

Forandringsprocesser i psykiatrien
Et etnografisk feltstudie af deeskaleringsimplementering
Berring, Lene Lauge; Østergaard, Lise Bachmann

Published in:
Klinisk Sygepleje

DOI:
10.18261/ks.36.2.2

Publication date:
2022

Document version:
Acceperet manuskript

Citation for published version (APA):
Berring, L. L., & Østergaard, L. B. (2022). Forandringsprocesser i psykiatrien: Et etnografisk feltstudie af deeskaleringsimplementering. *Klinisk Sygepleje*, 36(2), 73-92. <https://doi.org/10.18261/ks.36.2.2>

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Forandringsprocesser i psykiatrien

Et etnografisk feltstudie af deeskaleringsimplementering

Change Processes in Psychiatry

An Ethnographic Field Study of De-escalation Implementation

Lene Lauge Berring

Ph.d., lektor og leder af Psykiatrisk Forskningsenhed, Center for forskning i Relationer og Deeskalering, Psykiatrien i Region Sjælland, Slagelse samt Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedstjenesteforskning

lelb@regionsjaelland.dk

Lise Bachmann Østergaard

Cand.scient.san. og forskningsassistent, Psykiatrisk Forskningsenhed, Center for forskning i Relationer og Deeskalering, Psykiatrien i Region Sjælland, Slagelse

ABSTRACT

In order to establish a safe environment by avoiding violence and coercive measures, a psychiatric hospital in Denmark employed de-escalation. However, it was not possible to reduce these critical incidents, therefore this study aimed to explore how and in which way organisational procedures influenced the process. Focused ethnography was used to uncover how staff was enacting de-escalation in three units. Brown and Clarke's methodology for a thematic analysis was followed, and Kurt Lewin's three-step model of change – Unfreeze, Change and Re-freeze – was adopted in the analysis.

The analysis revealed three themes: old wine in new bottles; de-escalation favours the aggressive patient; organizational barriers.

The results demonstrated how resistance to change was imbedded in the working culture, which could then lead to a state of no change. This insight is not new, but calls for a whole organizational approach that addresses the root causes that lead to violence and the use of coercive measures.

Keywords: change management, action research, de-escalation, focused ethnography, implementation, violence and restraint reduction

Introduktion

Der mangler viden om, hvilke udfordringer psykiatriske organisationer møder, når de indfører

metoder, der har til hensigt at forebygge tvang og arbejdsskader. Derfor søger nærværende studie at afdække sådanne udfordringer gennem et eksempel fra et psykiatrisk hospital i Danmark, der implementerede deeskalering.

Deeskalering som fænomen udspringer af en proaktiv og positiv strategi, hvor personalet ser efter tidlige tegn på eskalerende adfærd, forebygger, at denne udvikler sig, samt støtter op om patientens styrker. Et deeskalerende element er at forstå, hvad der bragte personen i den aktuelle situation (1) og de livsbegivenheder og traumer, der ligger til grund for adfærden (2). Denne indfaldsvinkel understøtter recovery, hvor man tager udgangspunkt i det enkelte menneskes oplevelse og fokuserer på håb, selvbestemmelse og mening – også med de begrænsninger, der følger med psykisk sygdom (3). Deeskaleringens intention er at opnå sikkerhed og respekt for både sundhedsprofessionelle og patienter. Denne interaktive og psykosociale proces er individuelt tilpasset og gennemføres i to faser (4). Først skaber personalet et sikkert fysisk og psykologisk rum og hjælper patienten til at genvinde selvkontrollen, og herefter genetableres relationen ved, at personalet igennem dialogiske kommunikationsprincipper forstår situationen ud fra patientens perspektiv. Herigennem søges at balancere magtforholdet imellem patient og behandler, da patienten deltager i processen, og idet denne afsluttes med gensidig evaluering (1). Deeskalering har herigennem forandringspotentiale, fordi man indgår i nye åbne dialoger om situationer, der kan forebygge tvang.

Forebyggelse af tvang har i mange år været et fælles fokusområde hos brugere, sundhedsfagligt personale og politikere. Specielt har indsatsen for at eliminere anvendelsen af bæltefiksering (5) været prioriteret, hvilket er velvalgt, fordi interventionen kan skabe en dårlig behandlingsalliance (6) og udløse traumereaktioner hos både patienter og personale (7) og organisatorisk stress (8).

Som følge af dette fokus blev en halvering af antallet af tilfælde af bæltefiksering et krav i finanslovsaftalen i 2014, hvilket til dels er lykkedes, dog har dette medført andre former for tvang, såsom fastholdelse og akut beroligende medicinering. Dette kritiseres af Folketingets statsrevisorer i

2021 (9). De finder, at Sundhedsministeriets og regionernes styring af indsatsen mod tvang i psykiatrien har været utilfredsstillende.

En gennemgang af danske fagblade (bl.a. Sygeplejersken, Ergoterapeuten og Fagbladet FOA) fra de sidste 20 år har vist, at emnet er hyppigt behandlet. Artikler og debatindlæg udtrykker en forventning om, at det er muligt at forebygge tvang endog med meget få virkemidler, blot personalet i psykiatrien lærer at konflikthåndtere (5).

Debatindlæggene beskriver, hvordan individuelt tilpassede tilgange til patienten kan være tryghedsskabende (10), hvordan dagligdags interaktioner, som kollegial støtte og læring fra praktiske situationer, kan forbedre forståelsen af patienten (11), hvordan fysiske aktiviteter kan erstatte tvang, og hvordan samarbejde med patienter om fredelige løsninger kan bidrage til at forebygge konflikter (12).

Udviklingsaktiviteter og individuelle indsatser synes ikke at være virksomme på den lange bane, og vigtigheden af mange samtidige indsatser blev beskrevet i 2015, hvor en ny forskningsbaseret konfliktforklaringsmodel, Safewards, blev introduceret (13). Safewards forklarer, hvordan konflikter kan opstå i et hospitalsmiljø, og hvordan konflikter påvirkes af faktorer uden for hospitalet og kan hidrøre fra patienten selv. Dette betyder, at det sundhedsfaglige personale skal forstå de grundlæggende årsager bag patientens adfærd frem for at reagere på patientens umiddelbare handlinger. Safewards skaber en forståelse for, hvorledes et psykiatrisk hospitalsmiljø kan være konfliktoptrappende. Modellen foreskriver, hvordan et beroligende behandlingsmiljø skabes gennem ti interventioner, der hjælper patienten med at føle sig tryk. Modellen inddrager patienten som samarbejdspartner, og personalet retter opmærksomheden mod, hvordan deres egne handlinger kan påvirke disse situationer. Modellen har ved flere RCT-studier vist sig at kunne forebygge både aggressiv adfærd og tvang (14,15). Der er dog desværre intet, der tyder på, at den danske anvendelse af Safewards i psykiatrien har ført til nedbringelse af tvang (10).

En gennemgang af forskningslitteraturen om, hvordan man bedst lærer at konflikthåndtere, viser, at kursusaktiviteter sjældent er effektive (16-20). Samlet set påvises der kun enkelte fordele ved at deltage, herunder at man øger sin viden inden for området, og at omfanget af alvorlige arbejdsskader reduceres. Forskningslitteraturen pegede desuden på, at vold og tvang skal forebygges samtidig og gennem en samlet organisatorisk indsats (21-23). En sådan indsats er beskrevet i de seks kernestrategier (24), hvor opmærksomheden rettes mod organisatoriske aspekter. Disse indebærer 1) et stærkt lederskab, der udstikker organisationens retning, 2) anvendelsen af data, der hjælper organisationen med at vurdere fremdrift, 3) en fælles kompetenceudvikling af organisationens medarbejdere, der sikrer, at patienten mødes med den samme grundholdning, 4) tydelige tvangsforebyggende redskaber, som kan anvendes i tilspidsede situationer, f.eks. et stillerum, 5) brugerinddragelse og 6) debriefing, hvilket i denne forbindelse handler om, at man lærer af utilsigtede hændelser som f.eks. en bæltefiksering. I denne type indsats målrettes pleje og behandling patientens individuelle behov. Paterson (25) påpeger dog, at det er vanskeligt at implementere tvangsforebyggende interventioner, fordi personalets håndtering af patienters adfærd er indlejret i kulturen, f.eks. kan man i nogle hospitalsmiljøer opleve, at bæltefiksering er en nødvendig handling (25).

Så vidt vi ved, eksisterer der ikke studier, der følger disse implementeringsprocesser, hvorfor nærværende studie udforskede en planlagt forandring af tvangsforebyggelsespraksis på et psykiatrisk hospital, der implementerede deeskalering. Processen involverede ledere og sundhedsprofessionelle, der bidrog som lokale undervisere, og som var med til at beskrive mål, milepæle og den detaljerede tidsplan. I processen deltog personalet først i et informerende møde og en temadag. Herefter afvikledes otte dialogbaserede træningsscenarier, hvor alle sundhedsprofessionelle (n=110) deltog tre gange (i alt tre timer). Indsatsen, der blev evalueret efter et år ved at følge antallet af arbejdsskader og bæltefikseringer, viste dog kun få ændringer, hvilket

vi ønskede at forstå årsagen til.

Undersøgelsens videnskabsteoretiske fundament udspringer af aktionsforskningstilgangen, der transformerer viden ind i organisationen, samtidig med at der gennemføres sociale forandringer (26). Undersøgelsen bygger på en konstruktivistisk forståelse af viden (27,28), hvor viden og meninger samkonstrueres i interaktioner mellem mennesker. Vi lod os inspirere af aktionsforskeren Kurt Lewins tretrinsforandringsmodel (29). Modellen blev udviklet gennem feltstudier i 1947 og er stadig bredt anvendt i forbindelse med organisatoriske forandringsprocesser både nationalt og internationalt (30,31). Tretrinsmodellen anvender en isblokmetafor og beskriver, hvordan organisationen i en forandringsproces skal optøs, ændres og formes på ny. Her forstås ændring som en ledelsesdrevet proces, der bevæger sig igennem tre stadier: 'Un-freeze', 'Change' og 'Re-freeze'. I 'Un-freeze', optøningsstadiet, skal medarbejderne motiveres til at gennemføre forandringen. I 'Change' gennemgår medarbejderne reaktioner på forandringen. På dette stadie kan gruppedynamiske processer og gruppenormer påvirkes, og der kan opstå modstand. Modstand forstås i den forbindelse som de kræfter, medarbejdere mobiliserer for at beskytte en værdsat gruppenorm. Dette stadie er det sværeste, og trækker dette stadie ud, er der risiko for, at forandringen ikke lykkes (i stedet opstår: a state of equilibrium). Re-freeze er det stadie, hvor organisationen har implementeret det nye, og hvor forandringen stabiliseres. Med udgangspunkt i den forståelse formodede vi, at der var processer i organisationen, der påvirkede anvendelsen af deeskalering i konfliktfyldte situationer.

Formålet var at forstå de mekanismer, der influerede implementering af deeskalering i en psykiatrisk organisation med henblik på at udvikle anbefalinger for implementering af tvangsförebyggende indsatser.

Forskningsspørgsmål:

Hvilke organisatoriske og psykosociale processer påvirker implementering af deeskalering?

Metode

Design

Undersøgelsens design var fokuseret etnografi (FE) (32). I FE studeres på forhånd definerede begivenheder, der i nærværende projekt blev defineret som begivenheder med potentiel risiko for tvang og med optimale muligheder for at udforske deeskalering med fokus på de organisatoriske og psykosociale processer i et afsnitsmiljø.

Studiets kontekst

Undersøgelsens kontekst var afsnit i et psykiatrisk hospital i Danmark: to lukkede afsnit med 14 sengepladser (afsnit A og B) og en akutmodtagelse med et varierende antal patienter inklusive en skærmet enhed med 4 sengepladser (afsnit C). Bemandingen var minimum 4 personaler om dagen, 3 om aftenen og 2 om natten. Ofte var der dog 2-3 ekstra personaler i dagvagten. Alle personaler i afsnittene (n=110) var inkluderet i undersøgelsen herunder social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og sygeplejersker. Undersøgelsens deltagere var sundhedsfagligt personale på arbejde på de afsnit og de dage, hvor det fokuserede feltstudie fandt sted.

Studiets gennemførelse

Studiet blev gennemført fra oktober 2018 til marts 2019 og organiseredes med en styregruppe og en arbejdsgruppe. Styregruppen bestod af den lokale ledelse og projektlederen (førsteforfatteren).

Arbejdsgruppen bestod af projektlederen, projektkoordinatoren (sidsteforfatteren) og fire gatekeepere: to kvinder med 5-10 års erfaring i specialet og to mænd med mere end 25 års erfaring i specialet (se tabel 1). Projektlederen og projektkoordinatoren var ansvarlige for forskningen, og gatekeeperne var primært ansvarlige for dialogen med de inkluderede afsnit på personalemøder og ved opslag i afsnittet. Alle medlemmerne i arbejdsgruppen var ansvarlige for at reflektere over de data, studiet frembragte.

Tabel 1. Afsnit, antal sengepladser, gatekeeper, timer tilbragt i enheden, interview og informant.

Kontekst		Styregruppe/arbejdsgruppe	Datamateriale		
Afsnit	Patienter	Gatekeeper (G)	Feltstudie (F)	Interview (I)	Informant (IM)
A: Lukket sengeafsnit med akut modtage- funktion	14 sengepladser og vekslende antal dagpatienter. Patienter med alle psykiatriske diagnoser inklusive retspsykiatri	G1: Afdelingssygeplejerske Medlem af styregruppen Kvinde (55-60 år) > 20 års psykiatrisk erfaring	F4 Kl. 12- 17 F5 Kl. 12- 17	IB	IM2
		G3: Træningsinstruktør Social- og sundhedsassistent	F6		

		Medlem af arbejdsgruppen Mand (55-60 år) > 10 års psykiatrisk erfaring	Kl. 7-12 I alt 15 timer		
		G5: Udviklingssygeplejerske Medlem af arbejdsgruppen Kvinde (30-35 år) > 10 års psykiatrisk erfaring			
B: Lukket sengeafsnit med akut modtage- funktion	14 sengepladser og vekslende antal dagpatienter. Patienter med alle psykiatriske diagnoser inklusive retspsykiatri	G1: Afdelingssygeplejerske Medlem af styregruppen Kvinde (55-60 år) > 20 års psykiatrisk erfaring	F7 Kl. 12- 17 F8 Kl. 12- 16	ID IE IF	IM3 IM4 IM5
		G3: Træningsinstruktør Social- og sundhedsassistent Medlem af arbejdsgruppen Mand (55-60 år)	F9 Kl. 12- 17		

		> 10 års psykiatrisk erfaring	I alt 14 timer		
		G5: Udviklingssygeplejerske Medlem af arbejdsgruppen Kvinde (30-35 år) > 10 års psykiatrisk erfaring		IG	IM6
C: Psykiatris k akut- modtagels e inklusive en skærmet enhed	4 sengepladser i den skærmede enhed. Patienter med alle psykiatriske diagnoser inklusive retspsykiatri	G2: Afdelingssygeplejerske Medlem af styregruppen Kvinde (45-50 år) > 10 års psykiatrisk erfaring	F1 Kl. 12- 17 F2 Kl. 12- 17	IA	IM1
		G4: Træningsinstruktør Social- og sundhedsassistent Medlem af arbejdsgruppen Mand (40-45 år) > 10 års psykiatrisk erfaring.	17 F3 Kl. 12- 17 I alt 15 timer		

		<p>G6:</p> <p>Udviklingspsygeplejerske</p> <p>Medlem af arbejdsgruppen</p> <p>Kvinde (35-40 år)</p> <p>> 10 års psykiatrisk erfaring</p>			
--	--	---	--	--	--

Adgang til feltet

De to afdelingssygeplejersker og de fire gatekeepere hjalp med at skabe adgang til feltet. Denne adgang, samt et tidligere engagement på hospitalet, skabte en særlig troværdig relation til deltagerne, hvilket var vigtigt for at opnå en dybere forståelse af interaktioner og holdninger i kulturen (32).

Dataindsamling

Dataindsamlingen blev gennemført af sidsteforfatteren ved arbejdsgruppemøder, ved de fokuserede feltstudiebesøg og ved formelle og uformelle interviews. Disse varierede dataindsamlingsmetoder anvendes i FE (33) for at indsamle dybdegående viden i en afgrænset periode. Data bestod således af mødereferater, feltstudienoter, transskriberede observationer og interviews.

Arbejdsgruppemødereferater af 9 møder (i alt 18 timer) indeholdt detaljerede notater, der inkluderede refleksioner og citater fra alle deltagerne.

Feltstudienoterne indeholdt detaljerede beskrivelser af de observerede deeskalerende aktiviteter, fortolkninger og refleksioner, inklusive tidspunkt, dato, afsnit samt deltagere til stede i klinikken.

Deltagende observation bestod af i alt 30 timers fokuseret tilstedeværelse i de 3 afsnit.

Observationerne foregik primært mellem kl. 12.00 og 17.00 planlagt ud fra gatekeeperes erfaringer med risikoperioder og var ligeligt fordelt på de tre afsnit. Observationerne blev struktureret efter følgende fokuspunkter: konteksten omkring deeskalering, interne drøftelser blandt personalet, observerede personaleinteraktioner med patienterne, samarbejdet blandt personalet samt personalernes miljøterapeutiske deeskalerende interventioner.

Semistrukturerede og uformelle interviews blev gennemført, når feltforskeren observerede deeskalering, og når personalet ønskede at drøfte deres oplevelse af deeskalerende situationer.

Personale (n=6) deltog i et eller to interviews, hvis de var fastansatte, hvis de havde lyst, og hvis arbejdssituationen tillod det. De syv interviews foregik i et lokale i afsnittets nærområde uden forstyrrelser. De seks af interviewene blev lydoptaget, et af interviewene var skriftlige noter, og alle interviews blev suppleret med feltstudienoter. Uformelle interviews foregik som dialogiske drøftelser på personalekontoret.

Det interviewede personale kan ses i tabel 2, der inkluderer en kort beskrivelse af informanterne.

Tabel 2. Informanter.

Interview (I)	Beskrivelse af informant (IM)
IA	Psykiatrisk akutmodtagelse afs. C. Social- og sundhedsassistent (IM1) Kvinde (40-45 år) Psykiatrisk erfaring > 10 år

	Deltaget i 3 timers lokalt tilpasset implementeringskursus.
IB	Psykiatrisk sengeafsnit afs. A. Sygeplejerske (IM2) Mand (50-55 år) Psykiatrisk erfaring > 10 år Deltaget i 3 timers lokalt tilpasset implementeringskursus.
IC	Psykiatrisk sengeafsnit afs. A. Sygeplejerske (IM2) Mand (50-55 år) Psykiatrisk erfaring > 10 år Deltaget i 3 timers lokalt tilpasset implementeringskursus.
ID	Psykiatrisk sengeafsnit afs. B. Tværfaglig personaler (IM3) Kvinde (30-35 år) Psykiatrisk erfaring > 5 år Deltaget i 3 timers lokalt tilpasset implementeringskursus.
IE	Psykiatrisk sengeafsnit afs. B. Social- og sundhedsassistent (IM4) Kvinde (35-40 år) Psykiatrisk erfaring > 5 år Deltaget i Psykiatrien Region Sjællands 3-dages basisuddannelse i deeskalering.
IF	Psykiatrisk sengeafsnit afs. B. Sygeplejerske (IM5) Kvinde (55-60 år) Psykiatrisk erfaring > 10 år Deltaget i 3 timers lokalt tilpasset implementeringskursus.
IG	Psykiatrisk sengeafsnit afs. B. Sygeplejerske (IM6) Kvinde (25-30 år) Psykiatrisk erfaring < 2 år Deltaget i Psykiatrien Region Sjællands 3-dages basisuddannelse i deeskalering.

Analyse

Da feltstudiearbejdet var afsluttet, påbegyndtes analyseprocessen. Ved arbejdsgruppemøderne reflekterede forfatterne af denne artikel og gatekeeperne over de første data. Herigennem blev analysen informeret af både den praktiske viden fra et psykiatrisk sengeafsnits dagligdag og af forskernes teoretiske kundskaber og refleksioner.

Vi fulgte principperne for en tematisk analyse ifølge Braun og Clarkes seks faser (34) med Lewins (29) teoretiske blik på forandringsprocesser. Gennem denne iterative proces var det muligt at identificere mønstre i datamaterialet og herigennem udlede en fælles forståelse (35) af deeskalering i en arbejdskultur. I hele analyseprocessen blev der skrevet memoer (36) for at fange og udforske de forskellige ideer og fortolkninger af data. I fase 1, fortrolighed med data, fik vi et overblik over materialet ved at gennemlæse det flere gange. I fase 2, kodeprocessen, søgte vi at finde mønstre og meninger i datasættet. Her blev interviews og feltnoter gennemgået sætning for sætning, og sætningerne blev kodet med dækkende substantiver som eksempelvis sprogbrug, organisation og ressourcer. Dette hjalp os videre til fase 3, generering af subtemaer. Disse fremkom ved at arbejde med forskellige kombinationer og sammenhænge af koderne. For eksempel fremkom subtemaet 'Forandring af modstand' af fem kodninger, deriblandt koderne: organisation og ressourcer. I fase 4, gennemgang af subtemaer, reflekterede hele arbejdsgruppen over de identificerede subtemaer for at fange mangfoldigheden. Det teoretiske perspektiv hjalp med at rette fokus på forandringsprocessen. I fase 5, navngivningen, blev subtemaer kondenseret til tre temaer, der indeholdt essensen af den fælles forståelse af at indføre deeskalering. I fase 6, tekstproduktion, blev analysens fund beskrevet i en sammenhængende tekst, der også inkluderede arbejdsgruppens refleksioner og særligt udvalgte citater, der illustrerer temaets mening. Se tabel 3, der eksemplificerer analyseprocessen.

Tabel 3. Analyseprocessen.

F 1	Fortrolighed med data	Mødereferater (16 sider), feltstudienoter (24 sider), lydoptagelser (i alt 81 minutter, fra 14 til 20 minutter) og de delvis transskriberede interviews (10 sider).		
F 2	Kodeproces	Patientperspektiv, Vejledning i deeskalering, Sprogbrug, Implementering	Modstand, Kollegiale relationer, (U)tryghed, Træning, (U)enig	Uddannelse, Organisation, Refleksion, Vidensdeling, Ressourcer
F 3	Subtema-generering	Det har vi altid gjort Ny meningsskabelse Optøning af vaner (de-freeze)	Fælles holdning forebygger aggression Beskyttelse af gruppenormer Patienten styrer (for meget)	Personalet ved bedst Bevidsthed om deeskaleringsmetoden kræver flere ressourcer. Forandring (change) af modstand
F 4	Indfange mangfoldighed	Refleksion, memoskrivning og inddragelse af det teoretiske perspektiv.		
F 5	Navngivning	Gammel vin på nye flasker	Deeskalering favoriserer den aggressive patient	Organisatoriske barrierer
F 6	Tekstproduktion, herunder analysens fund og essens af temaerne	Viste optøningselementer (unfreeze), der forberedte organisationen til ændringen. Her genkendtes deeskalering som noget, man altid havde gjort, men som nu havde en teoretisk beskrivelse, hvor patientens perspektiv var afgørende.	Viste modstandskræfter i organisationen, og hvordan gruppenormen ”fælles holdning forebygger aggression” blev fastholdt i kendte rutiner og forhindrede forandringsprocessen (change).	Viste udfordringer ved genfrysning (refreeze), og hvordan forandringen blev forsinket pga. organisatoriske processer, som manglede ledelsesstøtte og ressourcer til optimering af uddannelsesprocesser.

	Citater	'Det er jo ikke, fordi vi ikke har tænkt de tanker, vel? Men nu er det bare sat ind forholdsvis struktureret'. (IF: IM5)	'Vi skal vide, hvad vi skal: For eksempel at tage fat i en patient eller at låse et bælte'. (F7)	'Vi vil have flere ressourcer. Det skal til for at kunne deescalere. Vi vil også have flere træningsseancer og fælles refleksioner'. (F8)
--	---------	--	--	---

Etik

Projektet fulgte generelle etiske principper for praksisnær forskning (37,38) og blev udført i henhold til Helsinki-deklarationens II's principper. Der var ikke risici eller anden form for besvær eller ubehag forbundet med projektets gennemførelse for de implicerede deltagere. Alle blev to måneder forinden informeret mundtligt eller skriftligt om undersøgelsens gennemførelse og formål, de anvendte metoder, det forventede udbytte og muligheder. Det skriftlige materiale oplyste, at man kunne fravælge at blive en del af undersøgelsen. Personale, der ønskede at deltage i et semistruktureret interview, gav skriftligt/informeret samtykke på dagen. Selvom patienterne ikke var en del af undersøgelsen, blev de også informeret om feltstudieforskerens formål med tilstedeværelse i klinikken. Vores bevidsthed om indflydelse på praksis var et opmærksomhedspunkt under hele processen. Vi håndterede dette ved at skrive feltnoter, hvor vi reflekterede over egen rolle samt drøftede dette med arbejdsgruppen og en ekstern supervisor. Alt materiale blev behandlet fortroligt, og offentliggørelse af fund sker således, at det ikke er muligt at genkende enkeltpersoner. Projektet blev anmeldt til Datatilsynet via Region Sjællands paraplygodkendelse fra Datatilsynet med Reg-022-2017.

Fund

I feltstudiearbejdet var det tydeligt, at personalet i afsnittene var bekendt med studiet og feltforskerne. Det viste sig ved den måde, feltforskerne blev inddraget i afsnittets sociale aktiviteter og i de dialogiske fora på. Feltforskerne fik overblikssedler udleveret, idet de ankom, og studiets tema blev adresseret hyppigt i alle sammenhænge. Denne målrettede tilstedeværelse gjorde det muligt at indsamle en stor mængde af forskelligartede synspunkter og kulturelle opfattelser vedrørende deeskalering. Vi opdagede, at deeskalering aktiverede mange følelser, og at man tit talte om deeskalering uafhængigt af forekomsten af synlige opkørte situationer. Disse samtaler bar præg af, at personalet ofte var i alarmberedskab og samtidig var interesseret i deeskalering.

Analysen strukturerede proces frembragte tre temaer. *Gammel vin på nye flasker* handlede om motivering af medarbejdere og optøning af vaner. I dette tema blev deeskalering opfattet som allerede anvendt, men med en ny meningsudlæggelse. Denne nye meningsudlæggelse aktiverede modstand i organisationen, som var udtrykt i temaet *Deeskalering favoriserer den aggressive patient*. Personalet opfattede, at opkørte patienter fik mere opmærksomhed end de mere tilbagetrukne patienter. Det tredje tema, *Organisatoriske barrierer*, handlede om manglede organisatorisk støtte og ressourcer, som forhindrede forandring.

Gammel vin på nye flasker

Sprogbrugen i vejledningen om deeskalering provokerede personalets følelser og fremmede refleksioner over metodens nyhedsværdi. Metoden blev på den ene side opfattet som anvendelig og på den anden side fornærmende i dens ophøjning af allerede eksisterende praksisser til en videnskab. Dette viste, hvordan modsatrettede kræfter opererede i de psykosociale processer som en

måde at tømme (un-freeze) organisationen op på, idet refleksionerne øgede bevidstheden om vaner og gruppenormer. Igennem disse processer blev medarbejderne parate til forandringen.

I temaet fandt vi gruppenormen 'det har vi altid gjort', som var fremtrædende i flere interviews og under feltstudiebesøg.

En dag viste en medarbejder, hvordan hun altid havde fokus på patientens perspektiv og hjalp patienter til at finde ro ved at bruge forskellige beroligende metoder. Disse metoder blev understøttet af udstyr, som stod på en hylde på kontoret.

Det nye fokus på deeskalering virkede provokerende og truede hendes domæne, og hun brugte udtrykket 'gammel vin på nye flasker' (F7). Selvom udtrykket kan lyde som en afstandstagen, virkede det dog som en gryende optøning, idet den teoretiske italesættelse af deeskalering skabte genklang og medførte nye refleksioner.

En sygeplejerske, der tænkte tilbage på første gang, hun hørte udtrykket deeskalering, udtalte: *"Er der nu så meget nyt i det? Men det er der jo, for det er jo måden, det er sat ind i en kontekst på. Det er jo ikke, fordi vi ikke har tænkt de tanker (tidligere), vel?"* (IF: IM5).

Citatet viser, at teorien om deeskalering var genkendelig og støttede implementeringen gennem den øgede refleksion. Derigennem blev den sædvanlige praksis tøet op (un-freeze). Som en sygeplejerske sagde, krævede det dog, at vejledningen i deeskalering 'skulle hives op af hatten' jævnligt (IF: IM5).

Deeskaleringens betydning blev fremhævet, når de reflekterede med deres kollegaer. En sygeplejerske sagde: *"Hvad var det nu med den Pixi-bog? Hvad var det nu, der stod? Er der noget af det, vi kan bruge til refleksion?"* (IF: IM5). Samtalen med kollegaer hjalp til at opnå en forståelse af deeskaleringen og kunne nedsætte usikkerheden om den nye sprogbrug, men også frembringe afstandstagen. Som en gatekeeper udtrykte i forbindelse med et arbejdsgruppemøde (AM 5): *"Vi er holdt op med at bruge ordet deeskalering, for det skærer i ørerne på mange"*.

Sætningen viser, hvordan deeskalering kunne fremprovokere negative følelser blandt medarbejderne, som muligvis skyldtes, at gruppenormen 'det har vi altid gjort' lå dybt indlejret i de sociale vaner i afsnittet.

Denne bevægelse mellem at se mulighederne i det nye og samtidig fastholde det gamle var essensen af temaet 'Gammel vin på nye flasker'. Heri kombineredes mangeårige erfaring med deeskalering og en evidensbaseret vejledning med ny sprogbrug. En sprogbrug, der bidrog til at optø organisationen og gøre forandring mulig.

Deeskalering favoriserer den aggressive patient

Temaet 'Deeskalering favoriserer den aggressive patient' viste modstandsmekanismer i organisationen i form af de psykosociale processer, medarbejderne mobiliserede for at beskytte afsnittets gruppenormer. Temaet blev anvendt som medarbejdernes bevis for, at deeskalering havde uhensigtsmæssige bivirkninger, ikke virkede og indeholdt en form for utryghed over for metoden. Et hyppigt eksempel var: *"Du kan selv se, at patienter, der råber og skriger, får bare udleveret en cigaret"* (IE: IM4). Eksemplet viste, hvordan personalet oplevede, at opkørte patienter oftere fik deres vilje end de mere tilbagetrukne patienter. Utrygheden bidrog til modstanden og personalets oplevelse af, som en medarbejder udtrykte det: *"deeskalering frem for alt andet"* (IE: IM4).

Deeskalering frem for alt andet kunne være en reaktion på ikke at have den sædvanlige kontrol over den opkørte situation og en oplevelse af, at interventionen var fejlagtig, idet personalet følte utryghed ved patientens større magt. Denne reaktion var uafhængig af, om interventionen lykkedes. Personalet sagde: *"Jeg synes godt, at det kan gå hen og virke modsat. Netop så det faktisk bliver utrygt, når patienten får lov at styre alt for meget. Og det synes jeg, at vi har oplevet"* (IE: IM4). Det, at patienten styrede mere end almindeligt, skabte frustration og en oplevelse af, at patientens tarv og personalets sikkerhed kompromitteredes til fordel for deeskalering.

Et andet eksempel på temaet var, da en ny patient gik direkte ind i fjernsynsstuen og skiftede fjernsynskanaler, selvom en medpatient sad fordybet i et program (F1). Der blev ikke talt om episoden, og dette kunne være et udtryk for, at personalet var usikre på, hvordan deeskaleringen skulle forvaltes i denne situation. Dette blev italesat på et af de afsluttende arbejdsgruppemøder: *”Vi må anerkende, at nogle personaler er utrygge ved at anvende deeskalering. Vi skal have fokus på at aktivere den gruppe til træningsøvelserne. Træning i deeskalering kan give tryghed”* (AM 6).

Gatekeeperen, der var meget engageret i implementering af deeskalering, var opmærksom på, at personalet havde brug for støtte i forandringsprocessen. Medarbejderne skulle vide, hvordan de håndterede disse kritiske situationer på nye måder, således at utryghed på grund af manglende træning kunne forebygges, og at de opståede problemer kunne håndteres undervejs. Træning kunne skabe en fælles forståelse af deeskalering, der kunne medføre, at personalet ville reagere ensartet, og at der fandtes en rutine for, hvornår der skulle tages fat i en patient, lægges et bælte eller startes en deeskaleringsproces. ’Deeskalering favoriserer den aggressive patient’ var et tema, der udtrykte vanskeligheder og fremhævede gruppenormen, at ’en fælles holdning til aggression er nødvendig for at opnå sikkerhed’. Gruppenormen gjorde det vanskeligt at implementere deeskaleringens nye meningsforståelse i form af en individuel tilpasset proces, hvor patientens perspektiv inddrages.

Organisatoriske barrierer

Konteksten for drøftelse af deeskalering opstod i gruppedynamikken ved formelle og uformelle møder. På baggrund af disse møders data blev temaet ’Organisatoriske barrierer’ identificeret. Organisatoriske barrierer handlede om, at paratheden til forandring blev forsinket pga. manglede organisatorisk støtte og ressourcer. Her var der risiko for, at forandringen mislykkedes, fordi implementeringen dermed blev overladt til medarbejderne selv.

Organisatoriske barrierer viste sig i rapportssituationerne, der fremstod som et kraftfelt for vidensdeling og tolkninger af patienterne. I kraftfeltet blev afsnittets værdisystemer synlige – værdisystemer, der styrede, hvordan gruppen handlede. Disse tolkninger om en patient kunne strække sig fra *”Vi kan lige så godt forberede os på bælte”* til *”Nej, sidst var han stille og rolig”* (F1). Tolkningerne kunne dække over en gruppenorm som *’Personalet ved bedst’*. *’Personalet ved bedst’* påvirkede eksempelvis, hvem der skulle være patientens primære kontakt som i følgende citater: *”Jeg tager den nye, vi havde en rimelig god kontakt, sidst hun var her”* (F1) og *”Hvem skal følge patient Y? Jeg har været upopulær hos Y, så jeg skal nok ikke. Hun er generelt vred på mig”* (F2).

Den personlige erfaringsudveksling blandt personalet samledes i en lille boble af viden, som fik betydning for muligheden for at bidrage med ny viden om deeskalering.

Værdisystemer og gruppenormer kunne brydes i de uformelle møder, på tomandshånd og i mindre grupper. Her blev andre meninger tilkendegivet, f.eks. reflekterede et personale over, hvordan rapportssituationen påvirkede opfattelsen af, om patienten var potentiel farlig eller ”rolig”. Man drøftede, at omtalen af patienter havde betydning for, hvordan patienten blev opfattet, og man skulle derfor være opmærksom på sin sprogbrug. Disse uformelle møder skabte en åbning i forhold til at ’optø’ modstand og etablere et nyt sprogbrug i stedet for en samtale præget af tolkninger.

Et nyere personale (ID: IM3) efterlyste, at deeskaleringsbegreber oftere blev anvendt i dagligdagen, således at fagligheden bag handlingen blev udtrykt som for eksempel *at skabe et fysisk rum*. At skabe et fysisk rum betød, at personalet respekterede patientens mulighed for selv at genvinde kontrollen.

Denne åbning for at anvende deeskaleringsbegreberne blev forhindret af organisatoriske barrierer, hvilket oplevedes som en form for kontraktbrud fra ledelsens side. Man oplevede, at *”viden og facts landede på et skrivebord”* (IG: IM6) – altså at ledelsen ikke bidrog i forandringsprocessen, og at

oplæring i deeskalering blev overladt til de ansatte selv. En sygeplejerske fortalte: *”man bliver sluppet for tidligt løs efter et læringsforløb... der er ikke så meget struktureret opfølgning derefter. Det synes jeg er ærgerligt”* (F2). Denne oplevelse af organisatorisk kontraktbrud blev drøftet ved et arbejdsgruppemøde, hvor en gatekeeper sagde: *”Vi vil have flere ressourcer. Det skal der til for at kunne deeskalere. Vi vil også have flere træningsseancer og fælles refleksioner. Vores øvelser er rigtig gode, men vi vil gerne have flere”* (F8). Citatet viste, at personalet gerne ville implementere deeskalering, men ikke følte sig understøttet tilstrækkeligt – ressourcerne kom ikke ud til ’arbejdsmyrerne’ (IG: IM6). De organisatoriske barrierer kunne dermed opleves som en manglende respekt for personalets behov for information og øgede kompetencer til at gennemføre forandringen og kunne medføre en ligevægtstilstand, hvor forandringen udeblev (no-change).

DISKUSSION

Studiets resultat viste, hvordan implementering af deeskalering blev vanskeliggjort af gruppeprocesserne, der var i de tre fremanalyserede temaer: ’Gammel vin på nye flasker’, ’Deeskalering favoriserer den aggressive patient’ og ’Organisatoriske barrierer’. Temaerne viste, hvordan psykosociale gruppeprocesser kunne fastholde organisationen i en ligevægtstilstand, der hindrede forandring af tvangsförebyggelsespraksis.

Disse psykosociale gruppeprocesser var indlejret i organisationens gruppenormer, som var: 1) Det har vi altid gjort, 2) Vi skal have en fælles holdning og 3) Vi ved bedst. Gruppenormer udtrykker, ifølge Lewin (31), personalets egen værdi og velkendte praksis. Gruppenormer er med til at forme et arbejdsfællesskab, skabe tryghed i personalets dagligdag og er med til at forme organisationens kultur. Fastholdelse af disse gruppenormer kan umiddelbart virke som modstand mod forandring,

men er, ifølge Coch & French (39), grundlæggende et udtryk for en oplevelse af tab, og medarbejdere vil derfor gøre meget for at beskytte de eksisterende normer, som bl.a. blev eksemplificeret i temaet 'Deeskalering favoriserer den aggressive patient'.

Råderummet for implementering af deeskalering opstod i de tilfældige sociale fællesskaber, hvor erfaringer udveksledes, f.eks. i rapportssituationen. Her samledes fortolkninger af patienterne i små bobler af viden, der blev vejledende for personalets plejeindsats. 'Vidensbobler' (40) kan indeholde lokale 'sandheder' om patienter, der præges af kulturens gruppenormer. Personalets hensigt kan være god, men hvis personalet ikke reflekterer over deres praksis, kan dette potentielt være skadeligt for patienten og kan, ifølge Birkmose (41), skabe en forrået kultur. Risikoen for forråelse kan ses i flere temaer, både i 'Gammel vin på nye flasker', hvor deeskalering blev latterliggjort, og i 'Deeskalering favoriserer den aggressive patient', hvor der opstod mistrosfortællinger, som f.eks. at patienten kunne true sig til at få sin vilje. Paterson (25) understøtter Birkmoses pointer og beskriver, hvordan en organisationskultur, der vægter personalets sikkerhed højere end patienternes, har risiko for at blive forrået, og ydermere kan indlejre gruppenormer i kulturen, f.eks. at bæltefiksering er terapeutisk (s. 231).

En forrået kultur kan ikke kun modvirkes gennem ændret lovgivning og uddannelse (42), som har været en stor satsning i Danmark. Den skal forebygges ved at bearbejde de underliggende psykosociale processer, der former personalets handlinger. Hertil argumenterer Paterson et al. (25) for, at traumeinformerede og recoveryfokuserede træningsforløb, hvor der udvikles alternativer til bæltefiksering, bør implementeres. Deeskaleringsprocessen er et alternativ, der inkluderer en feedbackmekanisme, idet interventionen afsluttes med gensidig evaluering. Dette har vist sig at påvirke forståelsen mellem patient og behandler positivt, fordi man forstår den andens bevæggrunde (43). Herigennem kan der skabes dybe kulturelle forandringer, som f.eks. også er beskrevet af

Chandler (2012) (44), der eksemplificerer, hvordan personale på psykiatriske afdelinger, der er blevet tvangsfri, møder patienter med nærvær og interesse.

Vores studie viste, at deeskaleringsfokus på, at patienten genvinder selvkontrollen, kan opleves, som om patienten styrer for meget. Dette kan udfordre personalets magtposition, fordi patienten her deltager i processen. Paterson (25) skriver, at skal man lykkes med at afværge konflikter og tvang, skal patienterne være aktive samarbejdspartnere. Dette kan dog i tilspidsede situationer medføre, at medarbejdere i psykiatrien befinder sig i et etisk dilemma (45); på den ene side skal de beskytte patientens autonomi, og på den anden side skal de bevare kontrollen over afsnittet og beskytte de øvrige patienter. Håndtering af disse dilemmaer skal udvikles gennem refleksioner og faglige overvejelser i det kollegiale fællesskab, således at lokale opfattelser forebygges. Drøftelser af deeskalerende interaktioner med patienterne forekom i et begrænset omfang gennem de lokale gatekeeperes deltagelse i forskellige refleksionsfora, som dog ikke blev udnyttet optimalt. I temaet organisatoriske barrierer vistes, at vidensdeling og uddannelse var efterlyst, hvilket også er en forudsætning for, at forandringen mod en tvangsforebyggende kultur skal lykkes (42). Vidensdeling blev effektueret gennem de lokale gatekeepere, hvilket var gavnligt, idet dette er en velegnet intervention, når man skal implementere ny viden og påvirke gruppenormer direkte (31). Lokale gatekeepere kan dermed bidrage til optøning af organisationen, forudsat at de støttes af den lokale ledelse i at følge den nye metode. Dette havde Lewin (29) og Coch & French (39) allerede fokus på i 1947/8, og denne partcipatoriske tilgang anskues i nutidig forandringsteori som en forudsætning for, at forandring lykkes (46).

Fælles refleksion skabte mulighed for forandringen. Dette var tydeligt i temaet 'Gammel vin på nye flasker'. Temaet udtrykte, at personalets erfaringsbaserede viden kunne genkendes i vejledning i deeskalering. Ifølge organisationsteoretikeren Weick (47) skal man tage udgangspunkt i personalets fortællinger og forstå, hvad der giver mening for dem, for herigennem fremmes mulighederne for

forandring. Metaforen 'gammel vin på nye flasker' bidrog til at tømme organisationen op. Temaet eksemplificerede, hvordan teori kombineret med refleksion var hjælpsomt. Den konkrete vejledning i deeskalering var implementeringens brændstof, fordi man her genbesøgte sine praktiske handlinger og forstod dem på nye måder. Denne proces skabte mulighed for forandring, fordi man blev tvunget til at reflektere sammen med sine kollegaer over de handlinger, man foretager. Gruppenormen 'Det har vi altid gjort' kan dog også være en form for resignation som f.eks. identificeret af Jørgensen et al. (48), der fandt, at denne mekanisme var en hindring for implementering af nye metoder og løsninger i psykiatrien.

Personalet talte om deeskalering, uanset om der havde været en begivenhed eller ej. Dette kunne tyde på, at personalet oplevede organisatorisk stress pga. et risikofyldt arbejdsmiljø. Ifølge Bloom (8) modvirker organisatorisk stress implementering af tvangsforebyggende indsatser. I et organisatorisk stressende miljø har personalet en grundlæggende følelse af usikkerhed, hvilket medfører, at man gentager sine kendte handlinger (gruppenormer) og undgår de nye (9, s. 2).

Metodekritik

Undersøgelsens feltstudiedesign var velegnet til dette studie, fordi forskningsspørgsmålet tilstræbte at besvare fænomener, der krævede forskerens deltagelse i kulturen. Selvom studiet kan kritiseres for at være begrænset til en specifik kontekst, kan fundene være relevante for psykiatriske organisationer generelt (49), fordi man her kan rette blikket mod egne gruppenormers betydning for fastholdelse af sin eksisterende praksis. Undersøgelsesperioden var kort og gav kun et øjebliksbillede af de psykosociale processer, der påvirkede implementeringsprocessen. Derimod var datagenereringen rig, fordi den inkluderede personalets erfaringer om hele implementeringsperioden, og data var trianguleret. For at skabe en troværdig analyseproces anvendtes Braun & Clarke (34), der tidligere har været brugt til psykologiske studier. Selvom

analyseprocessen i tabel 3 kan antyde en lineær proces, er det meget dynamisk at generere temaer (50). Temaerne udvikledes i hele forløbet ved at skrive memos og tegne de forskellige muligheder for sammenhænge. Vi udvidede Brown & Clarkes metode og inddrog gatekeeperne i analysen med henblik på at skabe en dybere forståelse for fænomenets betydning og for at inddrage det lærende element. Vi har valgt at afrapportere på dansk, da fundene kan bidrage til at informere danske hospitalskontekster om betydningsfulde mikro-aspekter i kulturen, der påvirker implementering af nye metoder i bestræbelserne på at forebygge tvang.

KONKLUSION OG IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Forståelsen af de mekanismer, der påvirker implementering af tvangsforebyggende indsatser i psykiatrien, kan hjælpe organisationer, der ønsker at blive tvangsfri. Mekanismerne var bl.a. indlejret i gruppenormer, der er værdifulde for organisationens medarbejdere, fordi de former arbejdsfællesskabet og skaber tryghed. Studiet viste, at sundhedsprofessionelle gerne vil skabe ændringer, men også ønsker et højt niveau af tryghed og sikkerhed for både dem selv og for patienterne. Implementering af en organisatorisk forandring som deeskalering kan bryde forstyrrende ind i de sociale rutiner og kan provokere personalets følelser, fordi man oplever, at allerede eksisterende praksisser overakademiseres. En oplevelse af manglende organisatorisk støtte i disse forandringsprocesser kan skabe organisatorisk stress, der kan medføre, at man undgår nye handlinger. Derfor skal organisatoriske forandringer gennemføres som en ledelsesdrevet proces, hvor organisationen optøs, ændres og formes på ny. Optøningen kan ske, når ledelsen tager udgangspunkt i personalets fortællinger og forstår, hvad der giver mening for dem. Ændringen kan gennemføres i de råderum, der understøtter fælles refleksionsprocesser som f.eks. i

rapportsituationen, hvor personalet får mulighed for at reagere på forandringen og stille spørgsmål til denne. Når organisationen skal formes på ny, skal ledelsen være til stede i situationer, hvor den nye metode tages i brug; her kan de hjælpe med at bearbejde de underliggende psykosociale processer, der former personalets handlinger. Den konkrete vejledning i deeskalering kan i den forbindelse styrke de dialogiske processer, fordi man her genbesøger sine praktiske handlinger og forstår dem på nye måder. Disse dialogiske og lærende processer er en forudsætning for, at fremtidens psykiatri kan forebygge tvang, fordi patientens ønsker og håb inddrages i de valg, der træffes om dem selv.

REFERENCER

1. Berring LL, Pedersen L, Buus N. Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):499–507.
2. Wilson A, Hutchinson M, Hurley J. Literature review of trauma-informed care: Implications for mental health nurses working in acute inpatient settings in Australia. *Int J Ment Health Nurs*. august 2017;26(4):326–43.
3. Anthony WA. A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J*. 2000;24(2):159–68.
4. Berring, LL. Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger: et handlingsorienteret aktionsforskningsarbejde : Ph.d.-afhandling ved Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet. [Odense]: SDU; 2016.
5. Midtjylland R, Vest H, og Udvikling K. Tvang i psykiatrien—undersøgelse af resurseforbrug ved deltagelse i gennembrudsprojektet. *UGESKR Læg*. 2007;169(22):2118.
6. Tingleff EB, Hounsgaard L, Bradley SK, Gildberg FA. Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(2):468–79.
7. Buhmann CB, Folke S. *Traumer i psykiatrien*. København: Hans Reitzels Forlag; 2021.
8. Bloom SL. Organizational Stress as a Barrier to Trauma-Informed Service Delivery. I: Becker, M, Lewin, B.A., redaktører. *Public Health Perspective of Women's Mental*. New York: Springer; 2010. s. 295–311.
9. Danmark, Statsrevisorerne, Danmark, Rigsrevisionen. Beretning om indsatsen for at nedbringe brug af tvang i psykiatrien: Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m. Statsrevisorerne; 2021.

10. Pedersen LM. Socialpsykiatri-Personlig-tilgang-nedtrapper-konflikter. Socialpædagogen [Internet]. 2016 [henvist 13. november 2020];2016. Tilgængelig hos: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2016/socialpsykiatri-personlig-tilgang-nedtrapper-konflikter/>
11. Berring LL, Calmer J. Håndtering af voldelige situationer. En model for kollegial støtte. Sygeplejersken. 2010;
12. Succes med at nedbringe tvang | Ergoterapeutforeningen [Internet]. [henvist 13. november 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.etf.dk/ergoterapeuten/succes-med-nedbringe-tvang>
13. Berring L, Bak J. En ny måde at håndtere konflikter på. Sygeplejersken. 2015;2015(13):89–90.
14. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(9):1412–22.
15. Fletcher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elsom S, m.fl. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *Int J Ment Health Nurs.* oktober 2017;26(5):461–71.
16. Halm M. Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence? *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses.* november 2017;26(6):504–8.
17. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JMGA, Halfens RJG. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today.* januar 2015;35(1):212–9.
18. Kynoch K, Wu C, Chang AM. Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 1. juni 2011;8(2):76–86.
19. 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 J Ment Sci.* juni 2015;206(6):447–55.
20. Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2018 [henvist 13. april 2019];(7). Tilgængelig hos: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012034.pub2/abstract>
21. Escribano RB, Beneit J, Luis Garcia J. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon.* marts 2019;5(3):e01283.
22. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias JJ. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med.* 29. august 2020;9(9):2791.
23. Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Aerzteblatt Online [Internet].* 10. maj 2019 [henvist 17. juli 2019]; Tilgængelig hos: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2019.0336>
24. Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* november 2014;52(11):40–7.
25. Paterson B, McIntosh I, Wilkinson D, McComish S, Smith I. Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* april 2013;20(3):228–35.
26. McCormack B. Action research for the implementation of complex interventions. I: *Complex interventions in health.* Routledge; 2015. s. 326–37.

27. Gergen KJ. Psychological science in a postmodern context. *Am Psychol.* oktober 2001;56(10):803–13.
28. Gergen KJ. *Relational being: beyond self and community.* New York: Oxford University Press; 2009.
29. Lewin K. Group decision and social change. *Read Soc Psychol.* 1947;3(1):197–211.
30. Burnes B. The origins of Lewin’s three-step model of change. *J Appl Behav Sci.* 2020;56(1):32–59.
31. Madsen B. Kurt Lewins modstandsbegreb–nærlæsninger, udvidelser og kritik. *Psyke Logos.* 2009;30(2):27–27.
32. Rashid M, Hodgson CS, Luig T. Ten tips for conducting focused ethnography in medical education research. *Med Educ Online.* 1. januar 2019;24(1):1624133.
33. Knoblauch H. Focused ethnography. *Forum Qual Sozialforschungforum Qual Soc Res.* 2005;6(3).
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 1. januar 2006;3(2):77–101.
35. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 8. august 2019;11(4):589–97.
36. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis.* 2. udg. London: SAGE Publications Ltd; 2014. 224 s.
37. Hummelvoll JK, Andvig E, Lyberg A. *Ethiske utfordringer i praksisnær forskning.* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
38. Tee SR, Lathlean JA. The ethics of conducting a co-operative inquiry with vulnerable people. *J Adv Nurs.* 2004;47(5):536–43.
39. Coch L, French Jr JR. Overcoming resistance to change. *Hum Relat.* 1948;1(4):512–32.
40. Pedersen DB, Hendricks VF. Science Bubbles. *Philos Technol.* december 2014;27(4):503–18.
41. Birkmose D. *Når gode mennesker handler ondt: Tabuet om forråelse.* Bd. 2013. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2013.
42. Huckshorn KA, CAP I, Director N. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use.
43. Berring LL, Hummelvoll JK, Pedersen L, Buus N. A Co-operative Inquiry Into Generating, Describing, and Transforming Knowledge About De-escalation Practices in Mental Health Settings. *Issues Ment Health Nurs.* juli 2016;37(7):451–63.
44. Chandler GE. Reducing use of restraints and seclusion to create a culture of safety. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* oktober 2012;50(10):29–36.
45. Fisher A. The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Sch Inq Nurs Pract.* 1995;9(2):193–208.
46. Vakola M, Armenakis A, Oreg S. Reactions to organizational change from an individual differences perspective: a review of empirical research. I: Oreg S, Michel A, By RT, redaktører. *The Psychology of Organizational Change* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013 [henvist 16. februar 2021]. s. 95–122. Tilgængelig hos: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781139096690%23c02009-939/type/book_part
47. Weick KE, Sutcliffe KM, Obstfeld D. *Organizing and the Process of Sensemaking.* *Organ Sci.* august 2005;16(4):409–21.
48. Jørgensen R, Christiansen J, Nissen HB, Kristoffersen K, Zoffmann V. The deadlock of saying “That is what we already do!” A thematic analysis of mental healthcare professionals’ reactions to using an evidence-based intervention. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2019;26(1–2):39–

49. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res.* marts 2013;20(4):36–43.
50. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol.* 12. august 2020;1–25.