



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV
MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni in babiški negi



DEESKALACIJSKE TEHNIKE

Bole Urban

Aljoša Lapanja

Agresivno vedenje je pogost pojav v zdravstvenem in socialnem varstvu (Pines, et al., 2021; Civilotti, et al., 2021). Agresija se pojavlja v različnih oblikah, od verbalne do fizične agresije. Raziskovalci ugotavljajo, da se pojavlja v tako številnih oblikah, da jo je občasno nemogoče prepoznati. Da so stvari še bolj zapletene, pogosto obstaja razkorak med razumevanjem agresije v splošni javnosti in pri strokovnjakih. Sam pojem agresije se pogosto uporablja na načine, ki se ne skladajo s samo definicijo pojava. V življenju lahko energičnega in vztrajnega prodajalca opišemo kot agresivnega, trener v nogometni ekipi svoje igralce spodbuja, naj bodo bolj agresivni. V medicini se pogosto srečamo z agresijo, na primer pri agresivnem tumorju in agresivni kemoterapiji, vendar nobeden od teh primerov ne ustreza definicijam agresije ali nasilja (Allen & Anderson 2017). Najpogosteje je pri avtorjih sprejeta definicija, da je agresija trenutna destruktivna ali sovražna naravnost. Je reakcija posameznika, ki vključuje agresivno verbalno izražanje, grožnje s poškodovanjem ali fizičnim napadom in je lahko usmerjena proti sebi ali drugi osebi in lahko, če agresije ne ustavimo, preraste v nasilno vedenje (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Treba se je zavedati, da čeprav splošna javnost včasih obravnava nasilje ločeno od agresije, se nemalo strokovnjakov strinja, da je nasilje podvrsta agresije. Opređeljena je kot skrajna oblika agresivnega vedenja, ki ima za posledico hudo telesno poškodbo ali smrt (Bushman & Huesmann, 2010).

Posledice agresivnega vedenja so najpogosteje poškodbe zaposlenih oziroma pacienta ali uporabnika (Spencer, et al., 2018), v zadnjem času pa strokovnjaki ugotavljajo vse več dolgoročnih posledic, ki jih ob agresivnem ali celo nasilnem vedenju pacienta ali uporabnika imajo zaposleni v zdravstvu. Agresivno vedenje ali celo nasilje resno vpliva na duševno zdravje zaposlenih v zdravstvu, predvsem z depresivnimi znaki, tesnobo ali celo izgorelostjo (Havaei, et al., 2021; Converso, et al., 2021). Stres, ki ga doživijo ob agresiji in nasilju, vpliva na življenjski slog zaposlenih v zdravstvu, raziskovalci poročajo o povečanju uporabe tobačnih izdelkov, motnjah hranjenja in spanja, spremembe v socialnih odnosih in v nekaterih primerih celo o socialni izolaciji (Cannavò, et al., 2019; Rudkjoebing, et al., 2020; Lamothe, et al, 2021; Hilton, et al., 2021). Lahko pa izkušnja agresivnega ali nasilnega vedenja celo vpliva na izstop iz samega poklica (Yang, et al., 2021).

Pomembna faza pred uporabo deeskalacijskih tehnik je prepoznavanje agresivnega vedenja. V literaturi zasledimo različna orodja, ki omogočajo zaposlenim v zdravstveni negi hitrejšo prepoznavo agresivnega vedenja. Lestvico STAMP (Staring, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, and Pacing) najpogosteje

Najpogosteje je pri avtorjih sprejeta definicija, da je agresija trenutna destruktivna ali sovražna naravnost. Je reakcija posameznika, ki vključuje agresivno verbalno izražanje, grožnje s poškodovanjem ali fizičnim napadom in je lahko usmerjena proti sebi ali drugi osebi in lahko, če agresije ne ustavimo, preraste v nasilno vedenje.

uporabljajo na področju urgentne medicine, OAS (Overt Aggression Scale) se najpogosteje uporablja pri otrocih in mladostnikih, BVC (Broset Violence Checklist) uporabljajo predvsem v psihiatričnih bolnišnicah, BRACHA (Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents) je uporabna na področju urgentne medicine za oceno agresivnega vedenja otrok in mladostnikov (Barzman, et al., 2011; Calow, et al., 2015).

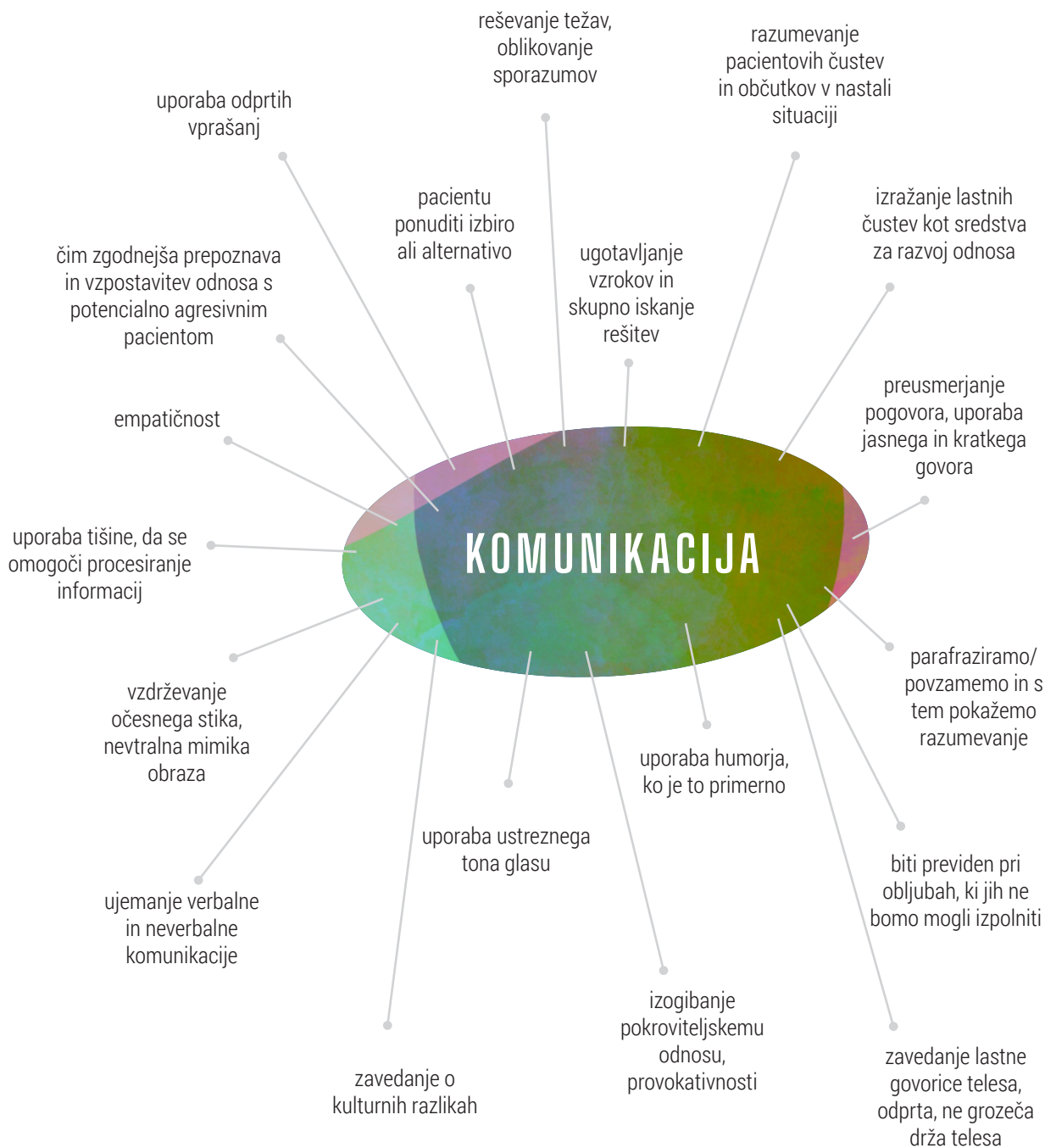
Deeskalacija je zasnovana kot proces, ki vključuje sposobnost postopnega reševanja in obvladovanje agresivnega vedenja. Sestavljena je iz različnih korakov komunikacije tako verbalnih kot neverbalnih, katerih cilj je preprečiti eskalacijo agresije v nasilno vedenje (Accinni, et al., 2021). Gre za postopno zmanjševanje stopnje napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik, namen pa je zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti pri pacientu (Richmond, et al., 2012; Du, et al., 2017). V literaturi se priporoča kot prva izbira pri obvladovanju agresije, saj pacientu in izvajalcu omogoča varnejšo, manj restriktivno, hitro alternativo tradicionalnim metodam obvladovanja agresivnega vedenja, kot sta uporaba posebnih varovalnih ukrepov in farmakološko oviranje (Lavelle, et al., 2016). Deeskalacijske tehnike so tako eno izmed najmočnejših orodji za zmanjševanje pacientovega ali uporabnikovega agresivnega vedenja, omogočajo vzpostavitev terapevtskega odnosa, zahtevajo empatičen, profesionalen odnos ne glede na pacientovo oziroma uporabnikovo vedenje (Roppolo, et al., 2020).

Čeprav so si strokovnjaki enotni, da so deeskalacijske tehnike prva izbira obravnave agresivnega vedenja, pa je vpliv izida deeskalacije dokaj slabo raziskan (Du, et al., 2017; Spencer, et al., 2018; Engel, et al., 2020). Haefner in sodelavci (2021) so v svoji raziskavi ugotovili, da se je po implementaciji programa deeskalacijskih tehnik TeamSTEPS dokazano znižala uporaba posebnih varovalnih ukrepov. Lavelle in sodelavci (2016) med 522 pacienti, pri katerih je bila uporabljena deeskalacija, ugotovijo, da je bila deeskalacija uspešna v 60 %, zanimiva ugotovitev pa je bila, da je bila deeskalacija manj učinkovita pri pacientih, ki so bili v preteklosti že agresivni oziroma nasilni. Krull in sodelavci (2019) navajajo, da po izobraževanju o deeskalacijskih tehnikah zaposleni poročajo o višjem znanju komunikacijskih spretnosti in samozavesti pri obvladovanju agresivnega vedenja.

Deeskalacijske tehnike so komunikacijske tehnike, ki se jih da naučiti. Delimo jih na veščine in znanje, kdaj se soočiti s pacientom, kako ob tem zagotovimo varno okolje in katero deeskalacijsko strategijo uporabimo. Najlažje pa jih razdelimo na verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike.

Deeskalacijske tehnike so tako eno izmed najmočnejših orodji za zmanjševanje pacientovega ali uporabnikovega agresivnega vedenja, omogočajo vzpostavitev terapevtskega odnosa, zahtevajo empatičen, profesionalen odnos ne glede na pacientovo oziroma uporabnikovo vedenje.

Hallett in sodelavci (2017) v svojem konceptu deeskalacijskih tehnik poudarijo naslednje intervencije:



SAMOKONTROLA

- ne obsojamo vedenja,
- asertivnost, samozavest,
- agresivnosti ne doživljamo osebno,
- evalvacija (debriefing) po incidentu: kaj je šlo dobro, kaj bi še lahko izboljšali.

OCENA TVEGANJA

- ocena pacienta,
- ocenjevanje tveganj, povezanih s samo deeskalacijo,
- opazovanje in prepoznavanje zgodnjih znakov agresivnega vedenja,
- znanje, kdaj uporabiti deeskalacijske tehnike.

INTERVENCIJE

- pomoč pacientu pri premagovanju jeze in frustracij,
- postavljanje omejitev, ki temeljijo na spoštovanju, preusmerjanje pozornosti,
- poskrbeti za varno okolje,
- zmanjšati okoljske dejavnike, ki bi lahko vplivali na eskalacijo agresivnosti,
- uporaba individualnega načrta zdravljenja.

ZAGOTOVITEV VARNOSTI IN VARNEGA OKOLJA

- previden pristop, ki pacienta ne preseneti,
- zavedanje možnosti za izhod iz situacije,
- zagotovitev podpore sodelavcev ali drugih podpornih služb,
- odstranitev vseh nevarnih predmetov v prostoru,
- zagotoviti večji osebni prostor pacientom,
- evalvacija (debriefing).

Leta 2011 je Ameriško združenje za urgentno psihiatrijo v okviru projekta BETA objavilo strukturiran prikaz deeskalacijskih pristopov s poudarkom na verbalni deeskalaciji (Richmond, et al., 2012).

SPOŠTUJTE OSEBNI PROSTOR.

Kadar se približujete razdraženemu/agitiranemu pacientu, je treba ohraniti vsaj za dve dolžini rok prostora med vami in pacientom. Dodatni prostor omogoča izvajalcu, da se ob napadu, udarcu temu izogne, prav tako pa omogoča tako izvajalcu kot pacientu, da zapustita prostor.

NE BODITE PROVOKATIVNI.

Roke morajo biti vidne in ne stisnjene v pest, izvajalec deeskalacijskih tehnik mora z neverbalno komunikacijo pacientu sporočiti, da ga ne ogroža. Neverbalna komunikacija se mora ujemati z verbalno, saj to da pacientu občutek, da je izvajalec iskren.

VZPOSTAVITE BESEDNI STIK.

Eno izmed glavnih načel deeskalacije je, da izvajalec nikoli ne izpodbija pacientovih besed.

Deeskalacijo naj vedno začne, vodi in konča ena oseba.

Kadar ena oseba izvaja deeskalacijo, je druga dolžna zagotoviti obveščanje dodatnega osebja, če deeskalacija ne bi bila uspešna. Ob uporabi deeskalacijskih tehnik se je treba zavedati tudi okolice.

Treba je preprečiti, da v prostor med izvajanjem tehnik ne vstopajo drugi pacienti ter osebje, ki ne ve, kaj se v prostoru dogaja. Vse to lahko še dodatno vznemiri pacienta.

Večkrat ponovite, da pacientu ne boste škodili, da ste tukaj, da mu pomagate, da je v vaši ustanovi v varnem okolju.

BODITE KRATKI IN JEDRNATI.

Preobširne informacije lahko še poslabšajo agitacijo pacienta. Uporabljajte kratke stavke, preproste besede.

Pacientu dajte čas za procesiranje podatkov, ponavljanje je ključ, da pacient razume, kaj mu želimo povedati.

Nikoli ne zahtevajte, vedno dajte na voljo izbiro.

PREPOZNAJTE ŽELJE IN ČUSTVA.

Pacienta vprašajte po njegovih željah, empatična vprašanja omogočajo hitro zniževanje agitacije.

Bodite pozorni tudi na nepomembne stvari, o katerih govori pacient. Bodite pozorni tudi na njegovo govorico telesa. To vam bo pomagalo prepoznati želje in potrebe pacienta.

AKTIVNO POSLUŠAJTE.

Z verbalno in neverbalno komunikacijo je treba sporočiti pacientu, da mu zagotavljamo pozornost.

Strinjajte se z resnico. Strinjajte se z načeli. Strinjajte se z možnostmi.

Zlato pravilo je: kadar se resnično ne morete strinjati s pacientom, se strinjajte, da se ne strinjate.

POSTAVITE MEJE.

Pomembno je, da je pacient jasno informiran o nesprejemljivem vedenju. Povejte pacientu, da je v vaši ustanovi toleranca do nasilja ničelna.

Nekatera vedenja, kot je na primer udarjanje v steno ali udarec v inventar, ne pomenijo nujno indikacije za uporabo posebnega varovalnega ukrepa. Vendar je pacientu treba povedati, da poškodovanje drugih ali sebe ni sprejemljivo vedenje. Pojasnite tudi naslednje ukrepe, na primer asistenco policije, če je treba, vendar to povejte kot dejstvo, ne kot grožnjo.

Posledice razložite na spoštljiv način.

PACIENTU PONUDITE IZBIRO.

Pacientu ponudite izbiro, ki je močno orodje za zmanjševanje agitacije.

Izbira je eden redkih virov za krepitev moči pacienta, ki je prepričan, da je nasilno dejanje njegov edini izhod.

Da bi se izognili nasilnemu dejanju, je treba brez oklevanja in samozavestno predlagati alternativo nasilju.

Na oddelkih pod posebnim nadzorom pacienti navadno postavljajo zahtevo po kajenju ali telefonskem klicu, kar lahko zmanjša agitacijo. Vendar se je treba zavedati, da pacientu ne smemo obljubiti nečesa, česar ne moremo izpolniti.

Literatura:

- Accinni, T., Papadogiannis G. & Orso L., 2021. De-escalation Techniques in Various Settings. In: Biondi M., Pasquini M., Tarsitani L. (eds) *Empathy, Normalization and De-escalation*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-65106-0_5
- Allen, J & Anderson, C., 2017. *Aggression and Violence: Definitions and Distinctions*.
- Baldaçara, L., Ismael, F., Leite, V., Pereira, LA., Dos Santos, RM., Gomes Júnior, VP., Calfat, ELB., Diaz, AP, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CE, Cordeiro Q, da Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019 Mar-Apr;41(2):153-167. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0163. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30540028; PMCID: PMC6781680.
- Barzman DH, et al., 2011. Brief rating of aggression by children and adolescents (BRACHA): Development of a tool for assessing risk of inpatients' aggressive behavior. *J Am Acad Psychiatry Law*, 39, pp. 170-179.
- Bushman, B. J., & Huesmann, L. R., 2010. Aggression. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology*, 5th ed., 2, pp. 833–863). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Calow, N., et al., 2016. Literature Synthesis: Patient Aggression Risk Assessment Tools in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*, 42(1), pp. 19-24.
- Cannavò, M., La Torre, F., Sestili, C., La Torre, G. & Fioravanti, M., 2019. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter*, 170(2): e110-e123. doi: 10.7417/CT.2019.2120. PMID: 30993307.
- Civilotti, C., Berlanda, S. & Iozzino, L., 2021. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(11):5860. doi: 10.3390/ijerph18115860. PMID: 34072551; PMCID: PMC8198045.
- Converso, D., Sottimano, I. & Balducci, C., 2021. Violence exposure and burnout in healthcare sector: mediating role of work ability. *Med Law*, 112(1), pp. 58-67. doi:10.23749/ml.v112i1.9906
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, WL., Jayaram, MB. & Xia, J., 2017. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4): CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. PMID: 28368091; PMCID: PMC6478306.
- Engel, RS., McManus, HD. & Herold, TD., 2020. Does de-escalation training work? A systematic review and call for evidence in police use-of-force reform. *Criminol Public Policy*, 19, pp. 721– 759. <https://doi.org/10.1111/1745-9133.12467>.
- Haefner, J., Dunn, I. & McFarland, M., 2021. A Quality Improvement Project Using Verbal De-Escalation to Reduce Seclusion and Patient Aggression in an Inpatient Psychiatric Unit. *Issues Ment Health Nurs*, 42(2), pp.138-144. doi: 10.1080/01612840.2020.1789784. Epub 2020 Aug 4. PMID: 32749904.
- Havaei, F., 2021. Does the Type of Exposure to Workplace Violence Matter to Nurses' Mental Health? *Healthcare (Basel)*, 9(1), p. 41. doi: 10.3390/healthcare9010041. PMID: 33466294; PMCID: PMC7824770.
- Hilton, N.Z., Addison, S., Ham, E., Rodrigues, N. & Seto, M.C., 2021. Workplace Violence and Risk Factors for PTSD among Psychiatric Nurses: Systematic Review and Directions for Future Research and Practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12781>
- Krull, W., Gusenius, TM., Germain, D. & Schnepper, L., 2019. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*, 45(1), pp. 24-30. doi: 10.1016/j.jen.2018.07.001. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30122301.
- Lamothe, J., Boyer, R., & Guay, S., 2021. A longitudinal analysis of psychological distress among healthcare workers following patient violence. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 53(1), pp. 48–58. <https://doi.org/10.1037/cbs0000187>.
- 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. *J Clin Nurs*, 25(15-16), pp. 2180-2188. doi: 10.1111/jocn.13239. Epub 2016 May 3. PMID: 27139882.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015. Violence and aggression: short term management in mental health, health and community settings. [www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence and aggression shortterm management in mental health health and community settings pdf 1837264712389](http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-short-term-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389).
- Pines, R., Giles, H., & Watson, B., 2021. Managing patient aggression in healthcare: Initial testing of a communication accommodation theory intervention. *Psychology of Language and Communication*, 25(1), pp. 62-81. doi:http://dx.doi.org/10.2478/plc-2021-0004.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L. & Lovell, K., 2018. 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*, 74(3), pp. 614-625. doi: 10.1111/jan.13488. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29082552.
- Roppolo, LP, Morris, DW., Khan, F., Downs, R., Metzger, J., Carder, T., Wong, AH. & Wilson, MP., 2020. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*, 1(5), pp. 898-907. doi: 10.1002/emp2.12138. PMID: 33145538; PMCID: PMC7593430.
- Rudkjoebing, LA., Bungum, AB., Flachs, EM., Eller, NH., Borritz, M., Aust, B., Rugulies, R., Rod, NH, Biering, K, Bonde, JP., 2020. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*, 46(4), pp. 339-349. doi: 10.5271/sjweh.3877. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31909816.
- Spencer, S., Johnson, P. & Smith, IC., 2018. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7):CD012034. doi: 10.1002/14651858.CD012034.pub2. PMID: 30019748; PMCID: PMC6513023.
- Yang, Y., Wang, P., Kelifa, MO., Wang, B., Liu, M., Lu, L. & Wang, W., 2021. How workplace violence correlates turnover intention among Chinese health care workers in COVID-19 context: The mediating role of perceived social support and mental health. *J Nurs Manag*, 1:10.1111/jonm.13325. doi: 10.1111/jonm.13325. Epub ahead of print. PMID: 33792990; PMCID: PMC8250348.