

Kapittel 5

Deeskalering

Læringsmål:

Deltakeren skal i slutten av denne undervisningen:

1. **Kjenne til** teorier rundt verbal og non-verbal deeskalering
2. **Kjenne til** mål for kommunikasjonen
3. **Kunne anvende** konkrete verbale og non-verbale intervensjoner i praksis

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Deeskalering

Av Brodie Paterson, PhD.

En systematisk litteraturgjennomgang av vitenskapelige publikasjoner fastslo at over 30 prosent av ansatte ved døgnavdelinger innen psykisk helsevern hadde opplevd å bli utsatt for vold årlig, og mange opplevde vold enda hyppigere (Bowers 2011). Forholdet mellom psykisk sykdom og vold bestrides, og anerkjennelsen av at sammenhengen er kompleks og ikke ensrettet, er utbredt. Psykiske lidelser som sådan, også alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse og dyp depresjon er ikke i seg selv en indikator på betydelig økt risiko for voldelig atferd (Elbogen og Johnson, 2008). Når det gjelder risikofaktorer for voldsutøvelse på gruppenivå, har personer med psykosediagnoser som har en komorbid

diagnose med rusmiddelmisbruk og historikk med voldsutøvelse og/eller viktimsing, høyere risiko for å utøve vold (Huguelet og Perroud, 2010). Det betyr at hvis man skal forsøke å forebygge voldelig atferd, må man bli kjent med både pasientens historie og mestringsstrategier. Det er viktig å ikke ensidig fokusere på risikoen for voldelig atferd, men også ressursene den enkelte pasienten har (Johnstone og Boyle, 2018).

God praksis i vår tid vektlegger forebygging av vold og understreker at tjenestene må følge tilnærminger som er i tråd med folkehelsemodellen (Paterson m.fl. 1999). Det har blitt utviklet flere systematiske tilnærminger som gjør dette, herunder Early Recognition Method, Safewards, varianter av

Trauma Informed Approaches, Six Core Strategies, No Force First, CALM og Positive Behaviour Support (Department of Health 2015). Slike modeller vektlegger primær forebygging og reduksjon av restriktiv intervensjon gjennom proaktiv intervensjon og alliansebygging, men kan også omfatte sekundære intervensjonsstrategier som deeskalering. Enkelte modeller omfatter også tertiære intervensjonsstrategier, herunder tvangsprosedyrer og/eller retningslinjer for debriefing. Det underliggende prinsippet som gjelder, uavhengig av om det brukes en eksplisitt modell, er minst mulig bruk av restriktiv intervensjon (Verdens helseorganisasjon, 2003). Når primærforebygging har mislyktes og det observeres aggressiv atferd og spenningsnivå, forsøkes deeskalering før man vurderer bruk av fysisk eller mekanisk tvang, hurtigvirkende beroligende medikamenter eller isolasjon (NICE, 2015; Verdens helseorganisasjon, 2017).

Deeskalering er en kompleks samhandlingsprosess (Distasion, 1994) som omfatter mange ulike støtte- og kontrollstrategier som kan brukes på ulike måter for å håndtere voldelig og aggressiv atferd (Price, 2018). Her konseptualiseres deeskalering som en eksplisitt samarbeidsprosess som omfatter mange ulike verbale og ikke-verbale teknikker. Teknikkene tar sikte på å avverge vold og ved dette spiller de en vesentlig rolle ved å unngå at man tyr til restriktive intervensjoner, men snarere engasjerer seg behandlingsmessig i pasienten. Ved nært forestående eller pågående kriser (Berlin, 2016) engasjerer man seg behandlingsmessig i pasienten hvor formålet er å avverge vold. Deeskalering kan komplementeres av mindre restriktive intervensjoner, som økt grad av observasjon og begrensninger i kontakt med andre. Selv om disse intervensjonene beskrives som potensielt nyttige for å unngå voldelige kriser og bruk av fysisk tvang, herunder tvang som brukes for å gjennomføre bruk av hurtigvirkende beroligende legemidler eller isolasjon, anbefales det at deeskalering alltid blir brukt samtidig (NICE, 2015). Når aggresjon kan forutses, anbefaler retningslinjene fra det

engelske helsedepartementet (Department of Health and Social Care, 2014) at krisehåndteringsplaner som benytter deeskaleringsmetoder utarbeides i samråd med pasienten. Disse planene bør være basert på refleksjoner med pasienten om mulige forvarsler pasienten selv eller ansatte med god kjennskap til pasienten kan respondere på. Slik kan foretrukket egenmestring eller ansattintervensjon i forkant av (og ikke bare under) kriser (Fluttert, 2008) identifiseres. Det kan være nødvendig å gjøre tilpasninger etter behov i tilfeller hvor pasienten har sensoriske eller nevrologiske lidelser (Austen, 2005).

I tilfeller der pasienten ikke er kjent for de ansatte, må de støtte seg til allmenne prinsipper for deeskalering. Forskning av Price (2018) har slått fast at deeskaleringssinnsatsen ansatte beskriver, omfatter både strategier for å støtte pasienten og hvor det umiddelbare målet var å oppnå kontroll. Mange forfattere har beskrevet teoretiske modeller for deeskalering, herunder Paterson m.fl. (1997), som beskrev en lineær prosess knyttet til trinnene i et såkalt eskaleringsforløp, samt Dix og Page (2008), som foreslo en sirkulær prosess. I den senere tid har Bowers (2014) foreslått en lineær prosess bestående av *avgrensning* (trygghetsskaping), *avklaring* (identifisering av pasientens perspektiv/behov) og *løsning* (forhandling for å nå en gjensidig løsning). Bowers' modell har en viss synergi med nyere dansk psykiatrisk forskning av Berring m.fl. (2016). Intervjuer med ansatte tydet på at de oppfattet «nyttig deeskalering» som en prosess. Den første fasen innebar å lage et «trygt sted» for alle parter, inkludert å håndtere både fysisk avstand og omgivelsene. Den andre fasen innebar å skape gjensidige relasjoner som underbygger samarbeidsbasert problemløsning. I denne fasen vises empati gjennom sosial samhandling som gjenspeiler integritet, ivaretar pasientens verdighet, bygger tillit og unngår skam. Det ble identifisert som potensielt nyttig å vektlegge kreativitet i begrensningen av pasientens forventninger, spesielt når det gjelder å unngå restriktive intervensjoner (Berring m.fl., 2016).

I praksis er ikke prosessen med deeskalering nødvendigvis lineær, og de enkelte elementene utelukker heller ikke hverandre. Vellykket deeskalering forutsetter at helsepersonell er oppmerksomme på og i stand til å kontrollere hvordan de fremstår, identifisere følelsesmessige sider ved scenarier, og da spesielt sine egne, samt andres følelser og det dynamiske forholdet mellom følelser, tanker, valg og handlinger. Videre vektlegges anvendelse av denne forståelsen for å skape trygghet og tilstrekkelig tillit slik at utforskning og problemløsning er mulig (Boland og Ross, 2010). Det som tilsynelatende er den umiddelbare kilden til sinne, er kanskje ikke hovedårsaken. De ansatte må ha en empatisk forståelse av pasientens umiddelbare opplevelse, tidligere forhold, tidligere opplevelser, også under behandling (Cusack m.fl. 2018), og bakgrunnen for hvordan pasienten oppfatter sin verden.

NICE (2015) har foreslått at én enkelt ansatt bør lede prosessen. Snorrason og Biering (2018) kommenterer at den som skal prøve deeskalering bør veiledes av den som har det beste forholdet til pasienten og som har de beste deeskaleringsferdighetene.

I en ikke-systematisk gjennomgang av kvalitativ litteratur om deeskalering inkluderte Price og Baker (2012) 11 av 94 artikler og trakk deretter ut nøkkelkomponentene for deeskalering. Som også Berring (2016) understreket, fremhevet de behovet for å «opptre empatisk og med respekt». De identifiserte videre sentrale temaer som ferdigheter hos ansatte, kjennetegn ved vellykket deeskalering, opprettholdelse av personlig kontroll og verbale/ikke-verbale ferdigheter. Samarbeidsbasert problemløsning og medfølelse, ikke-konfronterende

grensesetting ble identifisert som alternativer (Price og Baker, 2012).

Price m.fl. (2018) gjennomførte semi-strukturerte intervjuer med ansatte på sykehusavdelinger, herunder tre psykiatriske intensivavdelinger i Storbritannia. Funnene tydet på at de ansatte skilte mellom «ikke-fysiske kontrollteknikker» og «støtteteknikker». «Støtteteknikkene» representerte diskre deeskaleringsferdigheter og omfattet omformulering, problemidentifisering og -løsning, distrahering, beroligelse og passiv intervensjon (Price m.fl. 2018). «Kontrollteknikkene» omfattet instruks, skille pasienter og bruk av hurtigvirkende beroligende legemidler. Betydningen av å vurdere og å prøve og feile for å velge hvilken kombinasjon av teknikker som kan fungere best, ble også understreket (Price). Hallett og Dickens (2015) gjennomførte en undersøkelse blant pleiepersonell ved hjelp av spørreskjema/kliniske vignetter for å undersøke hva slags deeskalering som ble brukt blant klinisk ansatte innen sikkerhetspsykiatri. De identifiserte en rekke viktige ferdigheter, blant annet å gi uttrykk for empati, omsorg, humor, bruk av distrahering og ro som kjerneferdigheter (Hallett og Dickens, 2015).

Deeskalering kan ses på som en fasisk prosess med identifiserbare elementer, men også som en prosess som omfatter gitte intervensjonskomponenter, som kan være ferdigheter som kan læres. Intervensjonene må alltid skreddersys til den enkelte pasientens behov (Price m.fl. 2018). Tabell 1 viser et sammendrag av de viktigste ferdighetene/intervensjonene for deeskalering som beskrevet i to autoritative retningslinjer på området.

NICE-retningslinje NG10 (2015)				
Etablere et fungerende forhold	Unngå provokasjon	Uttrykker empati og respekt	Vurderer situasjonen	Avgrenser pasienten
Forhandle	Distrahere	Ikke-konfronterende grensesetting	Selvregulering	Proaktiv planlegging av deeskalering
BETA-retningslinjer fra American Association Emergency Psychiatry AAEP (Richmond, 2012)				
Etablere verbal kontakt	Unngå provokasjon	Være konsis	Lytt nøye til pasienten	Respekttere intimsone
Være enige eller være enige om å være uenige	Tilby valgmuligheter og optimisme	Sette klare grenser	Identifisere pasientens ønsker/følelser	Debriefe pasienter/ansatte

Tabell 1

Evidensbasert gjennomgang

Muralidharan og Fentons (2006) systematiske gjennomgang av litteraturen om kontrollstrategier innen akuttpsykiatri definerte deeskalering som «ulike verbale teknikker for å roe ned en person for å unngå alvorlig vold». Inklusjonskriteriene omfattet randomiserte kontrollerte forsøk med ikke-farmakologiske intervensjoner som involverte innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser som sto i fare for å skade seg selv eller andre. Kriteriene medførte at ingen studier ble inkludert. Konklusjonen var at evidensgrunnlaget var utilstrekkelig og kunne derfor ikke gi retningslinjer til praksis.

Gaynes m.fl. (2016) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang og så nærmere på strategier for å forebygge aggressiv atferd. Brede kriterier gjorde det mulig å inkludere studier som omfattet risikovurdering, multimodale programmer, miljømessige eller gruppebaserte psykoterapeutiske intervensjoner, medisineringsprotokoller – omfanget var bredere enn for ikke-farmakologiske intervensjoner. Konseptualiseringen av deeskalering var annerledes – de så at deeskalering ikke bare spilte en rolle for å redusere aggressiv atferd, men også for å redusere bruken av restriktive intervensjoner. Av 1983 artikler som innledningsvis var

interessante, var det 17 randomiserte kontrollerte undersøkelser som oppfylte inklusjonskriteriene. Bare to av disse undersøkelsene omfattet en komponent som ble beskrevet som deeskalering.

Den første undersøkelsen, en multimodal intervensjon i en finsk høgskoleinstitusjon for menn, så nærmere på innføring av «seks kjernestrategier» (Putkonen m.fl., 2013). Pasientdøgn med isolasjon, tvang eller romobservasjon ble redusert fra 30 til 15 prosent for intervensjonsavdelingene, mot 25 til 19 prosent for kontrollavdelingene, der behandlingen gikk som før, $p < .001$). Registrerte voldelige hendelser ble redusert fra 1,1 til 0,4 prosent for intervensjonsavdelingene og fra 0,1 til 0 prosent for kontrollavdelingene (Putkonen m.fl., 2013). Komponentene i deeskaleringsintervensjonen ble imidlertid ikke beskrevet i detalj.

Den andre undersøkelsen så nærmere på virkningen av et e-læringsprogram (intervensjon) kontra tradisjonell opplæring (kontroll) i tolv avdelinger. Grunnlagsdata og ni-måneders oppfølgingsdata om sykepleiernes kunnskap om en rekke temaer relatert til restriktiv intervensjon ble analysert. Det ble ikke funnet noen forskjeller mellom gruppene på noen av variablene, og den

spesifikke deeskaleringskomponenten ble ikke oppgitt (Kontio m.fl., 2013).

En engelsk randomisert kontrollert undersøkelse av 31 akuttavdelinger for voksne (Bowers m.fl., 2015) undersøkte virkningen av «Safewards», en modell som består av ti identifiserte intervensjoner (se boks 1). Hver av dem er utformet for å bidra til konfliktreduksjon eller forbedre konflikthåndteringen slik at behovet for kontroll reduseres. Undersøkelsen viste en betydelig reduksjon av konflikthendelser, (14,6 prosent reduksjon CI 5,4 – 23,5 % $p = 0,004$) fysiske maktmidler, isolasjon og bruk av hurtigvirkende beroligende legemidler (23,6 % reduksjon CI 5,8 – 35,2 % $p = 0,001$). Et spesifikt deeskaleringselement utgjorde en av intervensjonene (Bowers, 2014), men dette har ikke vært gjenstand for en egen studie, noe som betyr at man ikke kan fastslå bidraget til de overordnede resultatene. En stor australsk pre/post-studie (Hamilton m.fl., 2016) med 18 avdelinger klarte ikke å gjenskape disse resultatene.

Safewards-intervensjoner

1) gjensidig avtalte forventninger 2) korte rådgivende uttalelser beskrevet som «myke ord» for konflikthåndtering, hengt opp på vaktrommet og skiftet ut med noen dagers mellomrom, 3) en deeskaleringsmodell som brukes av den som er identifisert som den beste deeskalatoren blant de ansatte, 4) krav til å si noe positivt om hver enkelt pasient ved vaktskifte, 5) være oppmerksom på potensielt dårlige nyheter en pasient kan motta fra venner, slektninger eller ansatte, og gripe inn umiddelbart for å snakke gjennom det, 6) deling av harmløse personlige opplysninger mellom ansatte og pasienter (f.eks. favorittkjæledyr og -idrett osv.) ved hjelp av en «bli kjent med hverandre»-mappe som er tilgjengelig for pasientene,

7) regelmessige pasientmøter for å fremme og legge til rette for støtte mellom pasienter, 8) et sett med verktøy for distrahering og sensorisk modulering, til bruk sammen med agiterte pasienter, 9) beroligende forklaringer til alle pasienter etter potensielt skremmende hendelser, og 10) en utstilling med positive meldinger fra utskrevne pasienter, om bedring og håp, ved hjelp av et utskrivningstre.

Boks 1

Det er mange som forsvarer deeskalering som intervensjon (DoH, 2014; NICE, 2015), det finnes flere teoretiske konseptualiseringer av prosessen (Hallet, 2017) og et mangfold av beskrivelser av foreslåtte kjerneferdigheter (Paterson og Leadbetter, 1999; Dix og Page, 2008; Price og Baker, 2012; Bowers, 2014).

Det gjenstår imidlertid å få forskningsresultater av høy kvalitet som viser at deeskalering er effektivt som intervensjon. Price m.fl. (2015) gjennomførte en systematisk gjennomgang av litteraturen om effekten av å lære opp ansatte i psykiatrien i deeskaleringsteknikker. Gjennomgangen omfattet 23 ukontrollerte kohortstudier, 12 kontrollerte kohortstudier og 3 case-control-studier. Opplæring ser ut til å ha størst innvirkning på deeskaleringsrelatert kunnskap, på trygghet til å håndtere aggresjon og på resultat av deeskalering vurdert gjennom simulering. De konkluderte med at den generelt lave evidenskvaliteten og inkonsistens mellom funn betyr at man ikke med sikkerhet kunne anta at opplæring i deeskalering hadde positiv effekt. Konseptet deeskalering underkjennes likevel ikke dermed automatisk, ei heller behovet for opplæring eller rollen den spiller for reduksjon av restriktive intervensjoner, men tyder på et behov for bedre forskning på dette området. Tabell 1 oppsummerer de viktigste intervensjonene som beskrives i litteraturen.

Tabell 1 Deeskaleringsrelaterte intervensjoner.

Intervensjonskomponent	Relevante artikler
Passiv intervensjon og observerende venting	NICE (2015), Price og Baker (2018)
Kontinuerlig risikovurdering	Dix og Page (2008), Price og Baker (2012), NICE (2015), Hallet og Dickens (2015)
Respektere pasientens intimsone	Paterson og Leadbetter (1999), NICE (2015), Richmond (2012), Berring (2016)
Håndtere omgivelsene	Paterson og Leadbetter (1999), Price m.fl. (2012), NICE (2015), Bowers (2014), Hallet og Dickens (2015)
Unngå provokasjon	NICE (2015), Richmond m.fl. (2012), Kuivalainen m.fl. (2017)
Selvregulerende teknikker for å fremstå rolig ovenfor pasienten	Paterson og Leadbetter (1999), Richter (2006), Bowers (2014), NICE (2015)
Identifisere pasientens behov	Dix og Page (2008), Bowers (2014), Berring m.fl. (2016), Richmond m.fl. (2012), Price og Baker (2018)
Beroligelse (når det passer)	Nau m.fl. (2009), Hallet og Dickens (2015), Berring (2016), Price m.fl. (2018)
Forhandling	Paterson og Leadbetter (1999), Duperouzel (2008), NICE (2015), Dix og Page (2008), Richmond m.fl. (2012), Mavandadi m.fl. (2016)
Distrahering	NICE (2015), Hallet og Dickens (2015)
Omformulere hendelser for pasienten	Price m.fl. (2018)
Vise empati	Turnbull m.fl. (1990), Richter (2006), NICE (2015), Bowers (2014), Berring m.fl. (2016)
Bruk av humor	Paterson and Leadbetter (1999), Hallet og Dickens (2015), Berring (2016)
Ikke-konfronterende grensesetting	Paterson og Leadbetter (1999), NICE (2015), Price og Baker (2012), Hallet og Dickens (2015)
Respekt og unngåelse av skam	Lazare (1987), Richter (2006), Richmond m.fl. (2012), Price og Baker (2012), Bowers (2014), NICE (2015), Lavelle (2016)

Anbefalinger for intervensjon

Hvis pasienten er kjent, bør en i samråd med pasienten utarbeide en samarbeidsplan som fører til individualisert støtte i henhold til pasientens behov, opplevelser og preferanser (DoH, 2014). For ukjente pasienter bør man følge nøkkelpriinsippene.

Nøkkelpriinsippene innebærer å bruke selvkontrollstrategier for å velge hvordan man fremstår, å håndterer omgivelsene (herunder bruk av andre ansatte og bruk av avgrensning

av miljø) og å passe nøye på at pasientens verdighet ikke blir truet (Hallet og Dickens, 2017). Nøyaktig hvilken deeskaleringsintervensjon som skal iverksettes må vurderes på grunnlag av kontinuerlig vurdering, dynamisk refleksjon og en løpende identifisering av pasientens behov. Prioriteringene kan bli endret og utvikle seg i løpet av hendelsen. Forsøk på å omformulere pasientens opplevelse eller oppmuntre til bruk av avslapnings- eller beroligelsesstrategier kan endre vedkommendes emosjonelle respons, men dersom det ikke er mulig å ta bort den

umiddelbare kilden til bekymring eller følelsene i tilknytning til den, kan det være nyttig å distrahere pasienten og innføre et nytt tema. Dette kan være i pasienttilfeller der underliggende symptomatologi er tilstede og påvirker pasientens tanker og følelser.

Deeskalering kan innebære observerende venting, beroligelse, forhandling, omformulering, ikke-konfronterende grensesetting og humor. All bruk av deeskalering bør ledsages av empati og medfølelse, og pasienten bør beroliges med at han/hun er i trygghet, at de ansatte prøver å gjøre det som er best for vedkommende, og at begrensninger som legges på pasientens atferd verken er vilkårlig eller ondsinnet ment. Intervensjonens art og kombinasjonen av spesifikke intervensjoner må alltid individualiseres og tilpasses pasientens behov som kan variere både underveis i en hendelse og over tid (Price m.fl., 2018).

Litteraturhenvisninger til kapittel 5: Deeskalering

- Austen JD. Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nursing Standard*. 19(49), 41-47. 2005
- Berlin J.S., 'Collaborative De-escalation' in (Eds) Zeller S.L., Nordstrom K., and Wilson M., *The Diagnosis and Management of Agitation*, Cambridge University Press 142-155. 2017
- Berring, L.L., Pedersen, L., Buus, N. Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*. 30:499–507. 2016
- Bowers, L. A model of de-escalation: Len Bowers provides advice, based on the latest research, on the safest way for staff to deal with conflict and aggression. *Mental Health Practice*. 17(9): 36-37. 2014
- Bowers, L, James, K. Quirk, A. Simpson, D. and Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52 (9), 1412-1422. 2015
- Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. Jan 19. doi: 10.1111/inm.12432. 2018.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. 2018
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal Mental Health Nursing*. 2003;12:64
- Department of Health. *Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions*. London: Department of Health; 2014.
- Distasio, C.A. Violence in health care: institutional strategies to cope with the phenomenon. *Health Care Management*. 12:1–34. 1994.
- Dix.R. , Page MJ. De-escalation. In: (Eds) Beer M.D., Pereira S.M., and Paton C editor(s). *Psychiatric Intensive Care*. 2nd Edition. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 2008.
- Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):152–161.

Duperouzel, H. (2008). 'It's OK for people to feel angry': The exemplary management of imminent aggression. *Journal of Intellectual Disabilities*, 2008; 12, 295–307.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M.. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), 2009. [10.1371/journal.pmed.1000120](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120)

Fluttert, F., Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk Management by Early Recognition of Warning Signs in Patients in Forensic Psychiatric Care. *Archives of Psychiatric Nursing*. 22. 208-16.

Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, Brownley K, Van Dorn R, Edlund M, Coker-Schwimmer E, Zarzar T, Sheitman B, Palmieri Weber R, Viswanathan M, Lohr KN. Strategies To De-escalate Aggressive Behavior in Psychiatric Patients. *Comparative Effectiveness Review No. 180*. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00011-1) AHRQ Publication No. 16-EHC032-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2016.

Hallett, N., Dickens, G.L. De-escalation: a survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015; 24:324–333.

Hallett N, Dickens GL, De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 2017; 75, 10-20.

Hamilton, B., Fletcher, J. Sands, N. Roper C., Elsom, S. (2016) *Safewards Victorian Trial Final Evaluation Report*. Melbourne. Centre for Psychiatric Nursing

Huguelet P. and Perroud N. Is there a link between mental disorder and violence? *Archives of General Psychiatry*. 67(5):540.2010.

Johnson, M. E. & Delaney, K. R. . Keeping the unit safe: The anatomy of escalation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13, 42–52. 2007.

Kaplan S, Wheeler E. Survival skills for working with potentially violent clients. *Social Casework*. 64(6):339-46. 1983.

Kontio R, Pitkänen A, Joffe G, et al: eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: a cluster-randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68:443–449, 2014

Kuivalainen S. Vehviläinen-Julkunen K. Louheranta O. Putkonen A. Repo-Tiihonen E. Tiihonen J. (2017) De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital, *International Journal of Mental Health Nursing*. 26(5):513-524. 2017

Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, Bowers L. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*. 1;25(15-16):2180-8. 2016.

Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med*.1;147: 1653–1658. 1987.

Mavandadi, V., Bieling, P., Madsen, V. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *J. Psychiatric Mental Health Nursing*. 23:357–368. 2016

Muralidharan, S. & Fenton, M. (2006). *Containment strategies for people with serious mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), Article No.: CD002084. DOI: 10.1002/14651858.CD002084.pub2

National Institute of Clinical Excellence (2015). *NG10 Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. National Institute of Clinical Excellence

National Association of State Mental Health Program Directors *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. 2006. Alexandria. National Association of State Mental Health Program Directors.

Nau J, Dassen T, Needham I, Halfens R. The development and testing of a training course in aggression for nursing students: a pre- and post-test study. *Nurse Education Today*. 29(2):196–207. 2009

Paterson B., Leadbetter D. De-escalation in the Management of Violence of Aggression and Violence: Towards Evidence based Practice, In (Eds) Turnbull J. and Paterson B. *Aggression and Violence: Approaches to Effective Management*. 1999. Basingstoke. Macmillan.

Price, O., Baker, J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 21:310–319. 2012

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. *British Journal. Psychiatry*. 206:447–455. 2015

Price, O, Baker, J Bee, P and Lovell K The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing*. 77:197-206. 2018.

Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyanen OP, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2013; 64:850-55

Richmond, Janet S.; Berlin, Jon S.; Fishkind, AB., Holloman, GH., Zeller, SL., Wilson, MP. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1). 2012

Richter D. (2006) Nonphysical conflict management and de-escalation. In (Eds) Richter, D. & Whittington, R.), In *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* pp. 125–143. Springer, New York, NY.

Royal College of Nursing. *Positive and Proactive Care : Reducing the Need for Restrictive Interventions*. London. 2016 Royal College of Nursing.

Snorrason J. and Biering P. The attributes of successful de-escalation and restraint teams *International Journal of Mental Health Nursing* (2018) doi: 10.1111/inm.12493

Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. Art. No.: CD012034. DOI: 10.1002/14651858.CD012034.pub2. 2018

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

Turnbull J., Aitken I., Black L., and Paterson B. Turn it around: short-term management for aggression and anger. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 28, 6–10. 1990

World Health Organisation. *Mental health legislation and human rights*. Geneva, World Health Organization, 2003.

World Health Organization. *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/254809>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.