemformuleringen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleiers innstilling til deeskalering

Det kommer frem i analysen at deltagerne i studien utført av Oyelade et al. (2017) så det som skuffende at deeskaleringsteknikker ble sett på som bevisbasert praksis. Videre vises det at sykepleierne ikke har tillitt til at teknikkene har effekt. Her vil det være relevant å bevisstgjøre de nasjonale forskjellene i sykepleiepraksis. Sykepleierne i studien til Oyelade et al. (2017) maler et bilde av et system med flere mangler. Det trekkes blant annet frem et manglende alarmsystem, der assistanse fra kollegaer i utageringssituasjoner var uforutsigbart. Dette vil kunne være et sentralt moment for mangel på trygghet og økende stress hos personal i utageringssituasjoner. Allikevel blir ikke dette presentert som det mest grunnleggende i hvorfor personalet benytter seg av en mer militant holdning fremfor deeskalering. Utryggheten fremsto heller å ha grunn i tidligere opplevelser (Oyelade et al., 2017). Videre bringer analysen frem at studien til Price et al. (2018a) hadde noen sentrale likheter. Her avdekkes det også at sykepleierne kjente på en mangel av tilstrekkelige ressurser, som blir forklart som en av grunnene til at restriktive teknikker ble tatt i bruk fremfor deeskaleringsteknikker, da spesielt med tanke på tidsbruk.

Oversiktsartikkelen av Price, Baker, Bee & Lovell (2015) konkluderer med at den sterkeste effekten av trening innen deeskaleringsteknikker fremkommer når fokuset ligger på deeskaleringsrelatert kunnskap, selvtillit til å håndtere aggresjon og deeskaleringssytelse. Det trekkes videre frem at selv om det antas at opplæring innen deeskaleringsteknikker vil forbedre personalets evne til å deeskalere voldelig og aggressiv atferd og da forbedre sikkerhet i praksis, er det foreløpig begrenset bevis på at denne treningen har effekt.

Deltagernes skuffelse relatert til at deeskaleringsteknikker ble akseptert som bevisbasert praksis vil derfor ha relevans sett sammen med oversiktsartikkelen til Price et al. (2015). Videre viser også analysen at deeskalering ikke har blitt mye forsket på til denne tid, noe som gjør at det er lite empirisk bevis. Allikevel blir det tatt i bruk obligatoriske treningsprogram som ikke er basert på empirisk forskning (Lavelle et al. 2016).

Ut fra analysen vil det være relevant å trekke inn menneske-til-menneske modellen av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Her legges det fokus på mellommenneskelige forhold som baseres på erfaringer mellom sykepleier og personen de har omsorg for. Dersom personer som mottar omsorg skal få sine behov ivaretatt forutsetter dette at sykepleier har en evne til å

anvende seg selv terapeutisk (Omhelse, 2014). Modellen beskriver også kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddelet (OsloMet Helsevitenskap, 2018, 5:30). Sykepleiers innstilling til deeskaleringsteknikker vil ifølge Joyce Travelbees modell måtte baseres på en evne til å anvende seg selv terapeutisk, men også å benytte kommunikasjon som et sentralt hjelpemiddel (Omhelse, 2014). En utrygghet basert på tidligere opplevelser, sett sammen med en mangel på tilstrekkelige ressurser og et ønske/ behov for produktiv tidsbruk vil muligens vanskeliggjøre dette (Oyelade et al., 2017; Price et al., 2018a). Det kan tenkes at noen av disse faktorene, som for eksempel manglende ressurser, faller utenfor sykepleierens kontroll. Det er derfor mulig at sykepleiers innstilling ikke bare har grunn i egne tanker og bekymringer, men også et manglende system (Oyelade et al., 2017; Price et al., 2018a). “We also use de-escalation approach but it does not yield positive results” (Oyelade et al., 2017 s.13). Det kommer samtidig frem i analysen at sykepleiere benytter seg av kommunikasjon som virkemiddel, men i varierende grad, og med forskjellig forståelse av effekten dette har (Oyelade et al., 2017; Price et al., 2018a).

Sykepleiers ønske om produktivt tidsbruk, i et arbeidsmiljø med manglende ressurser gjenspeiles i oversiktsartikkelen av Price et al. (2018b). Her utdypes det av pasientene, at mangel på tid, grunnet underbemanning blir beskrevet som en barriere for deeskalering. Videre kommer det frem at ikke alle pasientene var like enige i dette, og noen mente at dette argumentet ble brukt av personal for å tilbringe mer tid på kontoret, borte fra pasientene. Når deltakerne i studien av Price et al. (2018b) ble spurt angående barrierer som begrenset effekt av deeskalering var et dominant synspunkt at restriktive metoder, som for eksempel mekanisk tvang, primært ble brukt ved eskalert oppførsel. Deltakerne følte at sykepleiere ikke brukte deeskaleringsteknikker, men mekanisk tvang for å opprettholde dominans. De mente at effekten av deeskalering ikke vil bedres dersom denne dynamikken ikke blir tatt på alvor. En minoritet av deltakerne følte dermed at visse personal ønsket å bruke deeskalering, men at de ble påvirket til å bruke mekanisk tvang på grunn av arbeidskulturen (Price et al. 2018b).

5.2.2 Selvsikkerhet innen teknikk

«Ikke fysisk kontroll» teknikkene oppdaget i studien til Price et al. (2018a), ble som tidligere nevnt tolket av sykepleierne som deeskaleringsteknikker. Analysen av studien viser samtidig at det var en kobling mellom disse teknikkene og økt aggresjon som igjen førte til bruk av mekanisk tvang. Beslutningene om å ta i bruk mer kontrollerende teknikker ble ofte forklart på bakgrunn av avdelingens integrerte normer og rutiner.

Gjennom oversiktsartikkelen av Heckemann, Breimaier, Halfens, Schols & Hahn (2016) kom det frem at etter AM training brukte sykepleiere deeskalering mer bevisst da deres handlinger nå var styrket av teoretisk kunnskap. Videre fremhevet sykepleierne viktigheten av å bruke deeskaleringsteknikker på en ekte og autentisk måte fremfor å spille en rolle. De følte nå at de hadde flere muligheter til å reagere på aggressiv atferd. De ble også mer selektive når det kom til å bruke mekanisk tvang som svar på pasientens aggresjon (Heckemann et al., 2016).

Samtidig fører analysen frem et sentralt moment. Personalets egen angst var en viktig faktor i forhold til hvorfor det blir tatt i bruk mer restriktive tiltak fremfor deeskalering (Price et al., 2018a). Opplæring innen deeskaleringsteknikker førte heller ikke til noe særlig innvirkning på sykepleieres evne til å regulere egne følelser av angst. Å forbedre denne evnen spiller derfor en viktig rolle i å fremme mer vedvarende bruk av deeskaleringsteknikker (Price et al., 2018a). Analysen viser dermed til at trening innen deeskalering ikke hadde særlig innvirkning på egne følelser av angst (Price et al., 2018a), mens oversiktsartikkelen av Heckemann et al. (2016) ikke viser til personalets egne følelser av angst, men kommer allikevel frem til at trening innen deeskalering fører til mer bevisst bruk, og en følelse av flere muligheter som igjen ledet til mer selektiv bruk av mekanisk tvang. Det kommer videre frem i analysen at det må tas hensyn til at kommunikasjon er en iboende del av sykepleien, og at dette kan føre til at hendelser som formelt sett ville blitt kategorisert som deeskalering, ikke vil bli dokumentert. Dette kan tolkes som ubevisst bruk av deeskaleringsteknikker (Lavelle et al., 2016).

Analysen bringer frem flere faktorer som spiller inn under sykepleiers selvsikkerhet innen teknikk. Sykepleiers egne følelser av angst vil gjerne være komplisert å regulere, spesielt dersom disse har grunn i tidligere opplevelser og erfaringer (Oyelade et al., 2017). Det kan tenkes at ubevisst bruk av deeskaleringsteknikker vil medføre et mindre press på sykepleier ettersom det sees på som en naturlig del av kommunikasjonen. Det vil kanskje også fremme mer autentisitet og fremstå mer naturlig (Lavelle et al., 2016). Oversiktsartikkelen av Price et

al. (2018b) forklarer videre at autentisitet spilte en viktig rolle for pasientene, da flere så det som problematisk at personal for eksempel prøvde å maskere følelser av angst.

Samtidig vil et bevisst bruk av disse teknikkene gi en følelse av flere muligheter og mer selektiv bruk av mekanisk tvang (Heckemann et al. 2016). Man ser gjennom analysen av studien til Duxbury et al. (2019) at selv om det avdekkes signifikante lavere rapporter for bruk av mekanisk tvang ved avdelingene der strategiene ble innført, viser analysen samtidig en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler gjennom implementasjonsfasen. Dette kan indikere utfordringer med å tilpasse seg en ny tilnærming, eller redusert terskel for rapportering av hendelser grunnet en fremheving av problemet gjennom deltakelse i studien. Gjennom å implementere disse spesifikke tiltakene kan det tenkes at sykepleiere mest sannsynlig benyttet seg av deeskaleringsteknikker på en bevisst måte, som muligens førte til usikkerhet når sykepleierne først skulle tilpasse seg disse (Duxbury et al., 2019).

Avdelingens integrerte normer og rutiner er også en faktor å ta hensyn til ved sykepleiers selvsikkerhet innen teknikk. Det krever stor evne til å opptre og å tenke selvstendig dersom man skal skille egne handlinger fra avdelings normer og rutiner. Det er også mulighet for å havne inn i et mønster eller tankegang det kan være vanskelig å vike fra (Price et al., 2018a; Price et al., 2018b; Heckemann et al., 2016).

En evne til selektiv bruk av mekanisk tvang er svært viktig, ettersom maktutøvelse vil kunne føre til pleielidelser. Eriksson forklarer at å utøve makt er å påføre en annen lidelse (Eriksson, 2012, s. 86). Selektiv bruk av mekanisk tvang er ikke bare foretrukket, men også lovfestet. Dette fører frem viktigheten av selvsikkerhet innen teknikk. Ettersom mekanisk tvang kun skal benyttes når det er strengt nødvendig, vil selvsikkerhet og kunnskap innen deeskaleringsteknikker spille en viktig rolle i sykepleieutøvelse. Psykisk helsevernloven lovfester at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og mindre inngripende tiltak skal benyttes dersom disse er tilstrekkelige (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2).

5.2.3 Kunnskap om deeskalering

5.2.4 Relasjon og varseltegn

I analysen kommer det frem at studiene til Baker et al. (2018a) og Oyelade et al. (2017) identifiserer relasjon som en viktig faktor for effektiv deeskalering. Disse underbygger viktigheten av relasjon til pasienten da det vil bidra til mer effektiv deeskalering, men får også frem at å bygge relasjoner til pasienten tar lang tid.

Analysen viser at sykepleiere brukte en mer militant holdning fremfor deeskalering grunnet manglende trygghet, mangel på tilstrekkelige ressurser og økende stress for personalet i utageringssituasjoner. Det kan tolkes som at de tidligere traumatiske hendelsene personalet har erfart vil gjøre det vanskelig å gi pasienten rom til å utagere, uansett om det ikke vil påvirke andre pasienter eller personal (Oyelade et al., 2017). Likevel var det ikke alle sykepleiere som brukte denne militante holdningen, da noen valgte å gi pasienten litt tid til å utagere ved å fjerne seg selv fra situasjonen (Price et al., 2018A). Denne holdningen samsvarte med oversiktsartikkelen av Price et al. (2018b) da pasientene ønsket at sykepleiere skulle gi dem litt tid, tolerere litt verbal aggresjon og vold mot inventar dersom det ikke gikk ut over andre. *“Give them (patients) time. If they’re going to attack someone, you’ve got to restraint them, apart from that let them have their tantrum, everyone’s got at child in them...”* (Price et al., 2018b, s. 619). Pasientenes oppfatning var at tvang ofte ble brukt uavhengig av aggresjonens årsak og funksjon. (Price et al., 2018b).

Ifølge Lindström (2003) sin teori vises det at relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient er avhengig av sykepleiers evne til åpenhet, fleksible følelser og tenkning. Sykepleier vil da stilles krav som yrkesperson i relasjonen, og skal kunne gi hver pasient en individuell plan som er tilpasset deres behov. Kunnskap om relasjonsbygging og den enkelte pasient vil dermed være kritisk, da relasjonen til pasienten både kan bidra til en gunstig helseprosess eller helsehinder. (Lindström, 2003, s.102). Analysen viser at det tar tid å bygge relasjon til pasienten, men det må også nevnes at å bygge denne relasjonen kan være utfordrende (Oyelade et al., 2017). Annen relevant litteratur nevner utrygg tilknytning til foreldrefiguren som et eksempel som kan føre til en tendens til å unngå kontakt med andre (H. Eide & T. Eide, 2018, s. 371). Oversiktsartikkelen av Blindheim (2012) nevner at sykepleiers kunnskap om pasienten i slike tilfeller vil være essensiell, da pasienten vil ha problem med å uttrykke egne behov, bearbeide sterke opplevelser og å sette grenser.

Analysen får frem at når sykepleier har oppnådd en relasjon med pasienten vil en få ny kunnskap som kan utnyttes i utageringssituasjoner for å velge riktig teknikk, identifisere risiko og eskalerende oppførsel (Price et al., 2018a). Det var et felles trekk gjennom analysen av artiklene at personalets kunnskap om pasienten var viktig for effekten av deeskalering, ettersom kunnskapen en har innhentet kan brukes til å identifisere eventuelle varseltegn (Price et al., 2018; Oyelade et al., 2017; Lavelle et al., 2016).

Analysen tyder til at sykepleiere har større sjanse til effektiv deeskalering dersom de har økt kunnskap til å fange opp tegn til mulig aggresjon (Lavelle et al., 2016). Funnene underbygges i oversiktsartikkelen til Johnson & delaney (2007) som kom frem til samme konklusjon. Dette tyder også på at effekten av deeskalering er avhengig av om aggresjonen allerede har startet.

5.2.5 Påvirkningsfaktorer for effektiv deeskalering

En påvirkningsfaktor som kommer frem i analysen var at tidligere voldshistorikk gjorde det mindre sannsynlig at deeskaleringen var vellykket (Lavelle et al., 2016). Det kan vær flere årsaker som fører til at dette påvirker effekten av deeskalering. Studiene nevner at en faktor for hvorfor det blir tatt i bruk mer mekanisk tvang i stedet for deeskalering var personalets egen angst (Oyelade et al., 2017; Price et al., 2018a). Selvsikkerheten en sykepleier har ovenfor bruken av deeskalering blir også identifisert som en viktig faktor for effekten. Dersom sykepleier leser pasientens voldshistorikk og ikke har en egen relasjon til pasienten kan det tenkes at utryggheten i dette møtet kan påvirke effekten av deeskalering (Oyelade et al., 2017). Men det er samtidig viktig å punktere at en tidligere voldshistorikk ikke alltid betyr at deeskalering ikke har effekt, selv om det kan ha innvirkning (Lavelle et al., 2016).

En annen faktor som tydeliggjøres av analysen er at sykepleiere fryktet brudd på taushetsplikt, pasientens verdighet og frykt relatert til om aggresjonen ville forplante seg til andre pasienter (Price et al., 2018A). Dette førte til at sykepleiere brukte mekanisk tvang i stedet for å kommunisere for å deeskalere situasjonen. I oversiktsartikkelen av Price et al., (2018b) nevnes det at i pasientenes erfaring brukte sykepleiere primært sett mekanisk tvang ved eskalerende situasjoner. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddelet (Oslomet helsevitenskap, 2018, 5:30). Analysen tydeliggjør at en barriere omhandler sykepleiere som gjør papirarbeid på kontoret i stedet for å deeskalere og ta vare på pasienten. Det kan tenkes at det dannes et skille mellom pasient og sykepleier dersom sykepleier

tilbringer resterende tid inne på kontoret fremfor å kommunisere med pasienter. Dette skillet kalles for 'de og oss' mentaliteten (Price et al., 2018a). Dette samsvarer med oversiktsartikkelen av Price et al. (2018b) hvor hierarkisk respektløshet nevnes som en sentral barriere. Denne barrieren kan føre til nedlatende responser fra sykepleier i utageringssituasjoner, falsk følelse av empati og at sykepleiere responderer til pasienters utagering ved irritasjon eller frustrasjon. Dette er faktorer som pasientene ikke bare identifiserer som en barriere for effektiv deeskalering, men atferd som kan eskalere aggresjonen.

Ut fra analysen av artikkelen til Price et al. (2018a) ble sykepleiers individuelle erfaring og kunnskap identifisert som en viktig påvirkningsfaktor for deeskalering. Hvordan sykepleier maskerer egne følelse av irritasjon, aggresjon og frustrasjon i møte med pasienters utagering kan skyldes sykepleiers individuelle erfaring og kunnskap. Ut ifra dette kan det tenkes at hvordan sykepleier responderer til pasienten i utageringssituasjoner også kan påvirkes av relasjon. Kunnskap om pasienten kan skape forståelse for eventuell aggresjon, men også skille mellom dette og personlighet. Sykepleiers erfaring blir også trukket frem da

Den største barrieren trukket frem fra analysen fra Price et al. (2018a) er organisatoriske faktorer. Grunnet blant annet dårlig bemanning og lite ressurser dannes det frykt for forplantning av aggresjonen som gjør at mekanisk tvang tas i bruk. Sykepleiers angst vil også spille inn, da det kan oppfattes som tryggere å ty til mekanisk tvang da det er mindre tidskrevende og krever mindre kunnskap fra personalets side (Price et al. 2018; Oyelade et al., 2017). Studien til Price et al. (2018a) identifiserer at dårlig bemanning påvirker også personalets tid. Videre forklares det at for å danne en relasjon til pasienten er det viktig å kommunisere og tilbringe tid med pasienten, men sykepleiere har også mye ansvar innen dokumentasjon. Slik det tolkes ut ifra oversiktsartikkelen av Baker et al (2017) kan det tenkes at papirarbeidet blir prioritert dersom pasienten ikke utagerer i situasjoner der sengeposten preges av underbemanning, noe som videre kan påvirke sykepleiers relasjon til pasienten.

6.0 Anvendelse i praksis

Oppgaven bringer frem flere faktorer som vil påvirke om kunnskap innen deeskalerings teknikker vil bidra til å redusere bruken av mekanisk tvang. Mye tyder til at opplæring innen deeskalerings teknikker alene vil ha sine begrensninger for reduksjon av mekanisk tvang. Et av elementene som kommer frem er viktigheten av relasjon til pasienten. Dette fordi sykepleiere hadde større sjans til effektiv deeskalering ved økt kunnskap om å fange opp tegn til mulig aggresjon.

Sykepleiers egen angst og stressfølelse i utageringssituasjoner var en barriere bragt frem i flere av artiklene. Dette medførte en mer militant holdning fremfor deeskalering grunnet blant annet manglende trygghet og økende stress hos sykepleier. Trening innen deeskalering hadde heller ikke særlig innvirkning på egne følelser av angst. Det vises også at flere av barrierene for effektiv deeskalering muligens faller utenfor sykepleiers kontroll. Sykepleierne kjente på manglende ressurser, frykt for brudd på taushetsplikt, tidspress, frykt for forplanting av aggresjon, og et press i forhold til arbeidskultur.

Sykepleieres evne til å regulere egne følelser av angst ser ut til å spille en sentral rolle i å fremme mer vedvarende bruk av deeskalerings teknikker. Strategier for mestring innenfor dette er muligens et viktig moment for videre forskning og anvendelse i praksis. Det ble også trukket frem at selv om det antas at opplæring innen deeskalerings teknikker vil forbedre personalets evne til å deeskalerte voldelig og aggressiv atferd finnes det foreløpig begrenset bevis på at denne treningen har effekt.

Trening innen deeskalerings teknikker alene vil muligens ha en begrenset effekt, med tanke på alle andre faktorer som spiller inn. Trening alene vil mest sannsynlig ikke bedre tidspress og manglende ressurser. Kvantitativ forskning viste effekt ved implementering av deeskalerings teknikker, men det ble ikke sett på langtidseffekten av dette. Ut fra vår oppgave ses det et behov for forskning på større skala med fokus på langtidseffekt.

Referanser

Andersen, J. (2017). "Mixed methods"- design I helseforskning. *Forskningens ABC – Fagutvikling*. <http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>

Blindheim, A. (2012). Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. 89(3). 168-195. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-05>.

Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G. & Whittington, R. (2019) Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF') *Elsevier Ltd*. 95. 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske*. (2. utg.). Munksgaard, København 1995

Friberg, F. (Red.). (2018). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.utg.). Studentlitteratur AB: Lund.

Grønmo, S. (2021, 10. mai). Forskningsmetode – samfunnsvitenskap. Hentet fra <https://snl.no/forskningsmetode - samfunnsvitenskap>

Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016). The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(3). 574-585. <https://doi.org/10.1111/scs.12281>.

Helsedirektoratet. (2018). *Rettigheter i psykisk helsevern – for deg mellom 16 og 18 år*. [Brosjyre]. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/rettigheter-i-psykisk-helsevern-for-deg-mellom-16-og-18-ar#lastnedbrosjyre>

Hem, E. (2020, 19. mai) IMRAD. Hentet fra <https://sml.snl.no/IMRAD>

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*. 25(15-16). 2180-2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>

Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie – Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malt, U. (2019, 16. desember). Utagering. Hentet fra <https://snl.no/utagering>

National Association of state Mental Health Program Directors. (2006). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. Hentet fra <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

NHS. (2019, 17. April). Mental Health Act. Hentet fra <https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

NOU. 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven- forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>

Omhelse. (2014, 25. mai). Joyce Travelbee. Hentet fra <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/>

OsloMet Helsevitenskap. (2018, 18. september). *Joyce Travelbee*. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=ahrqgaNCiHw>

Oyelade, O., Smith, A. A. H. & Jarvis, M. A. (2017). Dismissing de-escalation techniques as an intervention to manage verbal aggression within mental health care settings: attitudes of psychiatric hospital-based Nigerian mental health nurse. *Africa journal of nursing and midwifery*. 19(2). 1-18. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/731>

Price, O. & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 21(4). 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>

Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L. & Lovell, K. (2018b). 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. *Journal of advanced nursing*. 74(3), 614-625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British journal of psychiatry*. 206(6). 447-455.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2018). 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. *International Journal of Nursing Studies*. 77. 197-206.
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV- 1999-07-02-62) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2014, 30. juni). FHI. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Ugochukwu, O., Mbaezue, N., Lawal, S. A., Azubogu, C., Skeikh, T. L. & Vallières, F. (2020). The time is now: reforming Nigeria's outdated mental health laws. *The Lancet Global Health*. 8(8). 989-990. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30302-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30302-8)

VEDLEGG 1: Søkelogg

Søkedato	24/03	16/03	17/03	16/03	11/04
Database	Pubmed	CINAHL	CINAHL	CINAHL	Pubmed
Søkeord og ordkombinasjoner	Minimising physical restraint in mental health services	Coercion AND aggression AND nurse	De-escalation AND Aggression AND Mental Health Services	De-escalation AND Aggression AND Psychiatric Nursing	De-escalation AND Aggression AND Psychiatric Nursing
Avgrensninger	1. Litteratur eldre enn 2012. 2. Oversiktsartikkel 3. Pasienter under 16 år. 4. Annet helseforetak enn psykiatrisk sengepost.	1. Litteratur eldre enn 2012. 2. Oversiktsartikkel 3. Pasienter under 16 år. 4. Annet helseforetak enn psykiatrisk sengepost.	1 Litteratur eldre enn 2012. 2. Oversiktsartikkel 3. Pasienter under 16 år. 4. Annet helseforetak enn psykiatrisk sengepost.	1. Litteratur eldre enn 2012. 2. Oversiktsartikkel 3. Pasienter under 16 år. 4. Annet helseforetak enn psykiatrisk sengepost.	1. Litteratur eldre enn 2012. 2. Oversiktsartikkel 3. Pasienter under 16 år. 4. Annet helseforetak enn psykiatrisk sengepost.
Antall treff	2	8	9	11	9
Leste abstrakt	2	6	9	9	7
Leste artikler	2	4	4	5	4
Antall valgte artikler	1	0	0	2	1

VEDLEGG 2: LITERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Oyelade, O., Smith, A. A. H. & Jarvis, M. A. 2017, Africa journal of nursing and midwifery, Nigeria.	Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L. 2016. Journal of clinical nursing. England	Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G. & Whittington, R. 2019, Elsevier Ltd, England.	Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. 2018, <i>International Journal of Nursing Studies</i> . England
Artikkeltittel	Dismissing de-escalation techniques as an intervention to manage verbal aggression within mental health care settings: attitudes of psychiatric hospital-based Nigerian mental health nurses	Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.	Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('ReSTRAIN YOURSELF')	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.
Hensikten med studien	Å presentere deeskaleringsteknikker til bruk i verbale utageringsmomenter til helsearbeidere ved psykiatrisk avdeling i Nigeria og å beskrive deres respons.	Hensikten med artikkelen er å utforske ulike faktorer som påvirker bruken av deeskalering og dens suksess i å forhindre konflikter i akutt psykiatriske avdeling.	Undersøke muligheten for å redusere mekanisk tvang ved bruk av 6 strategier	Hensikten er å innhente personalets mening om deeskalering teknikker som blir brukt i psykiatri og utforske faktorer som påvirker implementering effekten av deeskalering.
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Sykepleieperspektiv	Sykepleieperspektiv	Sykepleieperspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. En gruppe på 8 deltagere (sykepleiere) hadde diskusjoner i forkant av og i etterkant av en presentasjon om deeskaleringsteknikker. Det ble gjort innholdsanalyse av lydopptak før og etter intervusjon.	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved at en forsker fikk tilgang til pasienter som samtykket i å delta i prosjektet og leste i journalen til pasientene. I de første to ukene ble det dokumentert pasientens involvering i konflikter eller begrensninger.	Kvantitativ/ Kvalitativ Analysen besto av en ikke-randomisert kontrollert måling av fysisk tilbakeholdenhet, utfallet av personal- og pasientundersøkelser og intervjuer og etnografiske data	Det ble utført semistrukturert intervju som ble tatt opp og analysert ved å bruke en kvalitativ data analyse.
Utvalg/ populasjon	En gruppe på 8 sykepleier ved psykiatrisk sykehus i Nigeria diskuterte sine egne erfaringer, og syn på deeskalering	Totalt 522 pasienter er inkludert i dette studiet. Alle var innlagt på psykiatrisk sengepost og lå der i minst 2 uker mellom 28-65 år.	Studien sammenlignet sengeposter som tok i bruk de 6 stragiene, med sengeposter som ikke gjorde dette.	20 psykiske avdelinger var med i studien hvor sykepleiere, (gruppe ledere, avdelings ledere) ble intervjuet.

Kandidatnummer: 5137 og 5274

Hovedfunn/ resultater	Resultatet viser at det er manglende bevis på at trening innen deeskaleringsteknikker fører til bedre ytelse	Resultatet viser at 53% av pasientene erfarte deeskalering i løpet av de første 2 ukene på sengepost, og at 37% av disse erfarte deeskalering gjentatte ganger. Av disse ble 60% av tilfellene kategorisert som suksessfulle. De fant ut at ved suksessfull deeskalering var hendelsene som ledet opp til deeskaleringen mindre aggressive hendelser, enn hvor deeskalering ikke var suksessfull.	De kom frem til at bruken av mekanisk tvang var lavere ved sengeposter som tok i bruk strategiene. Det var en gjennomsnittlig tvangsreduksjon på 22%	Resultatet viser 14 teknikker som ble brukt i respons til eskalert aggresjon. Teknikkene ble klassifisert i tre hovedkategorier som er støtte, ikke-fysisk kontroll og fysisk kontroll.
----------------------------------	--	---	--	---