



Sygeplejevidenskab.dk

# Journal for Sygeplejevidenskab

## Fag | Disciplin | Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk



SPL Publishing

## Professionel nysgerrighed i arbejdet med deeskalering

Lene Lauge Berring<sup>1</sup>, Owen Price<sup>2</sup> og Nutmeg Hallett<sup>3</sup>

1. Forskningsleder, Midt og Vestsjællands Hospital, Psykiatrien, Region Sjælland; docent, Professionshøjskolen Absalon; professor, Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

2. Senior Lecturer, Division of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Manchester, UK

3. Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, University of Birmingham, UK



Tegnehimlen.dk

### Læs artiklen og få viden om

- Hvordan professionel nysgerrighed kan styrke deeskalering som sygeplejefaglig kernekompetence.
- Hvordan sokratisk dialog kan omsætte nysgerrighed til refleksive spørgsmål i praksis.
- Hvordan en cyklisk forebyggelsesmodel kan understøtte læring og reducere optrapning af vold.

### Resume

#### Baggrund

Vold og truende adfærd udgør en vedvarende og aktuelt voksende udfordring i det danske sundhedsvæsen, særligt i psykiatrien og i akutte kliniske sammenhænge. Vold har alvorlige konsekvenser for medarbejders trivsel, patientsikkerhed og kvaliteten af plejen og bidrager samtidig til utryghed, øget personaleomsætning og brug af restriktive tiltag.

#### Formål

At belyse, hvordan professionel nysgerrighed kan styrke deeskalering som en sygeplejefaglig kernekompetence i en dansk klinisk kontekst.

#### Metode

Faglig, teoretisk og praksisnær begrebsafklaring, modeludvikling og praksiseksempler. Der er foretaget syntese af relevant viden og teori, herunder *Tidevandsmodellen* og *Sokratisk dialog*, suppleret med illustration gennem konstruerede praksiseksempler fra psykiatri og somatisk akutmodtagelse.

#### Resultater

Nysgerrighed beskrives som en relationel og etisk grundholdning, der kan understøtte deeskalering ved at fremme forståelse for adfærdens bagvedliggende årsager. Sokratisk dialog præsenteres som en struktureret måde at omsætte professionel nysgerrighed til refleksive spørgsmål, der kan støtte både patientens og personalets affektregulering og handlemuligheder. En cyklisk model for forebyggelse af vold tydeliggør, hvordan nysgerrighed kan have betydning på tværs af primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

#### Konklusion

En systematisk og etisk forankret anvendelse af professionel nysgerrighed kan bidrage til nedtrapning af konflikter, reducere behovet for restriktive tiltag og understøtte refleksion og læring efter voldelige eller truende hændelser i dansk sundhedspraksis.

Artiklen er en faglig bearbejdning og dansk formidling af en engelsksproget artikel, som er publiceret i Nursing Times:

*Hallett N et al. (2026) The role of curiosity as a compassionate tool for de-escalating violence. Nursing Times; 122: 1 (1).*

Bearbejdningen er foretaget med samtykke fra forlaget og fremtræder ikke ordret. Artiklen er tilpasset en dansk sygeplejevidenskabelig kontekst og har til formål at bidrage til udviklingen af deeskalering som en sygeplejefaglig kernekompetence.

## Introduktion

Vold og truende adfærd i sundhedsvæsenet er en aktuell og voksende udfordring i Danmark. Særligt inden for psykiatri, akutmodtagelser og andre højt belastede kliniske sammenhænge rapporterer sundhedsprofessionelle i stigende grad om situationer, hvor patienter og pårørende reagerer med frustration, vrede eller truende adfærd. Disse situationer opstår ofte i krydsfeltet mellem sygdom, krise, ventetid, organisatorisk pres og oplevelser af afmagt og utryghed.

I det danske sundhedsvæsen udfolder vold og trusler sig på tværs af sektorer og specialer og påvirker både arbejdsmiljø, patientsikkerhed og kvaliteten af plejen. Både nationale (2) og internationale undersøgelser viser, at en betydelig andel af sundhedsprofessionelle oplever chikane, trusler eller fysisk vold i forbindelse med deres arbejde, med alvorlige konsekvenser for trivsel, sygefravær og personaleomsætning (3). Samtidig kan voldelige eller truende hændelser underminere den tillid og relation, som er grundlæggende for terapeutisk arbejde, og skabe utrygge behandlingsmiljøer for både patienter og personale. Deeskalering fremstår derfor som en central og nødvendig strategi i arbejdet med at forebygge konflikter og opretholde sikkerhed i klinisk praksis (4).

I en sundhedsfaglig kontekst kan deeskaleringsarbejdet udfordres af strukturelle forhold som højt arbejdspress, personalemangel og øget kompleksitet i patientforløb. Det kan medføre en praksis, hvor fokus let forskydes mod risikohåndtering, procedurer og sikkerhedsforanstaltninger frem for relationelle og forebyggende tilgange.

Samtidig peger nyere forskning på behovet for at bevæge sig væk fra en ensidig afhængighed af fysiske restriktioner og i stedet styrke kommunikative, relationelle og refleksive strategier, som kan reducere forekomsten af vold og truende adfærd (5).

Et perspektiv, der hidtil har fået begrænset opmærksomhed i litteraturen om deeskalering, er nysgerrighed. I denne artikel forstås nysgerrighed ikke som en passiv interesse, men som en aktiv, bevidst og empatisk bestræbelse på at forstå den andens perspektiv og de bagvedliggende årsager til belastning, frustration eller affekt. Allerede hos Sokrates blev nysgerrighed betragtet som en forudsætning for kritisk tænkning, etisk handling og erkendelse. I en sundhedsfaglig sammenhæng kan nysgerrighed anskues som en praksis, hvor sundhedsprofessionelle gennem åbne og refleksive spørgsmål søger indsigt i patientens oplevelse og samtidig skaber rum for dialog, relation og forandring. Spørgsmålene kan i praksis tage form som sokratiske dialog (6), hvor professionel nysgerrighed omsættes til systematiske og refleksive spørgsmål.

Selv om der findes begrænset forskning, der direkte kobler nysgerrighed til deeskalering i sundhedsvæsenet, er begrebet professionel nysgerrighed velkendt i beslægtede fagområder som socialt arbejde og politiarbejde (7), hvor det beskrives som et væsentligt redskab til at skabe forståelse og nedtrappe spændte situationer (8). I en sygeplejefaglig kontekst kan en nysgerrig tilgang til patienters erfaringer, behov og motiver bidrage til øget empati og styrke personcentreret pleje. I artiklen udfolder vi derfor nysgerrighedens potentiale som et supplerende og styrkende fundament for deeskalering i sundhedsvæsenet.

Se **Boks 1:** Nysgerrighed og sokratiske dialog i deeskalering



## **BOKS 1. Nysgerrighed og sokratisk dialog i deeskalering**

### **Nysgerrighed (professionel nysgerrighed)**

En faglig og etisk grundholdning, hvor sundhedsprofessionelle aktivt søger at forstå patientens perspektiv og de bagvedliggende årsager til adfærd. Nysgerrighed udøves med empati, respekt og tydelige grænser og retter sig både mod patientens oplevelse og mod egne reaktioner i situationen. Herved understøttes relationel, traumeinformeret og personcentreret praksis.

### **Sokratisk dialog (sokratiske spørgsmål)**

En struktureret måde at udøve professionel nysgerrighed på gennem åbne, undersøgende og reflektive spørgsmål. Formålet er at skabe overblik, afklare antagelser, regulere affekt og udforske handlemuligheder hos patienten og/eller personalet. I denne artikel forstås sokratisk dialog ikke som terapi, men som et praktisk redskab til refleksion og nedtrapning i deeskaleringende sygepleje.

### **Kort sagt**

Nysgerrighed er grundholdningen, mens sokratisk dialog er en metode til at omsætte nysgerrighed til handling i deeskalering.

## **Konsekvenser af vold på arbejdspladsen**

Vold og truende adfærd på arbejdspladsen har omfattende konsekvenser for både sundhedsprofessionelle og den pleje, der ydes. For personalet kan vold føre til fysiske skader (9) samt psykiske følger som posttraumatisk stress, depression og angst (10). Medarbejdere beskriver desuden oplevelser af frygt, magtesløshed og ydmygelse, som kan få langvarige konsekvenser for både arbejdsliv og professionel identitet (11,12). Disse belastninger påvirker arbejdsevnen og er forbundet med øget sygefravær, lavere arbejdsglæde og højere personaleomsætning (11,13,14).

Voldelige hændelser påvirker samtidig relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Særligt inden for psykiatrien kan vold og trusler forstyrre eller afbryde terapeutiske relationer, som er centrale for behandling og recovery (11,15). I akutte og højt belastede miljøer kan vold desuden medføre forsinkelser i behandlingen og skabe utilfredshed hos både patienter og personale, hvilket yderligere kan bidrage til optrapning af konflikter og øget utryghed (16).

Organisatoriske forhold spiller en væsentlig rolle i sammenhængen mellem vold, arbejdsmiljø og kvalitet i plejen. Studier viser, at en stærk patientsikkerhedskultur er forbundet med lavere forekomst af vold og mindre udbrændthed blandt sundhedsprofessionelle (17). Udbrændthed er samtidig forbundet med forringet patientsikkerhed og dårligere kvalitet i plejen (18).

Vold på arbejdspladsen kan derfor forstås som både et individuelt og et strukturelt problem, der påvirker hele det kliniske miljø.

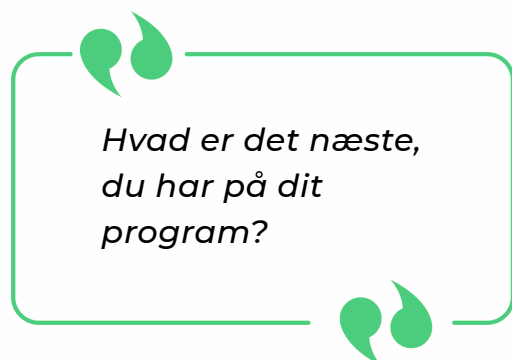
Samlet set undergraver vold og truende adfærd, tillid, kompromitterer sikkerhed og forringer kvaliteten af plejen. I det danske sundhedsvæsen, hvor arbejdspress og kompleksitet er stigende, er det afgørende at arbejde systematisk og forebyggende. Fagligt kvalificeret deeskalering fremstår her som en nødvendig og central strategi for at understøtte en mere sikker, sammenhængende og omsorgsfuld indsats.

## **Nysgerrighed som fundament for deeskalering**

Selv om der kun i begrænset omfang foreligger eksplicit viden om nysgerrighed som en selvstændig del af deeskalering, er betydningen af forståelse og empati, centrale elementer i nysgerrighed, veldokumenteret. Et kvalitativt studie fra et retspsykiatrisk afsnit peger på, at stærke terapeutiske relationer præget af tillid, retfærdighed, konsistens og en traumebevidst tilgang er afgørende for effektiv deeskalering (19).

I et studie af Berring et al. (20) identificeres nysgerrighed som et centralt element i deeskalering i psykiatrien. Forfatterne beskriver, hvordan nysgerrighed kan skærpe personalets opmærksomhed i hverdagsinteraktioner og bidrage til tidlig identifikation og håndtering af potentielle konflikter.

I et eksempel fra denne forskning, oplevede en patient på en retspsykiatrisk afdeling, at affekt-niveauet faldt, da personalet støttede hendes autonomi gennem åbne spørgsmål såsom:



Frem for at anvende instruerende eller kontrollerende udsagn. Nysgerrighed er tæt forbundet med *Tidevandsmodellen* (21,22), som tager udgangspunkt i menneskers egne fortællinger og betragter den enkelte som ekspert i sit eget liv. Modellen repræsenterer en traumebevidst og recovery-orienteret tilgang, hvor samarbejde, værdighed og medinddragelse er centrale principper.

På trods af modellens alder er dens fokus på narrativ forståelse og relationel praksis fortsat aktuelt og udfordrer ensidigt risikoorienterede tilgange i sundhedsvæsenet (23). I denne forståelse er nysgerrighed et bærende element, idet den understøtter et skifte fra spørgsmål som "Hvad er der galt med dig?" til:



Nysgerrighed fungerer her som den relationelle og etiske grundholdning, mens sokratiske dialog kan betragtes som en konkret og systematiseret måde at udøve nysgerrighed på. Ved at møde patienten med åbenhed og undersøgende spørgsmål kan sundhedsprofessionelle opnå en dybere forståelse af adfærdens bagvedliggende årsager, herunder triggere, uopfyldte behov og tidligere erfaringer.

Denne indsigt kan bidrage til at reducere risikoen for optrapning af konflikter og voldelige hændelser. Recovery-orienteret pleje lægger vægt på dialog, tillid og samarbejde frem for tvang og kontrol, og her kan nysgerrighed fungere som et konkret fagligt greb, der understøtter disse værdier.

Det er imidlertid afgørende, at nysgerrighed udøves med respekt, empati og tydelige grænser. Nysgerrighed, der opleves som påtrængende, dømmende eller instrumentel, kan underminere relationen og skabe modstand. Manglende opmærksomhed på grænser eller et ensidigt fokus på problemer kan svække tillid og forstærke konflikt. For at være virksom forudsætter nysgerrighed derfor aktiv lytning, etisk bevidsthed og en genuin intention om at forstå den anden (24). Når nysgerrighed anvendes hensigtsmæssigt, kan den styrke relationer og fremme samarbejde; anvendt uhensigtsmæssigt kan den derimod bidrage til stigmatisering og mistillid (25).

At arbejde med nysgerrighed som et grundprincip i deeskalering synliggør, at forebyggelse af vold er en proces, der udvikler sig over tid. Det forudsætter en fleksibel tilgang, som tilpasses både den enkelte patient og den situation, plejen foregår i.

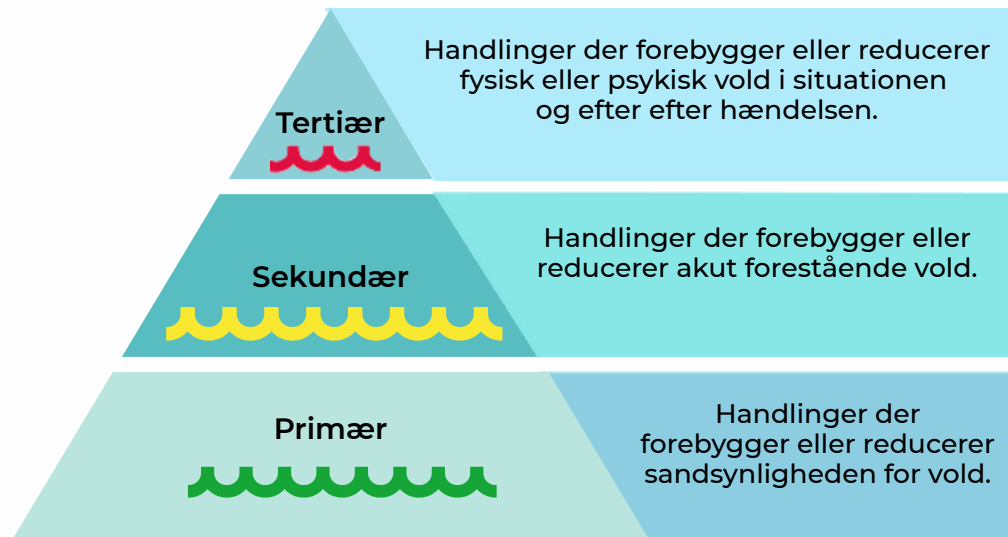
### En cyklisk model for forebyggelse af vold

For at understøtte forståelsen af voldsforebyggelse som en løbende proces introduceres i det følgende en model, der kan anvendes i klinisk praksis:

*Folkesundhedsmodellen for forebyggelse af vold* (26). Modellen som er illustreret i **FIGUR 1**, tilbyder en velkendt ramme, hvor indsatser organiseres i tre niveauer:

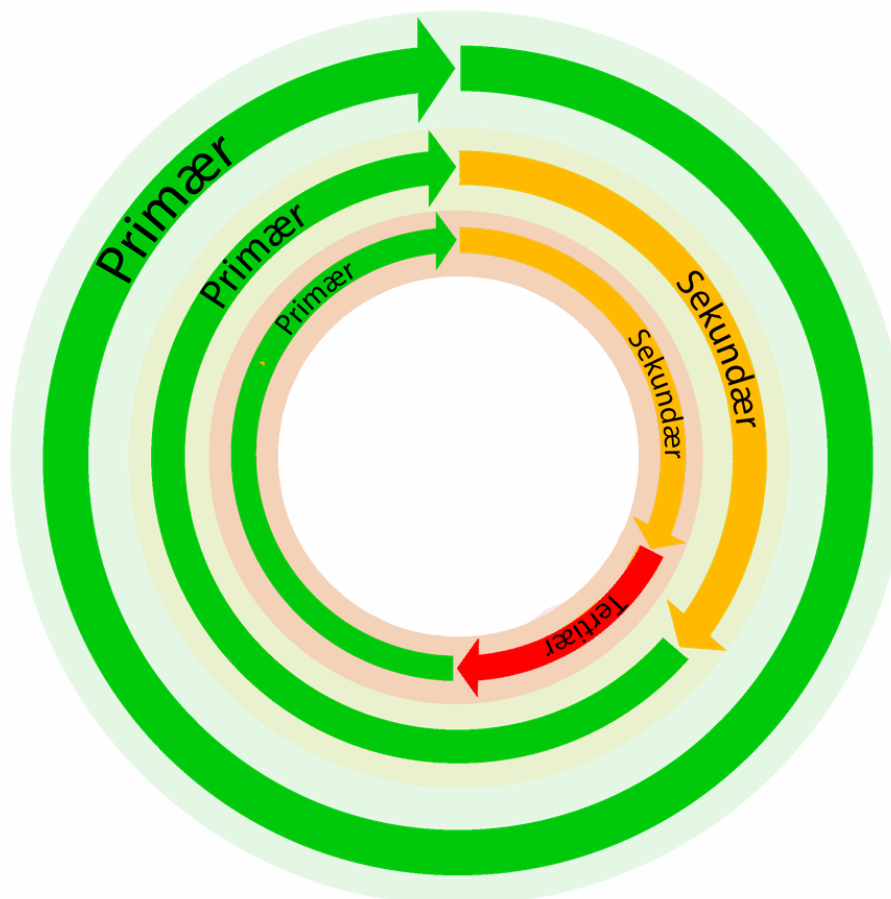
- Primær forebyggelse
- Sekundær forebyggelse
- Tertiær forebyggelse.

Modellen synliggør, at størstedelen af indsatsen bør ligge i den primære forebyggelse, hvor fokus er på at reducere risici og styrke relationer, inden konflikter opstår.



**FIGUR 1. Folkesundhedsmodel for forebyggelse af vold efter Hallett (2018) (26).**

Selvom modellen er velegnet til at kategorisere indsatser, afspejler den ikke fuldt ud den måde, voldforebyggelse udfolder sig i klinisk praksis. I praksis bevæger sundhedsprofessionelle sig ofte kontinuerligt mellem forebyggelsesniveauerne inden for korte tidsrum og i komplekse situationer. For bedre at indfange denne dynamik introduceres derfor en cirkulær model for forebyggelse af vold, som illustrerer voldsforebyggelse som en gentagende og lærende proces, se **FIGUR 2**.



**FIGUR 2. Cyklisk model for forebyggelse af vold.**

Den cirkulære model synliggør, at primær forebyggelse udgør den største del af det daglige arbejde, mens sekundær forebyggelse aktiveres ved tegn på øget risiko for optrapning. Tertiær forebyggelse repræsenterer en sidste udvej, når tidligere indsatser ikke har været tilstrækkelige. Modellen understreger samtidig, at erfaringer fra alle niveauer bør inddrages i refleksion og læring, så fremtidig praksis løbende kan justeres og styrkes.

## Minimal trekanten

Den dynamiske forståelse fra ovenstående model ligger i forlængelse af Bowers et al. (27), som beskriver *Minimal trekanten*, som består af hyppige og tilbagevendende handlinger:

- Verbal aggression
- Deeskalering
- Akut beroligende medicin (PN).

*Minimal trekantens* handlinger kan forstås som gentagne bevægelser i modellens midterste lag, hvor personalet kontinuerligt forsøger at nedtrappe konflikter og forebygger yderligere optrapning. Den cirkulære model synliggør, at hver hændelse rummer et potentiale for refleksion og læring frem for udelukkende at blive betragtet som et isoleret problem.

## Vær nysgerrig

Nysgerrighed spiller en central rolle på tværs af modellens niveauer. I den primære forebyggelse kan nysgerrighed bidrage til at identificere trigger, behov og sårbarheder gennem relationel og dialogbaseret praksis. I den sekundære forebyggelse kan nysgerrighed understøtte situationsforståelsen og den fleksible respons, når affekt og spænding stiger. I den tertiære forebyggelse kan nysgerrighed, rettet mod både patientens og personalets oplevelser, danne grundlag for meningsfuld refleksion efter hændelser og dermed styrke fremtidig praksis.

Den refleksive praksis kan understøttes af fælles sprog og metoder, herunder sokratiske dialog, som kan bidrage til refleksion på tværs af personalegrupper og kliniske situationer. Ved at integrere nysgerrighed i en cyklisk forståelse af voldsforebyggelse bliver deeskalering ikke blot en reaktiv handling, men en del af en kontinuerlig faglig proces præget af opmærksomhed, refleksion og tilpasning. Dette perspektiv tydeliggør, at forebyggelse af vold forudsætter vedvarende faglig nysgerrighed samt organisatorisk støtte til læring og udvikling i klinisk praksis.

## Anvendelse af nysgerrighed i praksis

Nysgerrighed kan styrke deeskalering ved at understøtte sundhedsprofessionelles forståelse af adfærd, fremme empatisk kontakt og skabe rum for refleksion over egne reaktioner.

I praksis handler det om at kunne reagere fleksibelt og overvejet i belastede situationer frem for automatisk eller defensivt. Nysgerrighed bidrager dermed både til regulering af situationen her og nu og til udvikling af praksis over tid. I denne artikel anvendes sokratiske dialog som en struktureret metode til at omsætte professionel nysgerrighed til handling i deeskalerende situationer. Sokratiske dialog, som kendes fra kognitiv adfærdsterapi (KAT), tilbyder en systematisk tilgang til udforskning af tanker, antagelser og følelsesmæssige reaktioner gennem åbne og refleksive spørgsmål (28,29). I deeskaleringsarbejde kan denne tilgang støtte patienter i at regulere affekt, identificere uensigtsmæssige tankemønstre og overveje alternative handlemuligheder. Samtidig kan sokratiske dialog understøtte samarbejde og fælles problemløsning, som er centrale elementer i effektiv deeskalering (30).

Selvom sokratiske spørgeteknikker ofte beskrives som formelle redskaber, kan principperne anvendes mere intuitivt i dagligdagen. I denne artikel forstås sokratiske dialog ikke som en terapeutisk intervention, men som et praktisk redskab til relationel og reflektiv sundhedsprofessionel praksis. Ved at stille enkle, åbne og respektfulde spørgsmål kan sundhedsprofessionelle understøtte refleksion både hos patienten og hos sig selv, også i situationer præget af tidspres og høj affekt.

**Tabel 1** præsenterer eksempler på spørgsmålstyper, der kan anvendes under og efter hændelser med konflikt eller ved truende adfærd, og som kan understøtte en nysgerrig og reflektiv tilgang i praksis (19,20). Den sokratiske dialog som er præsenteret i tabellen, kan ses som en struktureret måde at udøve professionel nysgerrighed på, gennem refleksive spørgsmål. Spørgsmålene er eksempler og anvendes fleksibelt afhængigt af situation og kontekst. Nysgerrighed spiller også en væsentlig rolle i vurderingen af risiko og i forebyggelsen af optrapning. Forskning peger på, at mental forberedelse, herunder evnen til at tolerere usikkerhed og bevare overblik i pressede situationer, kan forbedre håndteringen af truende adfærd (31).

**TABEL 1.**  
**Sokratisk dialog i kognitiv adfærdsterapi – eksempler på nysgerrige spørgsmål til patient og personale.**

Formål med spørgsmålet	Eksempler på spørgsmål til patienten	Eksempler på refleksionsspørgsmål til personalet
<b>Afklaring af tanker og oplevelser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad tænker du i denne situation?</li> <li>Hvad betyder det for dig lige nu?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad er jeg selv optaget af i denne situation?</li> <li>Hvad betyder situationen for mig fagligt og personligt?</li> </ul>
<b>Undersøgelse af antagelser og vurderinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad får dig til at tænke, at det er sådan?</li> <li>Er der noget, der kunne tale imod den tanke?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antager jeg noget uden at have spurgt?</li> <li>Hvad bygger mine vurderinger på?</li> </ul>
<b>Udforskning af alternative perspektiver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kunne situationen forstås på en anden måde?</li> <li>Hvordan tror du, andre oplever det, der sker?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke andre forklaringer kunne der være?</li> <li>Hvordan kunne patienten mon opleve min handling?</li> </ul>
<b>Overvejelse af konsekvenser og handlemuligheder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad kunne der ske, hvis vi prøvede noget andet?</li> <li>Hvad ville hjælpe dig lige nu?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilken påvirkning har min tilgang på situationen?</li> <li>Bidrager min handling til nedtrapning eller optrapning?</li> </ul>
<b>Styrkelse af selvindsigt og regulering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad plejer at hjælpe dig, når du bliver presset?</li> <li>Har du været i lignende situationer før?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan reagerer jeg typisk i pressede situationer?</li> <li>Hvad hjælper mig til at bevare ro og overblik?</li> </ul>

Samtidig viser studier, at sundhedsprofessionelle ofte har vanskeligt ved at identificere årsager til aggression, mens patienter i højere grad oplever klare og genkendelige triggere, når de bliver spurgt (32,33). I praksis peger forskningen på et behov for en mere systematisk nysgerrig tilgang, hvor patientens perspektiv aktivt inddrages i risikovurdering og deeskalering. Strukturerede og refleksive spørgsmål kan i den sammenhæng understøtte både patienter og sundhedsprofessionelle i det deeskalerende arbejde. For patienter kan nysgerrige spørgsmål bidrage til at tydeliggøre tanker og følelser, skabe overblik og understøtte mere hensigtsmæssige responser. For sundhedsprofessionelle kan samme tilgang fungere som et redskab til selvregulering ved at skabe et kort refleksionsrum, hvor handlinger kan overvejes frem for at blive impulsive.

I akutte situationer må nysgerrighed ofte udøves hurtigt og intuitivt. Her kan enkle refleksionsrammer understøtte praksis. Over tid kan gentagen anvendelse af nysgerrige spørgsmål bidrage til, at refleksion bliver en integreret del af den kliniske dømmekraft. Med henblik på at understøtte dette præsenteres fire domæner: *Situation*, *Person*, *Mulige løsninger* og *Egen handling*, som en enkel ramme for refleksion i realtid og efterfølgende. Eksempler på spørgsmålene er samlet i **Tabel 2**. Tabellen illustrerer en enkel refleksionsramme, der kan anvendes i realtid eller efterfølgende med spørgsmål, der understøtter en nysgerrig og refleksiv tilgang til deeskalering.

**TABEL 2. Spørgsmål, der kan understøtte nysgerrig deeskalering i praksis**

Situation	Person	Mulige løsninger	Egen handling
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad kan være sket forud for situationen?</li> <li>Er der ændringer, jeg ikke kender til?</li> <li>Er jeg i gang med at drage hurtige konklusioner?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad kan denne adfærd være et udtryk for?</li> <li>Hvad kan personen have brug for lige nu?</li> <li>Hvordan oplever personen situationen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke muligheder har jeg for at handle anderledes?</li> <li>Hvad har tidligere virket i lignende situationer?</li> <li>Er der andre tiltag, der kan afprøves?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilken effekt har min handling lige nu?</li> <li>Bidrager jeg til ro eller til optrapning?</li> <li>Hvad kan jeg justere i min tilgang?</li> </ul>

## Praksiseksempler

Selvom deeskalerende tilgange med afsæt i professionel nysgerrighed og sokratiske dialog har et fælles fagligt grundlag, kan deres konkrete anvendelse variere afhængigt af kontekst og faglig tradition. Studier peger på, at sundhedsprofessionelle i psykiatrien og i somatiske akutafdelinger ofte arbejder med deeskalering på forskellige måder, selvom formålet er det samme (34). Fælles for tilgange på tværs af kontekster er vægten på anerkendelse, aktiv lytning og opmærksomhed på kropssprog.

Psykiatrisk personale arbejder dog oftere med deeskalering inden for en ramme af primær, sekundær og tertiær forebyggelse, hvor også tvang kan indgå som en sidste udvej (19). Rammen for forskelle i kontekst og praksis illustreres i de følgende to eksempler, som i henhold til psykiatriloven er konstruerede, men baseret på typiske kliniske situationer.

### Praksiseksempel 1: Psykiatrisk sengeafsnit

#### Baggrund

På et akut psykiatrisk sengeafsnit oplever personalet jævnligt situationer med høj affekt og truende adfærd. Arbejdet foregår under betydeligt pres, og tidligere erfaringer med vold har medført øget opmærksomhed på sikkerhed og forebyggelse.

#### Udfordringen

Frej, 42 år, er indlagt med en bipolar lidelse i en manisk fase. Ved tidligere indlæggelser har han haft episoder med truende adfærd, som er endt med fastholdelse. Disse erfaringer har efterfølgende øget hans mistillid til personalet og bidraget til gentagne konflikter.

#### Anvendelse af nysgerrighed i en cyklisk forebyggelsesforståelse

##### Primær forebyggelse

Ved indlæggelsen gennemgår personalet sammen med Frej tidligere erfaringer med indlæggelse og konflikter. Gennem åbne samtaler undersøger de, hvad der tidligere har udløst uro, og hvad der har haft en beroligende effekt. Fokus er på at signalere interesse og respekt for Frejs egne oplevelser frem for kontrol.

##### Sekundær forebyggelse

Da Frej viser tegn på stigende uro, vælger en sygeplejerske at tage kontakt tidligt. Hun stiller åbne spørgsmål om, hvad der fylder for ham netop nu, og hvad der opleves som mest belastende på afsnittet. Samtalen flytter fokus fra intern spænding til fælles forståelse og fører til justeringer i miljøet, herunder øget mulighed for ro og forudsigelighed.

##### Tertiær forebyggelse

Efter en situation med verbal konfrontation afholdes en fælles refleksion mellem Frej og personalet. Her undersøges, hvad der bidrog til uroen, og hvordan lignende situationer kan håndteres fremadrettet. Frej giver udtryk for, at han oplever større tryghed, når personalet spørger ind, frem for at gribe ind fysisk.

#### Resultater

- Reduceret behov for fastholdelse og andre restriktive tiltag
- Styrket relation og øget samarbejde mellem patient og personale
- Øget faglig tryghed og handlekraft blandt personalet

### Praksiseksempel 2: Akutmodtagelse

#### Baggrund

I en akutmodtagelse på et større hospital opstår der jævnligt situationer med frustration og vrede blandt patienter og pårørende, ofte relateret til ventetid, uvished og manglende overblik over det videre forløb.

#### Udfordringen

Efter flere timers ventetid bliver en patient gradvist mere oprevet, hæver stemmen over for personalet og giver udtryk for, at vedkommende vil forlade hospitalet. Situationen opleves som utryk for både personale og øvrige patienter i venteværelset.

#### Anvendelse af nysgerrighed i en cyklisk forebyggelsesforståelse

##### Primær forebyggelse

Afdelingen arbejder generelt med tydelig og løbende kommunikation, roligt kropssprog og tidlig kontakt med patienter i venteværelset. Personalet er trænet i deeskalering og opmærksomhed på tidlige tegn på affekt og frustration.

## Sekundær forebyggelse

En sygeplejerske tager roligt kontakt til patienten og spørger ind til, hvad der opleves som mest frustrerende i situationen. Hun anerkender ventetiden og undersøger, hvad patienten har brug for her og nu. Gennem aktiv lytning og konkrete informationer om det videre forløb falder affektniveauet, og der identificeres små, praktiske tiltag, som bidrager til at reducere uroen.

## Tertiær forebyggelse

Selvom situationen ikke udvikler sig til vold, anvender personalet hændelsen som afsæt for fælles refleksion efterfølgende. Her drøftes, om tidligere kontakt, tydeligere information eller andre tiltag kunne have forebygget optrapningen yderligere.

## Resultater

- Optrapning af konflikten undgås uden brug af sikkerhedsforanstaltninger
- Patientens tillid til personalet fastholdes
- Personalet oplever øget tryk og kompetence i det deeskalerende arbejde.

## Samlet perspektiv

De to praksiseksempler illustrerer, hvordan nysgerrighed i kombination med aktiv lytning og empati kan fungere som et virksomt redskab i deeskalering på tværs af kliniske kontekster. Ved at rette opmærksomheden mod adfærdens bagvedliggende årsager og patientens aktuelle behov kan sundhedsprofessionelle bidrage til at forebygge optrapning og skabe mere trygge rammer for både patienter og personale. Samtidig viser eksemplerne, at en bæredygtig integration af nysgerrighed i daglig praksis forudsætter faglige, organisatoriske og ledelsesmæssige rammer, der understøtter refleksion, læring og kontinuitet i det deeskalerende arbejde.

## Diskussion

### Udfordringer og barrierer

Implementering af sokratiske spørgeprincipper med nysgerrighed som et aktivt element i deeskalering er forbundet med en række udfordringer. Modstand mod forandring i den sundhedsprofessionelle praksis beskrives ofte som et individuelt anliggende, men må i praksis forstås i lyset af strukturelle og organisatoriske forhold (35). Når der mangler personale, arbejdspresset er højt, og mulighederne for kompetenceudvikling er begrænsede, kan det være svært at arbejde relationelt og refleksivt. Det gælder også anvendelsen af sokratiske dialog i hverdagen.

Tidligere oplevelser med vold, usikkerhed og frygt for at miste kontrol kan gøre det sværere for personalet at arbejde nysgerrigt i pressede situationer. Samtidig spiller de organisatoriske rammer en afgørende rolle. Mangler der tid, støtte og mulighed for faglig sparring, bliver det vanskeligt at fastholde refleksion i praksis, også blandt erfarne medarbejdere.

I kliniske sammenhænge, hvor der allerede arbejdes systematisk med deeskalering, kan nysgerrighed ofte integreres uden større ændringer, fordi mange af elementerne allerede er til stede i praksis. I afdelinger og sektorer, hvor træning i deeskalering er begrænset eller mangler, kræver det en mere konsekvent anvendelse af nysgerrighed. Det kræver en målrettet organisatorisk prioritering og investering i kompetenceudvikling. Internationale erfaringer, herunder viden fra de seks kernestrategier (36–38), viser, at fælles mål, klare rammer, fælles sprog og ledelsesmæssig opbakning er afgørende for at understøtte refleksive og etisk funderede praksisser.

Samlet set peger vores studie på, at nysgerrighed som fagligt greb ikke kan implementeres isoleret på individniveau. En bæredygtig anvendelse forudsætter organisatoriske rammer, der understøtter refleksion, læring og kontinuitet i den kliniske praksis.

### Implikationer for praksis

- Professionel nysgerrighed kan med fordel tydeliggøres som en central del af deeskalering og indgå i lokale retningslinjer, undervisning og introduktionsprogrammer.
- Sokratiske dialog kan anvendes som et fælles og lavpraktisk redskab til refleksive spørgsmål før, under og efter situationer med truende adfærd.
- Den cykliske model for forebyggelse af vold kan understøtte systematisk refleksion og læring efter hændelser og styrke sammenhængen mellem forebyggelse og klinisk praksis.
- Ledelsesmæssig opbakning samt prioritering af tid til fælles refleksion er afgørende for, at nysgerrighed ikke reduceres til et ideal, men bliver en integreret del af den kliniske hverdag.

## Konklusion

Deeskalering er en central kompetence for sundhedsprofessionelle og spiller en afgørende rolle i forebyggelsen af vold og truende adfærd i sundhedsvæsenet. Artiklen peger på et væsentligt potentiale for at styrke det deeskalerende arbejde gennem en mere bevidst og systematisk anvendelse af professionel nysgerrighed som fagligt greb.

Nysgerrighed rettet mod situationen, personen, handlemulighederne og egne reaktioner kan understøtte en mere reflektiv, fleksibel og relationel tilgang til deeskalering. Frem for at tilbyde en fast metode bidrager nysgerrighed til at skærpe den kliniske dømmekraft og skabe rum for forståelse i situationer præget af affekt, usikkerhed og tidspres. Over tid kan denne tilgang blive en integreret del af sygeplejerskers professionelle handleberedskab.

Ved at forstå sokratiske dialog som en konkret metode til at udøve professionel nysgerrighed kan deeskalering styrkes som en relationel, reflektiv og etisk funderet sygeplejepraksis. Artiklen bidrager således med et teoretisk og praksisnært perspektiv, der kan danne grundlag for videre udvikling af deeskalering som en sygeplejefaglig kernekompetence.

## Hvis du vil vide mere

Region Sjælland Psykiatri har publiceret *Deeskalering i psykiatrien -Vejledning i Deeskalering*.

Deeskaleringens forskellige faser gennemgås med brug af de forskellige strategier i klinisk praksis og kan frit downloades (39).

DEESKALERING I  
PSYKIATRIEN

VEJLEDNING I  
DEESKALERING

REGION SJÆLLAND  
PSYKIATRIEN

KLIK HER 

- vi er til for dig

## Referencer

1. Hallett N et al (2026) The role of curiosity as a compassionate tool for de-escalating violence. *Nursing Times*; 122: 1.
2. Schøsler B, Bang FS, Mikkelsen S. The extent of physical and psychological workplace violence experienced by prehospital personnel in Denmark: a survey. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2024;32:136. <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01311-0>.
3. Avander K, Heikki A, Bjerså K, Engström M. Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *J Trauma Nurs Off J Soc Trauma Nurses* 2016;23:51–7. <https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000186>.
4. Fricke J, Siddique SM, Douma C, Ladak A, Burchill CN, Greysen R, et al. Workplace Violence in Healthcare Settings: A Scoping Review of Guidelines and Systematic Reviews. *Trauma Violence Abuse* 2023;24:3363–83. <https://doi.org/10.1177/15248380221126476>.
5. Price O, Papastavrou Brooks C, Johnston I, McPherson P, Goodman H, Grundy A, et al. Development and evaluation of a de-escalation training intervention in adult acute and forensic units: the EDITION systematic review and feasibility trial. *Health Technol Assess* 2024;1–120. <https://doi.org/10.3310/FGGW6874>.
6. Eliud O. Socratic method as a therapeutic discourse for mental health. *Diagn Ther* 2025;1–9. *Luminescence*. DOI: <https://doi.org/10.55976/dt.4202513231-9>
7. Anka A, Thacker H, Penhale B, Lloyd-Smith W, Booth B. Professional curiosity in safeguarding adults. Abingdon, UK; New York, NY: Routledge; 2025. ISBN 9781916925205
8. Muirden CE, Appleton JV. Health and social care practitioners' experiences of exercising professional curiosity in child protection practice: An integrative review. *Health Soc Care Community* 2022;30. <https://doi.org/10.1111/hsc.14088>.
9. Renwick L, Lavelle M, James K, Stewart D, Richardson M, Bowers L. The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *Int J Ment Health Nurs* 2019;28:268–77. <https://doi.org/10.1111/inm.12530>.
10. D'Ettoire G, Pellicani V, Ceccarelli G. Post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers: a ten-year systematic review: Post-traumatic stress disorder symptoms in healthcare workers. *Acta Bio Medica Atenei Parm* 2020;91:e2020009. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i12-S.9459>.
11. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav* 2014;19:492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
12. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:6. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>.
13. Liang L, Wang Z, Hu Y, Yuan T, Fei J, Mei S. Does workplace violence affect healthcare workers' turnover intention? *Jpn J Nurs Sci* 2023;20:e12543. <https://doi.org/10.1111/jjns.12543>.
14. Gulshan Ambreen, Chanda Jabeen, Surrya Parveen. Impacts of Violence on Nurses: Stress and Productivity Effects. *Link Med J* 2023. <https://doi.org/10.61919/ftccze62>.
15. Felton A, Repper J, Avis M. Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:1137–48. <https://doi.org/10.1111/inm.12430>.
16. American College of Emergency Physicians (2022) Emergency Department Violence Report 2022 (Abridged) <https://www.emergencyphysicians.org/siteassets/emphysicians/all-pdfs/acep-emergency-department-violence-report-2022-abridged.pdf>.
17. Kim S, Kitzmiller R, Baernholdt M, Lynn MR, Jones CB. Patient Safety Culture: The Impact on Workplace Violence and Health Worker Burnout. *Workplace Health Saf* 2023;71:78–88. <https://doi.org/10.1177/21650799221126364>.
18. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 2020;18:41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.
19. Goodman H, Papastavrou Brooks C, Price O, Barley EA. Barriers and facilitators to the effective de-escalation of conflict behaviours in forensic high-secure settings: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 2020;14:59. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00392-5>.
20. 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;30:499–507. DOI:10.1016/j.apnu.2016.05.005

21. Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:233–40. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>.
22. Barker P, Buchanan-Barker P, Kammersgaard HL, Quistgaard MK, Buus N. En søgen efter personen: The Tidal Model og holistisk assessment. *Psykiatr. Sygepleje*, Wiley Blackwell (Blackwell Publishing-Munksgaard); 2020, p. 203–38.
23. Wilson A, Hurley J, Hutchinson M, Lakeman R. “Can mental health nurses working in acute mental health units really be trauma-informed?” An integrative review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28:900–23.
24. Berring LL. Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger: et handlingsorienteret aktionsforsknings samarbejde: ph.d.-afhandling ved Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland, *Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet*, 2016. S.I.: SDU; 2016.
25. Palop-Larrea V. Anger and physical and psychological health. A narrative review. *Rev Estud Soc* 2024;121–36.
26. Hallett N. Preventing and managing challenging behaviour. *Nurs Stand* 2018;32:51–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10969>.
27. Bowers L, James K, Quirk A, Wright S, Williams H, Stewart D. Identification of the “minimal triangle” and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Issues Ment Health Nurs* 2013;34:514–23. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2013.780117>.
28. Hibbs A. Cognitive Therapy: A Complementary Strategy for Expressed Anger During the Restraint of an Aggressive Individual. *Br J Forensic Pract* 2000;2:19–29. <https://doi.org/10.1108/14636646200000014>.
29. Toohey, M. J. (2021). Cognitive behavioral therapy for anger management. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications* (pp. 331–359). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-010>.
30. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:310–9. [10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x)
31. Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviours in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2019;45:24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001>.
32. Bowers L, Duncan S, Papadopoulus C, Dack C, Ross J, Khanom H, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. *Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme*. King's College London; 2011.
33. Gudde C, Vatne S, Olsø T, Whittington R. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *J Multidiscip Healthc* 2015;4:49. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>.
34. Spielfogel JE, McMillen JC. Current use of de-escalation strategies: Similarities and differences in de-escalation across professions. *Soc Work Ment Health* 2017;15:232–48. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1212774>.
35. Berring, L. L., & Østergaard, L. B. (2022). Forandringsprocesser i psykiatrien: Et etnografisk feltstudie af deeskaleringsimplemtering. *Klinisk Sygepleje*, 36(2), 73-92. <https://doi.org/10.18261/ks.36.2.2>
36. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc* 2011;24:11–5. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x>.
37. 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* 2014;52:40–7. <https://doi.org/10.3928/02793695-20141006-01>.
38. Whittington R, Aluh DO, Caldas-de-Almeida J-M. Zero Tolerance for Coercion? Historical, Cultural and Organisational Contexts for Effective Implementation of Coercion-Free Mental Health Services around the World. *Healthcare*, vol. 11, MDPI; 2023, p. 2834. DOI: [10.3390/healthcare11212834](https://doi.org/10.3390/healthcare11212834)
39. Region Sjælland Psykiatri. Vejledning i deeskalering. <http://publikationer.regionsjaelland.dk/Psykiatrien/vejledningideeskalering/?page=>