Når risiko krydser grænser

Et speciale om frontlinjemedarbejderes forhandling og legitimering af risikovurderinger i ambulante retspsykiatriske forløb.

cand.soc i socialt arbejde

Aalborg universitet campus København

29. maj 2026

Vejleder: Nichlas Permin Berger

Tegn med mellemrum: 213.892 anslag med mellemrum

Antal normalsider: 89

Antal faktiske sider: 99

Katarina Lie Delcomyn

(20240842)

Maja Løntoft Andersen

(20240910)

Sigrid Lien

(20240895)

ABSTRACT

Risk assessment constitutes a substantial component of work within outpatient forensic psychiatric pathways, in which multiple sectors collaborate on and with patients presenting with complex psychological and social problems. This thesis examines how frontline practitioners negotiate and legitimise risk assessments in their daily practice, and how these practices are shaped by the organisational conditions under which outpatient forensic psychiatric teams, general psychiatry, and residential social care facilities in the Capital Region of Denmark. The master's thesis adopts a social constructivist and hermeneutic approach, combining six individual semi-structured interviews with one focus group interview involving professionals from psychiatry, forensic psychiatry, and municipal residential facilities. The focus group interview is structured around a practice-oriented vignette designed to explore how risk assessments are negotiated in a cross-sectoral collaborative context. The analysis draws on perspectives from Pierre Bourdieu, neo-institutional theory, deliberative processes, and the broader literature on risk assessment practices.

The analysis demonstrates that risk assessments are clinical judgements which are simultaneously and continuously negotiated between competing professional logics, organisational interests, and institutional positions. It further reveals how assessments of risk are shaped struggles among professional fields in which actors' positions and access to legitimate authority become decisive in determining which assessments are ultimately recognised. The master's thesis concludes that risk assessment in outpatient forensic psychiatry must be understood as a relational and organisational practice characterised by negotiation, power relations, and contestation between professional and organisational fields. Risk assessments are not only shaped both by professional expertise, but also institutional hierarchies, documentation practices, and unequal access to authority.

The findings point to broader structural and ethical implications extending beyond outpatient forensic psychiatry itself. The master's thesis highlights how limited resources, unequal professional authority, and insufficiently formalised cross-sectoral deliberative spaces may contribute to defensive risk management practices and asymmetrical forms of collaboration. This raises important questions concerning patient recovery, legal safeguards, and the capacity of welfare institutions to balance care, rehabilitation, and societal protection within increasingly risk-sensitive organisational contexts.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning 4
1.1 Risikohåndtering i en forandret psykiatri 4
1.2 Ambulante retspsykiatriske forløb og tværsektorielt samarbejde 5
1.3 Problemformulering 7
1.4 Afgrænsning 7
1.5 Begrebsafklaring 8
1.5.1 Risiko 8
1.5.2 Risikovurdering 8
1.5.3 Frontlinjemedarbejdere 9
1.5.4 Organisatoriske vilkår 9
1.5.5 Legitimitet 9
1.6 Litteratursøgning 9
1.6.1 Systematisk søgestrategi 9
1.7 Litteraturgennemgang 14
1.7.1 Risiko som teknisk vurdering 14
1.7.2 Risiko som organisatorisk styringsrationalitet 15
1.7.3 Risiko som forhandlet frontlinjepraksis 16
Kapitel 2: Metodologisk tilgang og forskningsdesign 18
2.1 Positionering 18
2.1.1 Hermeneutisk tilgang til fortolkning 19
2.2 Kombinationen af individuelle interviews og fokusgruppe 21
2.2.1 Vignet som analytisk greb i fokusgruppen 22
2.2.2 Adgang til feltet og gatekeeperens rolle 23
2.2.3 Præsentation af informanter 24
2.3 Analytisk strategi 25
2.3.1 Transskribering og kodning af empirisk materiale 26
2.4 Refleksioner over position og validitet 27
2.4.1 Etiske hensyn i analyse og fremstilling af data 30
2.4.2 Brugen af AI som refleksionsværktøj 31
Kapitel 3: Teori 32
3.1 Pierre Bourdieu 32
3.1.1 Socialt rum 32
3.1.2 Felt og kapital 33
3.1.3 Symbolsk magt 36
3.1.4 Symbolsk vold 37
3.1.5 Begrænsninger ved Bourdieus teori 38
3.2 Patricia H. Thornton, William Ocasio & Michael Lounsbury 39
3.3 Anne Mette Møller 40
Kapitel 4: Analyse 42

4.1 Mellem professionelt skøn og struktureret risikovurdering 42
4.1.1 Risikovurdering som institutionaliseret tilgang 42
4.1.2 Professionelt skøn og strukturerede redskaber i praksis 44
4.1.3 En gang ud af 100: Når det ekstreme bliver styrende 47
4.1.4 Når risikovurdering formes af organisatoriske vilkår og ledelsesmæssige prioriteringer 48
4.1.5 Risikovurdering i spændingsfeltet mellem omsorgs- og sikkerhedslogikker 50
4.1.6 Delkonklusion 52
4.2 Forhandling i adgangen til indlæggelse og udskrivelse 52
4.2.1 Risiko som adgangsbillet 53
4.2.2 Klar i spyttet eller en privilegeret position? 56
4.2.3 Fra frygt som drivkraft til styrende princip 58
4.2.4 Når risiko skal eskaleres for at blive taget alvorligt 61
4.2.5 Et samarbejde afhængig af overskud og tilfældigheder 63
4.2.6 Når formelle krav ikke omsættes i praksis 64
4.2.7 Delkonklusion 68
4.3 Dokumentation, afhængighed og ulige adgang til legitim viden 69
4.3.1 Oversættelse af risiko i praksis 69
4.3.2 Spændinger mellem logikker og vidensformer i risikovurdering 72
4.3.3 At møde beboeren uden fordomme vs. at kende deres historik 74
4.3.4 Fra klinisk ekspertise til pensionerede landmænd 75
4.3.5 Når beslutninger træffes uden for åbningstid 77
4.3.6 Risikovurderingens skriftlige liv 80
4.3.7 Delkonklusion 81
Kapitel 5: Konklusion 83
Kapitel 6: Diskussion 86
Kapitel 7: Perspektivering 89
Litteraturliste 93

Kapitel 1: Indledning

1.1 Risikohåndtering i en forandret psykiatri

De seneste år har psykiatrien i Region Hovedstaden været genstand for øget offentlig og politisk opmærksomhed i kølvandet på en række alvorlige personfarlige hændelser, hvor personer med tilknytning til psykiatrien har været involveret. Flere af disse sager har fået betydelig medieomtale og bidraget til en bredere debat om sikkerheden i psykiatrien samt håndteringen af patienter med alvorlige psykiske lidelser (Berlingske, 2025; TV2, 2025). Som følge heraf iværksatte Region Hovedstaden en omfattende handleplan med det formål at styrke trygheden for både patienter og medarbejdere i psykiatrien. Samtidig blev der afsat markant flere økonomiske midler til sikkerhedsindsatser, hvilket afspejler en stigende politisk prioritering af området (Region Hovedstaden, 2024). Handleplanen stiller skærpede krav til de fagprofessionelle, der arbejder med psykiatriske patienter, da alvorlige voldshændelser forventes forebygget, samtidig med at psykiatrien skal kunne håndtere og kontrollere risiko (Region Hovedstaden, 2024).

Samtidig har der gennem en årrække været en stigning i antallet af personer med psykiske lidelser, der kommer i kontakt med det strafferetlige system. Antallet af retspsykiatriske patienter er således steget fra omkring 2.840 til 4.040 i perioden 2010 til 2022 (Justitsministeriet, 2025). Denne gruppe omfatter personer med psykiske lidelser, som på gerningstidspunktet vurderes utilregnelige på grund af sindssygdom eller lignende tilstande, og som efter lovbekendtgørelse nr. 779 af 16. september 2002 (herefter straffeloven) §§68 eller 69 kan idømmes en psykiatrisk særforanstaltning med henblik på at forebygge yderligere kriminalitet.

Denne udvikling stiller særlige krav til retspsykiatrien, som er et område præget af stærke forventninger om sikkerhed, tryghed og forebyggelse af ny kriminalitet (Møllerhøj et al., 2023). Frontlinjemedarbejdere må derfor kontinuerligt træffe beslutninger om, hvornår en situation vurderes som bekymrende, hvornår der skal reageres, og hvilke handlinger der anses som nødvendige for at forebygge ny kriminalitet. Dette hænger sammen med, at det retspsykiatriske behandlingssystem har en dobbeltforpligtelse, som både omhandler at tilbyde behandling og samtidig føre kontrol af hensyn til samfundets sikkerhed (Region Hovedstaden Psykiatri, 2025a; Justitsministeriet, 2023).

Mulighederne for at forebygge og håndtere potentielle risikosituationer afhænger også af de organisatoriske rammer og det tværsektorielle samarbejde omkring patienten. Disse rammer har gennemgået en betydelig forandring de seneste årtier. Udviklingen på psykiatriområdet har over en længere årrække været karakteriseret ved nedlæggelse af sengepladser og kortere indlæggelsesforløb, hvilket har bidraget til en opgaveglidning fra behandlingspsykiatrien til den ambulante psykiatri og socialpsykiatrien (Mikkelsen et al., 2016). Dette indebærer, at flere patienter med komplekse psykiske og sociale problemstillinger i dag behandles ambulant og opholder sig i eget hjem eller på socialpædagogiske botilbud frem for på psykiatriske sengeafsnit. Dette tyder på, at frontlinjemedarbejdere i stigende grad får ansvar for at håndtere og reagere på potentielle risikosituationer i patienternes hverdagsliv på tværs af sektorer (Ibid.).

Vurderinger af risiko må derfor i højere grad foretages og håndteres i samarbejdet mellem forskellige aktører, som arbejder ud fra forskellige organisatoriske logikker, handlemuligheder og forståelser af behandling, ansvar og risiko (Brown & Gale, 2018). Risikovurderinger bliver som følge heraf både et spørgsmål om klinisk vurdering, og om tværsektoriel koordinering mellem aktører med forskellige perspektiver og handlemuligheder.

1.2 Ambulante retspsykiatriske forløb og tværsektorielt samarbejde

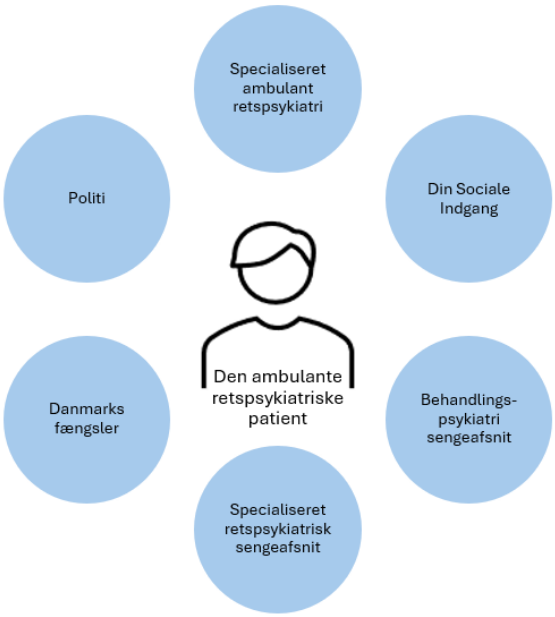
Ambulant retspsykiatri udgør et tværsektorielt praksisfelt, hvor behandling, kontrol og social støtte er fordelt mellem flere organisatoriske og professionelle aktører. De ambulante retspsykiatriske patienter er ofte karakteriseret ved høj bio-psyko-social kompleksitet, herunder dobbeltdiagnoser, sociale problemstillinger og tidligere kriminalitet (VIVE, 2025; VIVE, 2024; Møllerhøj et al., 2023). Forløbene involverer derfor en række forskellige aktører, herunder behandlingspsykiatrien, socialpædagogiske botilbud, Socialforvaltningen og Danmarks Fængsler. Dette stiller betydelige krav til koordinering og vidensdeling mellem de involverede instanser. Samtidig indebærer den høje kompleksitet i patientforløbene, at de involverede aktører løbende må foretage vurderinger af patienters behandlingsbehov og potentielle risiko for ny kriminalitet. Risikovurderinger bliver således en vigtig del af arbejdet i ambulante retspsykiatriske forløb.

I psykiatrien kan risikovurderinger føre til beslutninger om indlæggelse eller anvendelse af tvang jf. lovbekendtgørelse nr. 185 af 1. februar 2022 (herefter psykiatriloven) og lovbekendtgørelse nr. 275 den 12. marts 2025 (herefter sundhedsloven). Ifølge vejledningen om behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter med behandlingsdom eller dom til

ambulant psykiatrisk behandling, kan personer med en behandlingsdom *til enhver tid indlægges på psykiatrisk afdeling, såfremt den behandlingsansvarlige læge vurderer dette som nødvendigt* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025, s. 3).

I Socialforvaltningen kan indsatsen bestå af socialpædagogiske botilbud eller socialpædagogisk støtte i form af vejledning. Handlemulighederne er, modsat psykiatrien, begrænset af princippet om frivillighed jf. lovbekendtgørelse nr. 155 af 11. februar 2025 om social service (herefter serviceloven), hvilket indebærer, at frontlinjemedarbejdere i praksis har begrænsede handlemuligheder i situationer, der vurderes som risikofyldte, hvis patienten ikke samtykker til støtten. Hvis en beboer vurderes til fare for sig selv eller andre, vil medarbejdernes handlemuligheder være at kontakte psykiatrien eller politiet. Risiko forstås og håndteres derfor ikke nødvendigvis ens på tværs af sektorer. Dette kan skabe uenighed om, hvornår en situation vurderes som bekymrende, og hvilke handlinger der anses som nødvendige.

For at illustrere kompleksiteten i samarbejdet omkring ambulante retspsykiatriske patienter har vi udarbejdet model 1, som giver et forenklet overblik over de aktører og samarbejdsrelationer, der typisk indgår i sådanne forløb.



Model 1: Centrale samarbejdspartnere. Kilde: Specialegruppen

Modellen illustrerer både antallet af involverede aktører og hvordan risikovurderinger foregår i et komplekst samarbejdsfelt, hvor forskellige sektorer må koordinere og forhandle forståelser af risiko, ansvar og handlemuligheder. Samarbejdet er i høj grad kulturelt snarere end strukturelt og knytter sig til forskellige faglige forståelser af sygdom, behandling og risiko, ligesom traditioner for silotænkning og begrænset indsigt i hinandens organisatoriske vilkår kan vanskeliggøre forståelsen af de beslutninger, der foretages på tværs af sektorer (Mikkelsen et al., 2016).

På trods af den omfattende politiske og samfundsmæssige interesse for risikohåndtering i psykiatrien, findes der fortsat begrænset viden om, hvordan frontlinjemedarbejdere konkret vurderer, forhandler og legitimerer risiko i det daglige tværsektorielle samarbejde omkring ambulante retspsykiatriske patienter. Dette gør det relevant at undersøge, hvordan risikovurderinger formes i praksis mellem aktører med forskellige organisatoriske vilkår, handlemuligheder og forståelser af risiko, hvilket leder frem til specialets problemformulering.

1.3 Problemformulering

Med baggrund i ovenstående tager specialet udgangspunkt i følgende problemformulering:

> *Hvordan forhandles og legitimeres vurderinger af risiko blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan formes disse praksisser af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud?*

1.4 Afgrænsning

Fokus er rettet mod frontlinjemedarbejdere med direkte kontakt til ambulante retspsykiatriske patienter, der i deres daglige virke er involveret i vurderinger og beslutninger vedrørende risiko. De empiriske indsigter knytter sig til de organisatoriske og institutionelle rammer, der gør sig gældende i Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

Empirisk inddrager specialet medarbejdere fra almenpsykiatrien, ambulante retspsykiatriske teams og socialpædagogiske botilbud. Vi undersøger, hvordan disse aktører oplever, at risikovurderinger forhandles og legitimeres i samarbejdet omkring ambulante retspsykiatriske patienter. Specialet undersøger de samarbejds- og beslutningsprocesser, der udspiller sig mellem de involverede aktører.

Politiet er ikke inddraget som informanter i specialet, selvom de i praksis foretager risikovurderinger. Dette skyldes, at politiet typisk ikke deltager i de løbende tværsektorielle forhandlinger om risiko, som udgør specialets primære fokus. Politiets involvering sker oftest i situationer, hvor andre fagprofessionelle allerede har vurderet behov for indlæggelse i henhold til dom, og hvor politiets rolle primært vedrører håndtering af eventuel tvang i forbindelse med gennemførelsen.

Det var derudover intentionen at inddrage perspektiver fra Danmarks Fængsler, da denne aktør kunne have bidraget med relevante indsigter i arbejdet med risikovurderinger af retspsykiatriske patienter. På trods af planlagte interviews blev dette ikke muligt inden for specialets tidsmæssige ramme, og deres perspektiv er derfor ikke repræsenteret i analysen.

Specialet har ikke til formål at evaluere effekten eller validiteten af specifikke risikovurderingsredskaber. Fokus er derimod rettet mod, hvordan risikovurderinger i praksis forhandles, legitimeres og gives mening blandt frontlinjemedarbejdere i det daglige tværsektorielle arbejde omkring ambulante retspsykiatriske patienter.

1.5 Begrebsafklaring

I det følgende afklares de begreber, som anvendes gennemgående i specialet, med henblik på at præcisere, hvordan de forstås og afgrænses i specialets sammenhæng.

1.5.1 Risiko

Vi forstår *risiko* som fare for psykisk og fysisk vold mod andre, selvmord, selvskade, selvforsømmelse, victimisering, udeblivelse fra aftaler og behandling samt gentagende kriminalitet, og vi afgrænser vores vurdering til disse områder. *Risiko* ser vi som et dynamisk og situationsafhængigt forhold, der vedrører sandsynligheden for handlinger eller hændelser, som kan medføre vold for personen selv eller for andre.

1.5.2 Risikovurdering

Begrebet *risikovurdering* bruges til at belyse, hvordan frontlinjemedarbejdere på tværs af sektorer i ambulante retspsykiatriske forløb vurderer og begrunder risiko i deres daglige arbejde. *Risikovurdering* bruges til at undersøge, hvordan vurderinger af risiko og behandlingsbehov formes i samspillet mellem faglig viden, professionelle skøn og organisatoriske krav i tværsektorielle samarbejdsprocesser.

1.5.3 Frontlinjemedarbejdere

Begrebet *frontlinjemedarbejdere* anvendes om fagprofessionelle, der i deres daglige arbejde har direkte kontakt med målgruppen og samtidig indgår i vurderinger og beslutninger om indsats og behandling. I specialet bruges begrebet som samlebetegnelse for de udvalgte aktører fra psykiatrien, retspsykiatrien og Socialforvaltningen, som indgår i vurderinger af risiko i ambulante retspsykiatriske forløb.

1.5.4 Organisatoriske vilkår

Begrebet *organisatoriske vilkår* anvendes som en betegnelse for de juridiske rammer, gældende retningslinjer, organisatoriske kulturer samt indlejrede vaner og arbejdspraksisser.

1.5.5 Legitimitet

I specialet defineres legitimitet som den anerkendelse, der tillægges en handling, beslutning eller aktør i et givent felt, og som gør, at den fremstår som rigtig, gyldig og passende i den specifikke kontekst. Legitimitet forstås ikke som en iboende egenskab, men som noget, der produceres og opretholdes gennem aktørers gensidige anerkendelse af bestemte former for viden, positioner og handlemåder.

1.6 Litteratursøgning

Følgende redegør for den systematiske litteratursøgning, der blev gennemført med henblik på at identificere relevant forskning til specialet. Formålet var at skabe gennemsigtighed over for læseren omkring den proces, der lå til grund for udvælgelsen af litteratur, samt at synliggøre, hvordan vi opnåede kendskab til et område, der er præget af forskellige forskningstraditioner.

1.6.1 Systematisk søgestrategi

Specialets litteratursøgning tog udgangspunkt i en skabelon med inspiration fra Zins' (2000) principper for strukturerede søgestrategier (se bilag 1). Litteratursøgningen havde til formål at identificere relevant forskning med betydning for specialets problemfelt samt at afdække centrale vidensområder og forskningsmæssige positioner inden for risikovurdering, tværsektorielt samarbejde og ambulant retspsykiatri. Søgningen bidrog til at afklare specialets analytiske fokus og placering i den eksisterende forskning.

Vi benyttede en systematisk søgestrategi i databaserne *Scopus*, *Web of Science* og *CINAHL*. Databaserne blev udvalgt for at sikre bred dækning af både sundhed- og samfundsvidenskabelig litteratur, da forskningen omkring ambulant retspsykiatri og tværsektorielt samarbejde befinder sig i krydsfeltet mellem flere områder. Søgningen blev gennemført den 17.02.26 og blev afgrænset til peer-reviewed artikler publiceret i perioden 2000 til 2026. Den brede tidsmæssige afgrænsning skyldes, at der findes begrænset forskning på området, hvorfor det blev vurderet relevant at inddrage litteratur fra en længere årrække for at sikre et tilstrækkeligt forskningsgrundlag (Danneris & Monrad, 2018).

Søgningen blev struktureret omkring tematiske søgeblokke, der afspejlede relevante dimensioner i problemformuleringen som *retspsykiatrisk kontekst* ("forensic mental health" OR "forensic psychiatry"), *risikovurdering* ("risk assessment" OR "risk management" OR "violence risk" OR "risk" OR "risk decision*"), *ambulant praksis* ("community" OR "outpatient*"), *tværsektorielt samarbejde* ("interagency collaboration" OR "intersectoral collaboration" OR "multi-agency") samt en *beslutnings- og praksisdimension* ("decision making" OR "discretion" OR "negotiation" OR "legitimacy" OR "accountability" OR "responsibility"). Søgeordene inden for hver blok blev kombineret med OR, mens blokkene blev kombineret med AND. Søgningerne blev tilpasset den enkelte databases søgesyntaks og indekseringsstruktur (se bilag 1). De boolske operatorer blev brugt for at indsnævre resultaterne og for at sikre, at de anvendte søgeord stemte overens med emnerne i de fundne resultater (Danneris & Monrad, 2018).

Screening- og udvælgelsesprocessen tog udgangspunkt i en række inklusions- og eksklusionskriterier med henblik på at afgrænse litteraturen til studier med relevans for specialets problemfelt. Inkluderet blev empiriske og teoretiske studier med fokus på risikovurdering i voksenpsykiatri eller retspsykiatri, tværsektorielt samarbejde samt beslutningsprocesser og organisatoriske vilkår. Ekskluderet blev studier om børn og unge, medmindre der var tydelig overførselsværdi i forbindelse med emner om tværsektorielt samarbejde og risikovurderinger. Studier, der udelukkende fokuserede på indlagte patienter, blev ligeledes fravalgt, da specialet er forankret i ambulante forløb. Kriterierne blev anvendt for at sikre, at de udvalgte studier direkte bidrog til at udvide forståelsen af risikovurdering i ambulante og tværsektorielle sammenhænge.

Nedenfor præsenteres oversigten over de anvendte kriterier, der har været styrende for vores udvælgelse af litteratur til specialet.

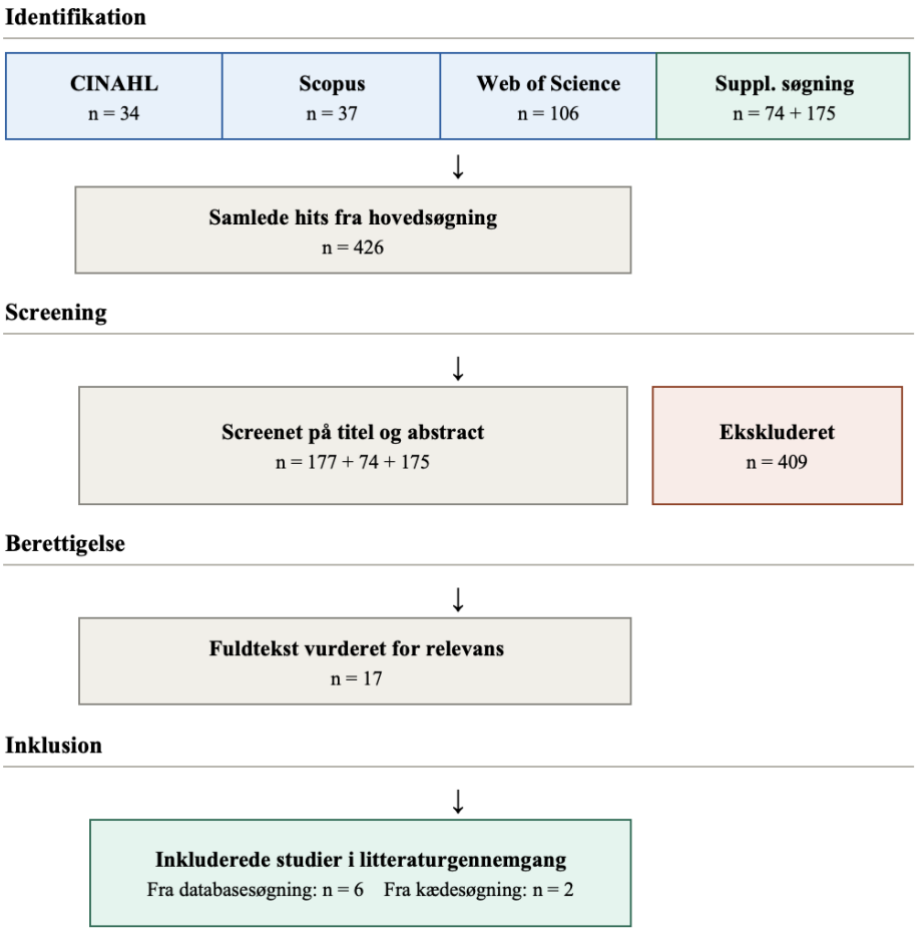
Inklusionskriterier	• Studier om risikovurdering i voksenpsykiatri eller retspsykiatri • Studier fra 2000 til 2026 • Studier om samarbejde mellem sektorer • Studier med fokus på praksis eller beslutningsprocesser
Eksklusionskriterier	• Valideringsstudier af risikoinstrumenter • Kvantitative prædiktionsstudier • Studier fra før 2000 • Studier udelukkende om indlagte patienter • Studier om børn/unge medmindre der er klare overførelsesværdier

Model 2: Inklusions- og eksklusionskriterier. Kilde: Specialegruppen

Hovedsøgningerne resulterede samlet i 177 hits, hvor *CINAHL* gav 34 hits, *Scopus* gav 37 hits og *Web of Science* gav 106 hits. Resultaterne fra de tre databaser blev sammenlagt, og dubletter blev fjernet. Herefter blev alle hits screenet på titel og abstract med henblik på at vurdere relevans i forhold til problemformuleringen (jf. bilag 1).

For at undgå en for snæver retspsykiatrisk afgrænsning gennemførte vi supplerende søgninger i *Scopus*. Én søgning fokuserede på *deliberation* og *kollektiv beslutningstagning* og kombinerede *risk* med begreber som "deliberation*"*, "collective decision*", "team decision*", "professional judgement", "discretion" og "case conference" i en retspsykiatrisk kontekst. Denne søgning resulterede i 74 hits, hvoraf 13 abstracts blev gennemlæst og 3 artikler blev udvalgt til fuldtekstgennemlæsning. En yderligere bredere søgning kombinerede "risk" med "multi-agency" eller "interagency" samt "mental health", "probation" eller "criminal justice" og identificerede 175 hits. Her blev samtlige titler screenet, 33 abstracts gennemlæst og 6 artikler udvalgt til fuldtekstgennemlæsning.

Derudover har vi anvendt kædesøgning gennem *Google Scholar* for at identificere yderligere relevante studier gennem referencelister i relevante publikationer (Danneris & Monrad, 2018). Denne metode blev anvendt for at sikre, at vi ikke overså litteratur, som ikke fremkom i de strukturerede databasesøgninger, og for at afdække alternative begrebslige indgange til risikovurdering, beslutningsprocesser og tværsektorielt samarbejde. For at skabe et visuelt overblik over søge- og udvælgelsesprocessen har vi udarbejdet model 3.



Model 3: Oversigt over søge- og udvælgelsesprocessen. Kilde: Specialegruppen

De supplerende søgninger bekræftede, at der eksisterer forskning om risikovurdering og tværsektorielt samarbejde, men at disse vidensområder i høj grad udvikler sig parallelt. Ét vidensområde fokuserer primært på udvikling og validering af strukturerede kliniske risikovurderingsredskaber, mens et andet vidensområde undersøger organisatoriske styringsformer, governance og juridiske rammer. Endelig findes forskning om frontlinjepraksis med fokus på professionelle vurderinger, samarbejde og beslutningsprocesser, mens sammenhængen mellem disse dimensioner kun i begrænset omfang undersøges.

Den samlede litteratursøgning viser således, at forskningen i risikovurdering af ambulante retspsykiatriske patienter fremstår fragmenteret og bygger på forskellige traditioner med varierende begreber og metodiske tilgange. Vidensområderne fremstår i høj grad adskilte og der mangler særligt forskning, som undersøger samspillet mellem kliniske risikovurderinger, organisatoriske vilkår og tværsektorielle samarbejder i ambulante retspsykiatriske forløb.

Specialet placerer sig i dette krydsfelt ved at undersøge, hvordan risikovurderinger formes, forhandles og legitimeres i praksis mellem aktører med forskellige organisatoriske logikker og handlemuligheder. Specialets bidrag er derfor ikke at udvikle nye kliniske risikovurderingsredskaber, men at skabe indsigt i, hvordan risikovurderinger formes, forhandles og legitimeres i praksis i et tværsektorielt samarbejdsfelt.

På baggrund af den samlede søgestrategi identificerede vi tre centrale vidensområder inden for forskningen om risikovurdering. Det første vidensområde fokuserer på *risiko som teknisk vurdering*, det andet på *risiko som organisatorisk styringsrationalitet*, mens det tredje undersøger *risiko som forhandlet frontlinjepraksis*. De udvalgte artikler belyser tilsammen forskellige perspektiver på risikovurdering, risikologikker og professionelle praksisser i retspsykiatriske og andre organisatoriske kontekster. Model 4 illustrerer de identificerede vidensområder og de artikler, der er udvalgt inden for hvert område.

Vidensområde	**Artikler**
Risiko som teknisk vurdering	- Perkins D, Hughes S. (2021). *Forensic Mental Health Assessments.* In: Brown JM, Horvath MAH, eds. The Cambridge Handbook of Forensic Psychology. Cambridge Handbooks in Psychology, 388-417. - Davoren, M., & Kennedy, H. (2024). *Expertise, structured professional judgement and risk assessment.* Seminars in forensic psychiatry, 141-175.
Risiko som organisatorisk styringsrationalitet	- Lippi, M., et. Al. (2025). *Psychiatric Risk Governance Across Jurisdictions: A Comparative Analysis of Involuntary Treatment, Community Treatment Orders, and Forensic Mental Health Services*. Healthcare (Basel), 13(18), 2363. - Borch, C. (2005*). Crime Prevention as Totalitarian Biopolitics.* Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 6(2), 91–105. - Monson, T. A. (2020). *Risk Attitudes within "Complex Youth" Assessment and Decision Making: Professional Perspectives.* Child Care in Practice: Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child Care Practice, 26(2), 210–222. - Sawyer, A.-M. (2009). *Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline.* Australian Social Work, 62(4), Article 917547495.
Risiko som forhandlet frontlinjepraksis	- Lennox, C., Mason, J., McDonnell, S., Shaw, J., & Senior, J. (2012). *Information sharing between the National Health Service and criminal justice system in the United Kingdom.* Journal of Forensic Nursing, 8(3), 131–137. - Brown, P., & Gale, N. (2018*). Theorising Risk Work: Analysing Professionals' Lifeworlds and Practices*. Professions and Professionalism, 8(1), Article e1988.

Model 4: udvalgte artikler. Kilde: Specialegruppen

1.7 Litteraturgennemgang

I det følgende gennemgås udvalgt litteratur om forskellige forståelser af risikovurdering på tværs af organisatoriske kontekster. Gennemgangen tager udgangspunkt i tre udvalgte vidensområder, der blev identificeret gennem den systematiske litteratursøgning: *risiko som teknisk vurdering*, *risiko som organisatorisk styringsrationalitet* og *risiko som forhandlet frontlinjepraksis.*

1.7.1 Risiko som teknisk vurdering

I det første vidensområde omfatter to studier der forstår risikovurdering som en struktureret professionel praksis baseret på systematiserede redskaber og fagligt skøn. Inden for dette vidensområde undersøges særligt, hvordan risiko kan vurderes mere systematisk, transparent og evidensbaseret gennem anvendelsen af strukturerede vurderingsredskaber.

Davoren og Kennedy (2024) samt Perkins og Hughes (2021) bidrager begge til denne forståelse, men med forskellige tyngdepunkter. Mens Davoren og Kennedy retter blikket mod selve redskabernes udvikling og beskriver fremvæksten af Structured Professional Judgement (herefter SPJ) som et skifte fra ustrukturerede kliniske vurderinger mod mere systematiserede og transparente risikovurderinger, fokuserer Perkins og Hughes på de fortolkende og kommunikative dimensioner af risikoarbejdet. Davoren og Kennedy (2024) argumenterer for, at risikovurdering hverken kan baseres udelukkende på klinisk intuition eller aktuarmæssige scoringsmodeller, men må forstås som en kombination af strukturerede redskaber og professionelt skøn, og fremhæver SPJ-redskaber som værdiskabende, fordi de skaber systematik, dokumentation og gennemsigtighed i vurderingen af risiko. Perkins og Hughes (2021) supplerer dette ved at understrege, at risikovurderinger trods systematisering fortsat afhænger af professionelle fortolkninger og organisatoriske kontekster, og at effektiv kommunikation mellem aktører forudsætter et fælles fagligt sprog, så risikoniveauer tolkes ensartet på tværs af organisatoriske skel.

På tværs af litteraturen kan risikovurdering ses som en praksis, der søger at skabe systematik og transparens, men som samtidig er præget af vedvarende usikkerhed. Risiko forstås her som noget, der i videst muligt omfang kan identificeres og håndteres gennem faglige redskaber, fælles sprog og professionel ekspertise. Vidensområdet bidrager til en forståelse af risikovurdering som en hybrid praksis, hvor strukturerede vurderingsredskaber og professionelt skøn integreres i vurderingen af patienter i retspsykiatrien. Samtidig retter litteraturen kun i

begrænset omfang opmærksomhed mod, hvordan organisatoriske forhold og magtrelationer påvirker risikovurderinger i praksis.

1.7.2 Risiko som organisatorisk styringsrationalitet

Det andet vidensområde omfatter fire studier, der belyser risiko som organisatorisk og styringsmæssig praksis. Inden for dette vidensområde forstås risikovurdering som noget, der konstrueres af risikologikker, styringsformer, dokumentationskrav og organisatoriske rammer. Fokus forskydes fra risiko som individuel klinisk vurdering til risiko som en del af bredere organisatoriske og samfundsmæssige styringsprocesser.

Monson (2020), Borch (2005), Sawyer (2009) og Lippi et al. (2025) belyser tilsammen, hvordan risiko forankres af organisatoriske rammer, men de griber spørgsmålet an fra forskellige analytiske vinkler. Monson (2020) retter blikket mod frontlinjemedarbejdernes egen forhandling af risiko og viser, hvordan de strategisk kan eskalere risikoniveauet for at legitimere interventioner, eller anvende strategien *deflection*, hvor risiko bruges til at forskyde eller afvise ansvar mellem forskellige organisationer. Hvor Monson betoner medarbejdernes aktive handlerum, anlægger Borch (2005) et mere kritisk samfundsteoretisk perspektiv og argumenterer for, at moderne risikoarbejde udvikler sig til en potentielt grænseløs forebyggelsespraksis, hvor fremtidige potentielle hændelser i stigende grad bliver styrende for professionelle handlinger og institutionelle beslutninger. Borch beskriver kriminalitetsforebyggelse som en form for totalitær biopolitik, hvor fokus forskydes fra konkrete farlige individer til abstrakte risikofaktorer og sandsynligheder (Ibid.).

Sawyer (2009) kan supplere dette perspektiv ved at vende blikket indad mod organisationen og undersøge, hvordan krav om dokumentation og ansvarlighed indskrænker frontlinjemedarbejderes handlerum. Hvor Monson (2020) ser strategisk forhandling, og Borch (2005) ser en grænseløs forebyggelseslogik, viser Sawyer (2009), hvordan risikostyring i praksis skaber defensive praksisser præget af usikkerhed omkring ansvarsplacering, hvor komplekse og relationelle problemstillinger reduceres til standardiserede kategorier og afkrydsningsfelter. Fokus forskydes derved fra det relationelle og faglige arbejde til dokumentation af, at procedurer er fulgt korrekt. Lippi et al. (2025) adskiller sig fra de tre øvrige ved specifikt at undersøge risikovurdering i en konkret retspsykiatrisk kontekst. Artiklen illustrerer, hvordan risiko institutionaliseres gennem lovgivning, organisatoriske strukturer og styringsformer. Frem for at betragte risiko som et rent klinisk vurderingsspørgsmål analyseres

den som et styringsanliggende, hvor juridiske mekanismer, tilsynsorganer og behandlingssystemer tilsammen former håndteringen af patienter med høj risiko for vold.

I den udvalgte forskning tegner der sig et billede af risiko som noget, der er tæt knyttet til organisatorisk styring, ansvar og risikologikker. Risiko fremstår som en styringsmekanisme, der former professionelle prioriteringer, handlemuligheder og samarbejdsrelationer. Fælles for dette vidensområde er en forståelse af risikovurdering som noget, der produceres og legitimeres gennem organisatoriske krav, dokumentationspraksisser og organisatoriske rammer. Samtidig undersøger litteraturen kun i begrænset omfang, hvordan disse styringsformer konkret forhandles i frontlinjepraksis mellem forskellige sektorer og professionelle aktører.

1.7.3 Risiko som forhandlet frontlinjepraksis

Inden for det tredje vidensområde forstår de to udvalgte artikler risikovurdering som en situeret og forhandlet frontlinjepraksis, hvor vurderinger produceres og legitimeres gennem relationer, samarbejde og løbende forhandlinger mellem professionelle aktører. Fokus forskydes fra risiko som enten teknisk vurdering eller organisatorisk styringsredskab til de konkrete processer, hvor vurderinger opstår i praksis mellem forskellige sektorer og fagligheder.

Brown og Gale (2018) og Lennox et al. (2012) belyser denne forhandlingspraksis fra forskellige vinkler. Brown og Gale anlægger et bredt sundheds- og socialfagligt perspektiv på risikoarbejde gennem begrebet *risk work*, hvor de beskriver, hvordan professionelle kontinuerligt må navigere mellem organisatoriske krav, usikkerhed og relationer til beboere og patienter, og hvordan forskellige risikologikker løbende påvirker vurderinger og handlinger i praksis. Risikovurdering fungerer som en logik, der former beslutninger, kommunikation og faglige identiteter. Med afsæt i tværsektorielt samarbejde i komplekse velfærdsforløb viser de, hvordan forskellige professionelle logikker og organisatoriske positioner påvirker samarbejde, vidensdeling og beslutningsprocesser. De antyder, at risiko må forstås som en relationel praksis, og at professionelles identiteter og værdier ikke er faste størrelser, men løbende forhandles og genforhandles i takt med, at risikologikker forankres i organisationerne.

Hvor Brown og Gale primært belyser risikoarbejde som en generel risikologik på tværs af velfærdsorganisationer, retter Lennox et al. (2012) blikket mod de specifikke spændinger, der opstår i overgangen mellem psykiatrisk indlæggelse og ambulant behandling. De viser, hvordan denne overgang har øget behovet for tværsektorielt samarbejde, men samtidig skabt nye risikozoner, særligt i forbindelse med udskrivelse fra indlæggelse. Lennox et al. fremhæver,

hvordan risikovurderinger produceres gennem tværprofessionelle relationer og organisatoriske vilkår, og hvordan samarbejdet ofte præges af spændinger mellem forskellige forståelser af ansvar, behandling og sikkerhed.

Hvor Brown og Gale fokuserer på risikoarbejdets generelle karakter, går Lennox et al. tættere på legitimeringsdimensionen og viser, hvordan beslutninger om at dele eller tilbageholde information i høj grad legitimeres af organisatorisk usikkerhed og en kultur præget af frygt for fejl og sanktioner. I fraværet af klar ledelsesmæssig opbakning og tydelige retningslinjer begrundes tilbageholdelse af information ofte med henvisning til jura og etik, også når dette potentielt kan øge den samlede risiko.

Det tredje vidensområde bidrager til en forståelse af risikovurdering som noget, der produceres og legitimeres gennem konkrete samarbejds- og forhandlingsprocesser mellem aktører med forskellige faglige perspektiver og organisatoriske positioner. Samtidig retter litteraturen kun i begrænset omfang opmærksomhed mod, hvordan disse forhandlinger former sig i ambulante retspsykiatriske forløb, hvor patienter med komplekse problemstillinger håndteres på tværs af psykiatri, retspsykiatri og socialpædagogiske tilbud.

På baggrund af denne forskningsmæssige positionering retter specialet i det følgende fokus mod de metodologiske valg og det forskningsdesign, der danner grundlag for undersøgelsen af risikovurderinger i ambulante retspsykiatriske forløb.

Kapitel 2: Metodologisk tilgang og forskningsdesign

I kapitel to præsenteres specialets metodologiske udgangspunkt og det anvendte forskningsdesign. Kapitlet redegør for den tilgang, der danner grundlaget for specialets empiriske arbejde, samt for de metoder, der konkret anvendes i specialet.

Derudover præsenteres undersøgelsesdesignet, overvejelser i forbindelse med adgangen til feltet, forskningsetiske hensyn samt de anvendte datakilder. Kapitlet har til formål at tydeliggøre, hvordan specialet er blevet tilrettelagt og gennemført med henblik på at besvare følgende problemformulering: *Hvordan forhandles og legitimeres vurderinger af risiko blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan formes disse praksisser af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud?*

2.1 Positionering

I dette speciale tager vi udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk tilgang. Socialkonstruktivismen sigter ikke mod at afdække en objektiv sandhed, og heller ikke kortlægge informanternes subjektive perspektiver som faste størrelser. I stedet fokuserer vi på hvordan virkeligheden og viden konstrueres gennem sociale processer, herunder gennem sproget og den måde de kommunikerer i det fælles rum (Berger & Luckmann, 1972).

Dette er i tråd med specialets undersøgelsesfelt, da vi forstår risikovurdering som et socialt konstrueret fænomen, der opstår gennem måderne, hvorpå informanterne fortolker, forhandler og sprogligt fremstiller deres erfaringer. Derfor anskuer vi også risikovurdering som noget der løbende kan reproduceres i den sociale sammenhæng.

Viden forstås som socialt konstrueret og opstår i samspillet mellem os som undersøgere og vores informanter, hvor diskurser og sociale kontekster former den måde, viden produceres på. Sandhed opfattes derfor ikke som neutral eller universel, men som tæt knyttet til magt og sociale relationer. De dominerende diskurser bidrager til at definere, hvilke forståelser der fremstår som legitime og gyldige, mens andre perspektiver kan marginaliseres eller tillægges mindre værdi (Ibid.).

Dette perspektiv er relevant i vores undersøgelse af, hvordan risikovurderinger forhandles og legitimeres. Her indgår aktører fra forskellige sektorer med forskellige erfaringer,

organisatoriske vilkår og handlemuligheder. I de ambulante retspsykiatriske forløb har psykiatrien det formelle behandlingsansvar, men samtidig kan de være afhængige af andre sektorer, som i praksis befinder sig tættere på situationer, hvor risikoen opstår. Dette skaber et felt, hvor forståelser af risiko og vurderinger heraf løbende konstrueres gennem sociale relationer, diskurser og organisatoriske kontekster, som samtidig former, hvilken viden der fremstår legitim.

Flere af vores informanter henviser til lovgivning eller retningslinjer som autoritative sandheder, hvilket kan positionere bestemte forståelser af risiko som mere legitime end andre. Samtidig påvirker vores spørgsmål og position som undersøgere, hvilke aspekter der fremhæves eller nedtones i interviewene, hvilket understreger, at viden i vores speciale produceres i en relationel og magtmæssig kontekst. Den socialkonstruktivistiske ontologi indebærer, at risikovurdering ikke er objektiv, men derimod formes af historiske og kulturelle kontekster (Ibid.). Det betyder, at forståelser af risiko ikke er statiske, men foranderlige og afhængige af tid og kontekst. Denne ontologiske position rejser samtidig spørgsmålet om, hvordan vi som undersøgere fortolker og forstår de meningsdannelser, der kommer til udtryk i empirien, hvilket leder videre til specialets hermeneutiske tilgang.

2.1.1 Hermeneutisk tilgang til fortolkning

Selvom dette speciale tager udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk ontologi, har vi valgt at inddrage den filosofiske hermeneutik som er udfoldet af Gadamer (2004). Socialkonstruktivismen danner rammen for, hvordan vi forstår virkeligheden (Berger & Luckmann, 1972), mens hermeneutikken bidrager som redskab til at fortolke det empiriske materiale (Gadamer, 2004). Kombinationen af disse muliggør en undersøgelse af, hvordan mening konstrueres i praksis, samtidig med at der tages højde for vores aktive rolle i fortolkningsprocessen.

Inden for hermeneutikken forstås forforståelser som en grundlæggende forudsætning for at kunne fortolke verden. Forforståelser kan ikke tilsidesættes, men fungerer som et udgangspunkt, hvorigennem vi skaber mening (Ibid.). Samtidig udvikles og nuanceres de løbende gennem mødet med ny viden og nye erfaringer. Dette kom i specialet til udtryk ved, at vores eksisterende praksiserfaring fra både den ambulante retspsykiatri og Socialforvaltningen påvirkede både vores spørgsmål og den efterfølgende analyse. Samtidig blev vores

forforståelser udfordret gennem interviewene og ændrede sig løbende i takt med arbejdet med empirien.

Den hermeneutiske tilgang kom eksempelvis til udtryk i interviewsituationen, hvor vi aktivt bragte vores forforståelser ind i dialogen med informanterne. I flere interviews tog vi udgangspunkt i en antagelse om, at medarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb ofte arbejder alene med patienterne, og at dette kunne påvirke deres risikovurderinger. Ved at introducere denne forforståelse gav vi informanterne mulighed for at bekræfte, afvise eller nuancere vores antagelser. Vores forforståelser blev af den grund en aktiv del af selve vidensproduktionen.

Dette blev særligt tydeligt i fokusgruppeinterviewet, hvor informanterne løbende udfordrede og nuancerede hinandens perspektiver. Her påpegede en psykolog blandt andet, at en læges forståelse af risikohåndtering var præget af tidligere erfaringer fra akutmodtagelsen, hvilket synliggjorde, hvordan faglige erfaringer og organisatoriske positioner påvirker risikovurderingerne. Fokusgruppen viste samtidig, hvordan forskellige medarbejdere kunne forstå den samme situation forskelligt. Nogle vurderede en patients adfærd som potentielt farlig, mens andre opfattede den som habituelt og ikke nødvendigvis bekymrende.

Den hermeneutiske cirkel kommer til udtryk ved, at forståelsen løbende udvikles i vekselvirkningen mellem del og helhed (Ibid.). Udvalgte udsagn blev fortolket i relation til den samlede kontekst, mens vores samlede forståelse samtidig ændrede sig gennem arbejdet med de enkelte interviews og observationer. På denne måde blev både litteratur, interviews og vores egne erfaringer gensidigt medskabende for den forståelse, vi udviklede gennem specialeprocessen.

Dette kom blandt andet til udtryk ved, at vi indledningsvist havde en forforståelse af, at adgang til indlæggelse primært beroede på fagligt stærke argumenter og kliniske vurderinger. Interviewene viste imidlertid, at sociale relationer, kulturelle forståelser og eksisterende netværk mellem aktører på tværs af sektorer kunne få betydning for, hvorvidt patienter lettere fik adgang til indlæggelse. Informanterne beskrev, hvordan samarbejdet kunne opleves mere smidigt, når bestemte fagpersoner kendte hinanden på forhånd, mens det kunne være vanskeligere at skabe lydhørhed i situationer uden etablerede relationer. Disse indsigter udfordrede vores oprindelige forforståelser og bidrog til en ændret forståelse af, hvordan

organisatoriske relationer og positioner kan påvirke risikovurderinger og handlemuligheder i praksis.

2.2 Kombinationen af individuelle interviews og fokusgruppe

For at undersøge, hvordan vurderinger af risiko forhandles og legitimeres blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan disse praksisser formes af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud, anvendte vi en kombination af 6 individuelle interviews og et efterfølgende fokusgruppeinterview.

Vi valgte at gennemføre de individuelle interviews først med henblik på at indfange informanternes egne forståelser, erfaringer og vurderinger uden påvirkning fra andre. Ved at starte med individuelle interviews skabte der således et analytisk grundlag for senere, gennem et fokusgruppeinterview, at undersøge, hvorvidt og hvordan disse forståelser ændres eller udfordres i en kollektiv kontekst.

Indledningsvist var det vores intention, at de samme informanter skulle deltage i både de individuelle interviews og fokusgruppen. Det viste sig imidlertid ikke muligt af logistiske årsager, da ikke alle havde mulighed for at deltage på samme tidspunkt. Som følge heraf deltog nogle informanter i begge interviewformer, mens andre deltagere i fokusgruppen var nye informanter. Den asymmetriske deltagelse betyder, at vi ikke direkte kan sammenligne, hvordan den enkelte informants forståelse ændrer sig fra individuelt interview til kollektiv kontekst. I stedet anvender vi de to formater som komplementære indgange, hvor de individuelle interviews belyser informanternes egne forståelser, mens fokusgruppen synliggør, hvordan risikovurderinger forhandles og legitimeres mellem aktører på tværs af sektorer.

Det viste sig fordelagtigt, at vi havde gennemført individuelle interviews forud for fokusgruppen, da dette gav mulighed for at italesætte udfordringer i samarbejdet i en fælles kontekst, særligt når informanterne havde vanskeligt ved selv at formulere dem. Vi fik derfor også muligheden i fokusgruppen for som undersøgere at kunne introducere og nuancere flere af problematikkerne i fokusgruppen på en måde, der kunne understøtte deres fælles refleksion.

Vi valgte en semistruktureret interviewform i begge interviewtyper som tog udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2015) guide om semistruktureret interview. Denne tilgang sikrede, at vi kunne fastholde fokus på centrale temaer fra vores problemformulering, samtidig med at der er

fleksibilitet til at følge op på nye og uforudsete perspektiver, som informanterne bragte ind. I de individuelle interviews var vi i højere grad aktivt deltagende, da interaktionen primært foregik mellem os og informanten. I fokusgruppeinterviewet indtog vi derimod en mere faciliterende rolle, hvor vi i højere grad trak os tilbage for at give plads til dialogen mellem informanterne. Samtidig bevarede vi muligheden for at intervenere og strukturere samtalen, hvis vigtige temaer ikke blev berørt.

Et eksempel på denne semistrukturerede tilgang ses i vores brug af åbne og opfølgende spørgsmål. I de individuelle interviews spørger vi eksempelvis: *Kan du beskrive en situation fra dit arbejde, hvor vurderingen af risiko var særlig vanskelig?* Dette giver informanten mulighed for frit at udfolde egne erfaringer. I fokusgruppeinterviewet anvender vi derimod spørgsmål, der fremmer interaktion, såsom: *Er I enige?* og *Hvordan ville I løse den uenighed?*, hvilket understøttede en direkte forhandling mellem informanterne. Denne kombination af struktur og fleksibilitet gør det muligt både at indsamle dybdegående individuelle erfaringer og samtidig analysere de sociale processer, hvorigennem risikovurderinger forhandles og legitimeres i praksis. Den semistrukturerede tilgang udfoldes i praksis gennem anvendelsen af en vignette i fokusgruppen, som i det følgende præsenteres.

2.2.1 Vignet som analytisk greb i fokusgruppen

Vi har valgt at anvende en vignette i fokusgruppeinterviewet med henblik på at skabe et fælles afsæt, hvor informanterne kan forhandle og diskutere konkrete risikovurderinger. Anvendelsen af en vignette kan bidrage til at synliggøre tavs viden, professionelle skøn og underliggende faglige normer, samtidig med at informanterne får mulighed for at udfolde og nuancere deres refleksioner over komplekse problemstillinger (Ejrnæs & Monrad, 2012). Vignetten er konstrueret på baggrund af forskellige praksiserfaringer og er efterfølgende blevet valideret af fagprofessionelle fra de relevante sektorer, som ikke indgår som informanter i specialet. Formålet med denne validering har været at sikre, at vignetten fremstår genkendelig og meningsfuld i en praksiskontekst. Vignetten kan forstås som en praksisforankret konstruktion, hvor det fiktive element er begrænset, da den er udviklet og kvalificeret i samspil med erfaringer fra praksis (Ibid.).

Vignetten omhandler en 32-årig mand med behandlingsdom og skizofrenidiagnose, der bor på et socialpædagogisk botilbud. Første del beskriver en begyndende forværring, hvor personalet vurderer hans adfærd forskelligt, og anden del introducerer en yderligere eskalering, der

aktualiserer behovet for et tværsektorielt møde. Vignetten blev både udleveret til informanterne inden interviewets begyndelse og læst op i dele under fokusgruppen. Den fulde vignet præsenteres i bilag 2.

I praksis viste det sig, at informanterne allerede i deres drøftelser af første del af vignetten begyndte at inddrage perspektiver og overvejelser, som relaterede sig til den efterfølgende del. Vi oplevede, at den planlagte opdeling ikke i samme grad var nødvendig. Vi kunne i højere grad have udnyttet den semistrukturerede tilgang ved at følge informanternes egne spor og lade dialogen udvikle sig mere fleksibelt frem for at fastholde den planlagte struktur.

2.2.2 Adgang til feltet og gatekeeperens rolle

Informanterne er rekrutteret gennem et af gruppemedlemmernes professionelle virke som psykiatrisk sygeplejerske i et retspsykiatrisk ambulatorium i Region Hovedstaden. Selvom gruppemedlemmet ikke kendte alle informanter på forhånd, fungerede hun som gatekeeper i specialet ved at skabe adgang til feltet og formidle kontakt til relevante informanter. En gatekeeper forstås som en person, der gennem sin position eller tilknytning til feltet muliggør adgang til bestemte miljøer, relationer eller deltagere i forskningsprocessen (Monrad, 2018).

Vi har reflekteret over gatekeeperens rolle, da der er risiko for, at resultaterne kan blive farvet af vedkommendes kendskab til informanterne. Det indebærer en risiko for at visse perspektiver i feltet kan være underbelyst, mens andre fremhæves (Ibid.). Det er samtidig en fordel, at gatekeeperen kender nogle af informanterne og kan udvælge deltagere, som har stor erfaring fra praksis og har givet udtryk for, at de ønsker at diskutere deres erfaringer.

Vi er bevidste om, at både gatekeeperen og de øvrige informanter har egne forforståelser, som naturligt kan præge interaktionen og de svar, der gives. Disse forforståelser er, i tråd med hermeneutikken, ikke noget, vi søger at eliminere, men snarere noget, vi ønsker at sætte i spil, da de bidrager til diskussion og refleksion over emnet. Samtidig viser erfaringen gennem processen, at desto flere vi har været til stede i interviewsituationer, desto større mulighed er der for at udfordre disse forforståelser.

I praksis var det ikke muligt, at alle tre gruppemedlemmer deltog i samtlige interviews, hvorfor nogle blev gennemført med to medlemmer og et enkelt med kun én. Dette viste sig at have betydning for datagenereringen, da det var mere udfordrende at være alene om at stille opfølgende spørgsmål og fastholde nuancer i samtalen. Med flere undersøgere til stede kunne

vi gensidigt udfordre og supplere hinandens fortolkninger undervejs i interviewet, hvilket åbnede for, at andre forforståelser end den enkeltes kunne komme i spil i mødet med informanterne.

Alle tre gruppemedlemmer var til stede under fokusgruppeinterviewet, hvilket styrkede muligheden for at supplere hinanden og understøtte en mere nuanceret og dynamisk dialog. Gatekeeperen var til stede under samtlige interviews, da vi vurderede, at dette kunne bidrage til informanternes tryghed og åbenhed i interviewsituationen. Samtidig havde gruppemedlemmet som var gatekeeper med størst praksiserfaring mulighed for aktivt at bringe relevante erfaringer og kontekst ind i dialogen. Dette kom eksempelvis til udtryk i situationer, hvor informanterne beskrev samarbejdet som uproblematisk, hvorefter gatekeeperen kunne nuancere udsagnet ved at inddrage konkrete hændelser eller samarbejdssituationer. Erfaringerne blev på den måde et aktivt redskab i produktionen af empirisk viden. På den anden side kan gatekeeperens erfaringer også farve informanternes svar og styre samtalen i bestemte retninger på måder, vi ikke nødvendigvis selv var bevidste om.

Uden vores gatekeeper havde vi været nødt til at kontakte hovednumrene i de relevante sektorer og bruge tid på at blive henvist videre til de rigtige informanter. Denne tilgang ville medføre, at vi mistede noget kontrol over, hvilke deltagere der var relevante for vores speciale, da udvælgelsen skulle passere gennem flere led. På den ene side kunne dette have været en fordel, da vi muligvis ville have fundet informanter med andre perspektiver. På den anden side vurderede vi, at vi bedst kunne bruge vores adgang i udvælgelsen af informanterne og sikre, at deltagerne havde relevante erfaringer for vores projekt, ved at anvende gatekeeperen direkte.

2.2.3 Præsentation af informanter

Under de individuelle interviews deltog seks informanter med erfaring fra henholdsvis almen psykiatri, ambulant retspsykiatri og socialpædagogiske botilbud, hvilket bidrog med forskellige faglige og organisatoriske perspektiver på arbejdet med risikovurdering i ambulante retspsykiatriske forløb. Fra almenpsykiatri deltog en læge med 7 års erfaring fra psykiatrien. Fra retspsykiatrien deltog en psykiatrisk sygeplejerske med 43 års erfaring inden for psykiatri, heraf 6 år i ambulant retspsykiatri. Derudover deltog en psykolog med 9 års erfaring med retspsykiatriske patienter, heraf 7 år på retspsykiatrisk sengeafsnit og 2 år i ambulant regi fordelt på to retspsykiatriske ambulatorium. Yderligere deltog en overlæge med 11 års erfaring inden

for psykiatri, heraf 9 år fra akutmodtagelsen og de seneste 2 år fra et retspsykiatrisk ambulatorium.

De socialpædagogiske botilbud blev repræsenteret af to pædagoger ansat på to forskellige botilbud, som begge havde mange års erfaring med målgruppen. Den ene pædagog havde 9 års erfaring med målgruppen, heraf 7 år på et offentligt botilbud. Den anden pædagog havde samlet 20 års erfaring med målgruppen, heraf 13 år som forstander på et privat botilbud.

Fokusgruppeinterviewet omfattede fem informanter fra retspsykiatri og botilbud. Her deltog den samme overlæge og psykolog fra de individuelle interviews. Derudover deltog en psykiatrisk sygeplejerske med 25 års erfaring, heraf 13 år i retspsykiatrien, 3 år på akutmodtagelsen og 10 år i ambulant retspsykiatri. Fra det offentlige botilbud deltog den samme pædagog som i det individuelle interview samt en souschef, der er uddannet pædagog og har mange års erfaring med målgruppen. Det var ikke muligt at inkludere en repræsentant fra almen psykiatri i fokusgruppen. Dette perspektiv er dog delvist repræsenteret, da overlægen fra retspsykiatrien ikke udelukkende bidrog med et retspsykiatrisk perspektiv, men flere gange inddrog erfaringer og perspektiver fra akutmodtagelsen. Derudover indgår almenpsykiatriens perspektiv gennem de individuelle interviews og er således repræsenteret i den samlede analyse.

2.3 Analytisk strategi

I specialet arbejder vi med en abduktiv tilgang til analysen, hvilket indebærer en kontinuerlig bevægelse mellem empiri og teori. I en abduktiv tilgang anvendes teori og empiri i et gensidigt samspil, hvor uventede mønstre i det empiriske materiale løbende leder forskeren mod nye fortolkninger og teoretiske forklaringer. Metoden adskiller sig fra induktion og deduktion ved, i tråd med hermeneutikken, at fokusere på forståelsen af underliggende mønstre frem for udelukkende at identificere mekaniske sammenhænge (Alvesson & Sköldberg, 2018).

Indledningsvis tog vi afsæt i en foreløbig forståelse af feltet samt en række overordnede teoretiske perspektiver, som dannede baggrund for vores første analytiske orientering. I takt med arbejdet med det empiriske materiale, blev det imidlertid tydeligt, at ikke alle disse perspektiver i samme grad bidrog til at indfange de mønstre og problemstillinger, der trådte frem i dataen. Den abduktive tilgang har muliggjort en løbende erkendelsesproces, hvor vores teoretiske fokus er blevet justeret og kvalificeret i samspil med empirien. Det indebærer, at valg af teori ikke har været fastlagt på forhånd, men derimod udviklet gennem en løbende analytisk

proces, hvor nogle perspektiver gradvist trådte i baggrunden, mens andre fremstod mere analytisk anvendelige.

Et eksempel på denne proces er, at vi indledningsvis overvejede at inddrage Dorothy Smiths (2005) perspektiv om *tekst-læser-konversation* i analysen. Gennem arbejdet med empirien blev det dog tydeligt, at perspektivet ikke i tilstrækkelig grad kunne indfange de organisatoriske og strukturelle dynamikker, der prægede informanternes beskrivelser af samarbejdet. Vi valgte derfor primært at fastholde Møllers (2021) begreb om *formel-* og *uformel deliberation*, da dette i højere grad muliggjorde en analyse af, hvordan forhandlinger, legitimering og organisatoriske vilkår påvirker samarbejdet og risikovurderingerne mellem aktørerne.

Vores analytiske arbejde har på den måde været præget af en eksplorativ tilgang, hvor vi løbende er blevet klogere på, hvad der opstår i materialet, og hvilke teoretiske begreber der bedst kan bidrage til at belyse dette. I denne proces har vores eksisterende viden og teoretiske kendskab fungeret som et bagvedliggende repertoire, hvorfra relevante perspektiver er blevet aktiveret, når de har vist sig meningsfulde i relation til empirien. Med henblik på at operationalisere denne analytiske tilgang har vi arbejdet systematisk med kodning af det empiriske materiale, hvilket uddybes i det følgende afsnit.

2.3.1 Transskribering og kodning af empirisk materiale

I forbindelse med bearbejdningen af det empiriske materiale har vi benyttet det automatiserede transskriptionsværktøj Good Tape (u.å) til at omdanne lydoptagelserne til skriftlig tekst. Da vi i gruppen både taler dansk og norsk, har Good Tape ikke kunne transskribere kombinationen, og samtlige transskriptioner er derfor gennemlæst og korrigeret manuelt. Good Tape fjerner automatisk fyldeord som *øhh* og *ehm*, hvilket vi har vurderet som uproblematisk, mens vi selv har tilføjet markeringer af grin, da disse kan have analytisk betydning for forståelsen af udsagnets karakter. Dette kommer eksempelvis til udtryk i fokusgruppeinterviewet, hvor ironiske udsagn og latter får betydning for forståelsen af konteksten og de underliggende relationer mellem informanterne. Disse sproglige og sociale markører bidrager til at nuancere udsagnene og synliggøre, hvordan mening og forståelser forhandles i interaktionen.

Kodningen er gennemført som en empiri-drevet proces, hvor kategorierne er udviklet tæt på informanternes egne formuleringer frem for at pålægge materialet foruddefinerede kategorier. Denne tilgang har haft til formål at bevare nærheden til det empiriske materiale og sikre, at analysen tager afsæt i de betydninger, der træder frem i informanternes udsagn (Kvale &

Brinkmann, 2015). Dette er i tråd med specialets abduktive tilgang, hvor valget af teori sker i forlængelse af de mønstre, der træder frem i materialet.

Vi har indledningsvis kodet bredt med manuel farvekodning som praktisk redskab, og på dette stadie opstod koder som *mavefornemmelse*, *her-og-nu-vurdering* og *struktureret redskab* direkte fra informanternes egne beskrivelser af, hvordan de arbejder med risikovurdering. På tværs af interviewene trådte der koder frem, der knyttede sig til betingelserne for samarbejde og videndeling, samt til de organisatoriske og strukturelle rammer, informanterne oplever som styrende for deres praksis. Empiri, der ikke bidrog til at belyse, hvordan risikovurderinger forhandles og legitimeres, eller hvordan disse praksisser formes af organisatoriske vilkår på tværs af sektorer, er sorteret fra undervejs.

Herefter har vi gennemført en fokuseret kodning, hvor empirien er gennemlæst igen med udgangspunkt i de identificerede kategorier for at sikre konsistens og relevans i forhold til problemformuleringen (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne proces mundede ud i tre kategorier fra de individuelle interviews: *risikovurdering mellem redskab og mavefornemmelse*, *vidensasymmetri og informationsdeling på tværs af sektorer* samt *organisatoriske vilkår og deres betydning for risikovurderingen*. Fokusgruppeinterviewet er kodet separat og har resulteret i kategorierne: *forhandling af risikovurderinger*, *institutionelle logikker og organisatoriske vilkår i praksis* samt *hierarki, legitimering og faglig anerkendelse*.

Vi er bevidste om, at kodningsprocessen ikke er teorifri, og at vores forforståelser, forankret i praksiserfaring og faglige traditioner, har påvirket vores opmærksomhed i empirien. I tråd med den hermeneutiske tilgang anskues forforståelser som en forudsætning for fortolkning frem for en fejlkilde, og vi har derfor løbende gennemgået og udfordret hinandens kodninger samt arbejdet med at eksplicitere og nuancere vores forforståelser i mødet med empirien.

2.4 Refleksioner over position og validitet

I specialet har vi anvendt en kvalitativ metode, hvor vi har været opmærksomme på, hvordan vi og vores informanter positionerer os i interviewsituationen. Bias knytter sig til os som undersøgere, da vores faglige perspektiver og gatekeeperens relationer til feltet (se afsnit 2.2.2) kan have skabt bias i rekrutteringen af informanter og i hvilke udsagn, vi har lagt særlig vægt på.

Når man kender et felt indefra, er der en fare for ubevidst at fremhæve de udsagn, der passer med det, man på forhånd forventede at finde, og lade de udsagn ligge, der trækker i en anden retning (Kvale & Brinkmann, 2015). Vores baggrund som henholdsvis socialrådgivere og psykiatrisk sygeplejerske har givet os et fagligt blik, der både har åbnet og afgrænset, hvad vi har kunnet få øje på i materialet. Vi har som nævnt ikke forsøgt at lægge vores forforståelser væk, men i tråd med den hermeneutiske tilgang bragt dem aktivt ind i arbejdet. Det er en bevidst prioritering, men den har en pris for validiteten, fordi vores forståelser ikke kan undgå at have formet både de spørgsmål, vi stillede, og de fortolkninger, vi nåede frem til. Vi vurderer alligevel, at det er mere redeligt at arbejde åbent med forforståelserne end at hævde en neutralitet, vi reelt ikke kunne indtage.

En anden form for bias knytter sig til, hvem vi har talt med (Ibid.). Vores informanter er alle erfarne medarbejdere med mange år i feltet, og det farver, hvilke perspektiver der træder frem. Vi kunne med fordel have talt med nogle mere uerfarne medarbejdere, som måske ville have set anderledes på risikovurdering og på samarbejdet på tværs. Når den variation mangler, afgrænser det, hvad vores analyse kan sige noget om, hvilket vi er nødt til at tage forbehold for. Vi har samtidig spurgt os selv, om vi i mødet med feltet primært har ledt efter konflikter og spændinger frem for de steder, hvor samarbejdet faktisk fungerer. Vores teoretiske blik gennem Bourdieu retter i sig selv opmærksomheden mod magt og ulighed (1991; 1997), og det kan have gjort os mere tilbøjelige til at forfølge det modsætningsfyldte end det velfungerende. Vi har forsøgt at være opmærksomme på de positive erfaringer undervejs, men erkender, at teorivalget i sig selv er med til at bestemme, hvad vi har kunnet se.

Informanter kan have en tendens til at reflektere ekstra over deres udsagn, da de kan have et ønske om at fremstå kompetente og fagligt velfunderede, særligt når de er bevidste om, at deres udsagn optages og anvendes i en undersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2015.). Dette kom dog ikke entydigt til udtryk i fokusgruppen, hvor flere deltagere fremførte kritiske perspektiver og udfordrede hinandens udsagn. Det kom eksempelvis til udtryk, da en af informanterne udfordrede en kollegas perspektiv direkte: *det synes jeg godt nok er helt blindt for din rolle på akutmodtagelsen tidligere og din nye stilling her*.

Citatet illustrerer, hvordan fokusgruppen som metode kan frembringe mere nuancerede og mindre kontrollerede udsagn, da deltagerne positionerer sig i relation til hinanden. Interaktionen mellem deltagerne åbner for kritiske refleksioner og udfordringer af individuelle fremstillinger, hvilket kan reducere tendensen til strategisk selvfremstilling, som ellers ofte ses i individuelle

interviews (Ibid.). Vi havde forventet, at informanterne i højere grad ville svare det, de oplevede som socialt acceptabelt, men det billede holdt ikke. Flere af dem var åbent kritiske, både over for egen praksis, over for samarbejdspartnerne og over for de rammer, de arbejder under. Samtidig kan fokusgruppen som format også indebære, at deltagerne tilpasser sig gruppedynamikken, at dominante stemmer overdøver andre, eller at bestemte synspunkter holdes tilbage af hensyn til kolleger fra andre sektorer, hvilket er værd at have for øje i en kontekst, hvor nogle af informanterne kender hinanden professionelt på tværs.

Endelig kan informanter have lettere ved at erindre og fortælle om særligt markante eller ekstreme hændelser (Ibid.). Det indebærer en risiko for, at sådanne erfaringer overrepræsenteres i datamaterialet, mens mere hverdagslige praksisser i mindre grad italesættes. Anvendelsen af en praksisnær vignette har haft til hensigt at modvirke denne tendens, fordi den giver informanterne et konkret afsæt for refleksion frem for at trække på deres mest mindeværdige oplevelser (Ejrnæs & Monrad, 2012).

Disse forhold hænger sammen med, hvordan vi forstår specialets validitet. Vi læner os op ad Kvale og Brinkmann (2015), der beskriver validitet som en håndværksmæssig kvalitet, der ligger i hele forskningsprocessen og ikke som et stempel, man sætter på til sidst. Heri ligger en accept af, at forskeren aldrig er helt neutral, fordi forskning altid er fortolkning. Vores forforståelser og spørgsmål har påvirket både analysen og fortolkningen af data, og det er ikke noget, vi kunne have undgået. Det, vi har kunnet gøre, er at arbejde med validiteten undervejs ved hele tiden at forholde os kritisk til vores valg og til vores egne forståelser. Kvale og Brinkmann peger på kommunikativ validitet, hvor gyldigheden af fortolkninger prøves i dialog med andre (Ibid.). Det har vi gjort ad to veje, dels ved løbende at diskutere vores fortolkninger internt i gruppen, dels ved at lade dem møde modstand fra informanterne selv, særligt i fokusgruppen, hvor deltagerne nuancerede og modsagde hinanden. Reliabiliteten er sværere at indfri i et fortolkende interviewstudie, fordi en gentagelse ikke vil give de samme resultater (Ibid.). Vi har i stedet søgt at gøre vores fremgangsmåde gennemsigtig, så det er muligt at følge, hvordan vi er gået fra interview over kodning til fortolkning. Og selvom vores fund ikke kan generaliseres statistisk, vurderer vi, at de rummer en analytisk overførbarhed, hvor de mønstre, vi har afdækket, vil kunne genkendes i andre tværsektorielle samarbejder mellem aktører med forskellige institutionelle logikker.

2.4.1 Etiske hensyn i analyse og fremstilling af data

Specialets etiske overvejelser tager afsæt i klassiske forskningsetiske principper om informeret samtykke, frivillighed og fortrolighed (Brinkmann & Kvale, 2015). Forud for deltagelse har alle informanter givet informeret samtykke til at indgå i specialet. De er blevet orienteret om specialets formål, deres rolle i undersøgelsen samt deres mulighed for at trække sig fra deltagelsen indtil afleveringstidspunktet. Dette er gjort med henblik på at sikre informanternes autonomi og mulighed for at træffe et oplyst valg om deltagelse.

I forbindelse med behandlingen af data har vi arbejdet systematisk med anonymisering, hvor informanterne kun fremgår med stilling og køn, mens konkrete arbejdspladser, geografiske markører og personhenførbare oplysninger er erstattet med generiske betegnelser. Da undersøgelsen foregår i et relativt afgrænset praksisfelt, er vi imidlertid opmærksomme på, at personer med indgående kendskab til feltet i visse tilfælde vil kunne genkende informanterne ud fra kontekstuelle oplysninger. På den ene side tilstræber vi at beskytte informanternes anonymitet, mens det på den anden side er nødvendigt at inkludere visse kontekstuelle beskrivelser af deres erfaringer og faglige positioner for at opretholde analysens faglige kvalitet og validitet.

En særlig etisk dimension knytter sig til vores empiri, hvor informanterne beskriver erfaringer med patienter og beboere, som ikke selv er informeret om eller har samtykket til deltagelse i specialet. I en retspsykiatrisk kontekst, hvor de omtalte personer befinder sig i en særlig sårbar position, har vi derfor arbejdet systematisk med at anonymisere alle patientbeskrivelser, så de fremstår tilstrækkeligt afidentificerede. Selvom vi blandt andet udarbejdede en vignette med henblik på at skabe distance til konkrete personer og situationer, opstod der fortsat eksempler i interviewene, hvor informanterne inddrog erfaringer fra praksis og beskrev konkrete hændelser.

Magtforholdet mellem os som undersøgere og informanterne er en kompleks dimension, som vi har forholdt os til på flere niveauer. Det omfatter både vores rolle som fortolkere af informanternes udsagn, gatekeeperens praksisrelationer til feltet (jf. afsnit 2.2.2), informanternes professionelle status og den asymmetri, der ligger i, at empirien analyseres og fremstilles uden informanternes direkte medvirken i den endelige tekst. Vi er opmærksomme på, at gatekeeperens position som kollega i feltet kan have skabt en uudtalt forventning om deltagelse hos nogle af de informanter, hun har faglige relationer til, og at dette potentielt kan have påvirket både frivilligheden i samtykket og åbenheden om problematiske aspekter af

samarbejdet. Vi har søgt at modvirke dette ved tydeligt at understrege deltagelsens frivillighed og ved eksplicit at anerkende muligheden for kritisk blik på samarbejdet uden nogle efterfølgende konsekvenser.

2.4.2 Brugen af AI som refleksionsværktøj

Vi har i udarbejdelsen af specialet anvendt premium versionen af ChatGPT som et supplerende værktøj i processen. Vi har primært brugt den som sparringspartner, hvor vi har kunne få feedback på struktur og sammenhæng i specialet, herunder særligt i forhold til at identificere, om der var en rød tråd, og derudover pege på potentielle forbedringsmuligheder i specialet.

Vi har derudover forsøgt, at anvende ChatGPT til at sparre omkring teori og empiri. Her forholder vi også kritisk til de generede svar, da vi har erfaret, at ChatGPT kan producere upræcise og forkerte oplysninger. Den kan have en tendens til at 'hallucinere' og komme med referencer og kilder som ikke findes, men som den mener findes og passer direkte på vores projekt. Vi har derfor været skarpe på at skulle verificere de informationer, den giver os særligt omkring teori.

Derudover har vi anvendt ChatGPT til at oversætte nogle tekstpassager fra norsk til dansk, da et af gruppemedlemmerne har norsk som modersmål. Dette har vi gjort for at vi kun skriver på et sprog, for at gøre det mere sammenhængende for læseren. Dette synes vi at kunstig intelligens har været god til, da den har gjort det hurtigere end vi selv har kunne. Vi har dog stadig reflekteret over de svar den har givet og sørget for at den ikke har ændret i det tekst vi har skrevet, men udelukkende har oversat det til dansk.

Vi har ikke anvendt ChatGPT til at generere indhold direkte til specialet udover oversættelserne, og vi har kun benyttet det til refleksionsværktøj, som har kunne bidrage til at identificere blinde vinkler og styrke vores kritiske tilgang til vores eget arbejde. Samtidig anerkender vi, at de forslag, som ChatGPT har bidraget med, ikke altid har været hensigtsmæssige. Anvendelsen af værktøjet har derfor været ledsaget af en løbende kritisk vurdering. På trods af dette har det været et vigtigt redskab i en længerevarende arbejdsproces, hvor der kan opstå risiko for at miste overblik eller blive fastlåst i bestemte perspektiver.

Kapitel 3: Teori

I kapitel tre præsenteres de teoretiske perspektiver, der danner rammen for specialets analyse af, *hvordan vurderinger af risiko forhandles og legitimeres blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan disse praksisser formes af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud.*

Vi inddrager teori fra Pierre Bourdieu (1991; 1996; 1997), Patricia H. Thornton, William Ocasio og Michael Lounsbury (2012) samt Anne Mette Møller (2021). De teoretiske begreber bidrager til at operationalisere analysen ved at skabe mulighed for at identificere de organisatoriske, relationelle og magtmæssige mekanismer, der præger frontlinjemedarbejdernes samarbejde.

3.1 Pierre Bourdieu

Vi anvender Bourdieus begreber om *socialt rum*, *felt*, *kapital*, *symbolsk magt* og *symbolsk vold* til at analysere, hvordan vurderinger af risiko positioneres hierarkisk og opnår legitimitet i det tværsektorielle samarbejde. Begreberne gør det muligt at undersøge relationelle magtforhold mellem aktørerne samt, hvordan bestemte vurderinger opnår større legitimitet end andre.

I teoriafsnittet anvendes Bourdieus begreb *agenter*, da det dækker over socialt situerede individer, som indgår i sociale felter og besidder forskellige former for kapital. Gennem specialet anvender vi dog primært begrebet aktører om vores informanter, da dette begreb i højere grad retter fokus mod deres professionelle og organisatoriske positioner i det tværsektorielle samarbejde.

3.1.1 Socialt rum

Begrebet det *sociale rum* anvendes af Bourdieu til at beskrive, hvordan sociale positioner skabes og opretholdes gennem den ulige fordeling af forskellige former for *kapital*. Rummet viser, hvordan *agenter* og sociale grupper opnår magt og indflydelse gennem den sociale værditilskrivning, der knyttes til bestemte *kapitalformer*. Det *sociale rum* viser, hvordan mennesker kommer til at acceptere værditilskrivningerne og fordelingerne af *kapital* som naturlige og uundgåelige, selvom de er socialt og historisk producerede. Forskellige institutioner spiller på forskellige tidspunkter betydningsfulde roller i at naturalisere bestemte

former for værditilskrivning og bestemte fordelinger af *kapital*, hvor sociale hierarkier reproduceres over tid.

Bourdieu understreger, at sociale agenter altid er socialt situerede og indgår i forskellige *felter*, hvor de besidder og konkurrerer om forskellige former for *kapital*. Klassifikation af grupper handler om magtkampe om retten til at definere den sociale virkelighed og de hierarkier, der følger med den (Bourdieu, 1997).

For at analysere disse relationer udvikler Bourdieu begrebet det *sociale rum*, som fungerer som en grundstruktur til at kortlægge sociale positioner og relationer mellem *agenter* i samfundet. *Agenternes* placering i det *sociale rum* afhænger af både, hvor meget *kapital* de besidder, og hvilken type *kapital* der dominerer deres position. *Agenter*, der befinder sig tæt på hinanden i det *sociale rum*, vil ofte dele lignende livsbetingelser, fordi de formes af samme sociale erfaringer. Omvendt vil forskellene mellem sociale positioner være tydeligst i yderpunkterne mellem de dominerende poler i det *sociale rum* (Ibid.).

Det *sociale rum* kan samtidig anskues som et *felt* af sociale klasser og livsstilsgrupper, hvor agenter kæmper om status, legitimitet og *symbolsk magt*. Disse livsstilselementer står i et hierarkisk forhold til hinanden og afspejler en social rangorden, hvor nogle former for kultur anerkendes som mere legitime end andre (Ibid.).

I specialet anvendes begrebet om det *sociale rum* til at undersøge, hvordan forskellige professionelle *agenter* placerer sig forskelligt i det tværsektorielle samarbejde omkring ambulante retspsykiatriske patienter afhængigt af deres adgang til og besiddelse af forskellige former for *kapital*. Begrebet gør det muligt at analysere, hvordan *agenternes* positioner, faglige autoritet og adgang til legitim viden får betydning for, hvilke vurderinger der tillægges størst vægt i samarbejdet mellem retspsykiatri, almenpsykiatri og socialpædagogiske tilbud.

3.1.2 Felt og kapital

Felt og *kapital* hænger uløseligt sammen, da et felt består af relationer mellem positioner, hvor *agenter* kæmper om adgang til og kontrol over forskellige former for *kapital*. *Kapital* får derved først værdi i relation til det konkrete *felt* og de dominerende logikker. Bourdieu (1996) definerer et *felt* som

> *Et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner. Positionerne er objektiv defineret i kraft af deres eksistens og de*

> *bindinger, de påtvinger de aktører og institutioner, der udfylder positionerne, i kraft af deres øjeblikkelige og potentielle placering i relation til fordelingen af forskellige former for magt (eller kapitaler), som giver adgang til specifikke fordele og goder, der står på spil i det enkelte felt, og dermed samtidig i kraft af deres objektive relationer til andre positioner* (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 84).

Felter kan på den måde forstås som relationelle og hierarkiske strukturer, hvor aktører indtager forskellige positioner afhængigt af deres adgang til *kapital* og mulighed for at udøve indflydelse. *Felter* er samtidig relativt autonome, hvilket betyder, at de fungerer ud fra egne logikker, normer og forståelser af, hvad der er legitimt og værdifuldt. Bourdieu understreger, at *felter* opererer ud fra

> *Specifikke logikker og krav, der hverken konkret eller abstrakt er sammenlignelige med de forhold og regelsæt, der styrer andre felter.* (Bourdieu & Wacquant 1996, s. 85).

Forskellige *agenter* indgår i relationelle kampe om positioner, legitimitet og indflydelse. *Felter* er samtidig dynamiske, da de konstant udvikler sig gennem de kampe og forhandlinger, der finder sted mellem *feltets agenter*.

Med *feltbegrebet* gør Bourdieu op med forestillingen om, at alle sociale kampe er drevet af samme logik og mål. Hvor det *økonomiske felt* eksempelvis er præget af en økonomisk logik, kan andre felter være styret af andre former for anerkendelse og værdier. I hvert *felt* kan der således identificeres særlige logikker, som er med til at forme, hvilke positioner, handlinger og former for viden der tillægges betydning og legitimitet. Samtidig kan en del af kampene i *feltet* handle om, hvordan *feltets* grænser defineres, samt hvilke *agenter* og forståelser der opnår mulighed for at definere, hvad der anerkendes som legitim viden og praksis (Ibid.).

Kampe i et *felt* fører ikke nødvendigvis til udligning af forskelle, men kan tværtimod bidrage til at reproducere eksisterende positioner og magtrelationer. Nogle *agenter* kan have positioner, der giver større mulighed for at fastholde indflydelse og definere feltets dominerende logikker, mens andre *agenter* i højere grad må kæmpe for at opnå legitimitet og gennemslagskraft (Ibid.).

Feltbegrebet gør det derved muligt at analysere samarbejdet som mere end et neutralt tværsektorielt samarbejde. Med afsæt i feltbegrebet undersøges det i specialet, hvordan forskellige agenter kan indtage forskellige positioner og besidde forskellige handlemuligheder

i relation til vurderinger af blandt andet indlæggelse, udskrivelse og akut fare. Hvilke specifikke positioner og kapitalformer de forskellige agenter besidder, og hvordan disse spiller sammen i samarbejdet, er et empirisk spørgsmål, som analysen vil undersøge.

Kapital refererer til de ressourcer og former for magt, som giver *agenter* mulighed for at opnå indflydelse i et *felt*. Bourdieu understreger, at *agenter* må besidde bestemte former for *kapital* for at kunne gøre deres position gældende

> *Indehaveren kan i kraft af sin kapital udøve en vis magt og indflydelse og derved eksistere i feltet i stedet for at blive betragtet som rent fyld* (Bourdieu & Wacquant 1996, s. 86).

Analysen tager særligt udgangspunkt i *kulturel kapital*, *symbolsk kapital* og delvist *social kapital*, da disse kapitalformer vurderes som betydningsfulde for at forstå forhandlingerne om legitim viden og risikovurdering. *Kulturel kapital* refererer til de kompetencer, kvalifikationer og former for viden, der giver adgang til anerkendelse og autoritet. Hos Bourdieu eksisterer *kulturel kapital* blandt andet i institutionaliseret form gennem uddannelser, titler og autorisationer, men også som indlejrede dispositioner og professionelle måder at forstå og handle på (Ibid.). I specialet vil vi anvende begrebet *kulturel kapital* til at undersøge, hvordan forskellige former for viden og kompetencer kommer til udtryk og tillægges værdi i samarbejdet mellem de involverede *agenter*. På den ene side kan *kulturel kapital* komme til udtryk gennem klinisk ekspertise, uddannelser og fagligt sprog.

Symbolsk kapital refererer til den anerkendelse, legitimitet og autoritet, som opstår, når bestemte former for *kapital* anerkendes som værdifulde og gyldige. *Symbolsk kapital* handler på den måde om retten til at fremstå som troværdig, kompetent og legitim i andres øjne. I specialets analyse bliver dette særligt relevant i relation til spørgsmålet om, hvilke vurderinger af risiko der tillægges størst vægt i samarbejdet mellem sektorer. *Symbolsk kapital* kan samtidig ikke forstås løsrevet fra staten og de institutionelle strukturer, der former, hvilke former for viden og autoritet der opnår legitimitet (Ibid.).

I mindre grad anvendes også begrebet *social kapital* til at forstå betydningen af relationer og netværk i det tværsektorielle samarbejde. *Social kapital* refererer til de ressourcer og muligheder, der opstår gennem sociale relationer og netværk (Ibid.).

Bourdieus *felt- og kapitalbegreber* gør det muligt at analysere risikovurdering som en relationel og organisatorisk praksis, hvor vurderinger formes gennem magtrelationer, institutionelle

positioner og ulige adgang til legitim autoritet. Perspektivet kan derved bidrage til at skabe forståelse for, hvorfor nogle vurderinger får større gennemslagskraft end andre, og hvordan organisatoriske vilkår får betydning for, hvilke former for viden der anerkendes i arbejdet med ambulante retspsykiatriske patienter.

I forlængelse af Bourdieus *feltbegreb* er vi opmærksomme på, at begreber som *habitus*, *doxa* og *illusio* er tæt forbundet med forståelsen af *sociale felter*. *Habitus* refererer til de dispositioner og erfaringer, som former agenternes handlinger og forståelser, mens *doxa* betegner de selvfølgeligheder og uudtalte antagelser, der tages for givet inden for et *felt*. *Illusio* henviser til *agenternes* investering i og accept af *feltets* betydning og spilleregler (Bourdieu, 1997). Disse begreber udfoldes imidlertid ikke selvstændigt i specialet, da analysens fokus primært retter sig mod forhandlinger og magtrelationer mellem forskellige organisatoriske og professionelle *felter* frem for interne dynamikker i ét afgrænset *felt*. Specialet anvender derfor udelukkende *felt-* og *kapitalbegreberne* til at analysere, hvordan risikovurderinger legitimeres og gives gennemslagskraft i det tværsektorielle samarbejde.

3.1.3 Symbolsk magt

Symbolsk magt defineres af Bourdieu (1991) som magten til at konstruere virkeligheden. Begrebet refererer til en form for magt, hvor bestemte forståelser af virkeligheden fremstår som naturlige og selvfølgelige, uden at de involverede nødvendigvis er bevidste om, at disse forståelser er resultatet af magtrelationer. Samtidig er det skjult, at den dominerende virkelighedsforståelse bygger på bestemte perspektiver og kan udelukke andre måder at forstå virkeligheden på. *Symbolsk magt* fungerer som en usynlig form for magt, og kan kun udøves med medvirken af dem, der underlægges den (Ibid.).

Denne usynlighed har stor betydning, da det er gennem den, at en vilkårlig social orden kommer til at fremstå som en naturlig orden. *Symbolsk magt* virker gennem en form for miskendelse, hvor sociale og historisk skabte magtforhold opfattes som naturlige og legitime frem for som et resultat af sociale processer og magtrelationer (Ibid.).

De virkelighedsforståelser, der produceres og reproduceres gennem *symbolsk magt*, indlejres samtidig i *agenternes* erfaringer og bliver en del af *feltets* og samfundets grundlæggende og selvfølgelige antagelser om verden, som sjældent gøres til genstand for refleksion eller kritik. *Symbolsk magt* får karakter af en form for naturlighed, fordi de sociale strukturer og klassifikationer opleves som naturlige frem for socialt konstruerede (Ibid.).

De *agenter*, der udsættes for *symbolsk magt*, bidrager ofte selv til at opretholde de hierarkier, magten reproducerer, fordi de anerkender de dominerende klassifikationer og vurderingskriterier som gyldige. *Symbolsk magt* er knyttet til legitimitet, da det er evnen til at definere, hvad der gælder som legitim viden, der udgør selve magtens omdrejningspunkt (Ibid.).

I specialet anvendes begrebet *symbolsk magt* til at undersøge, hvordan bestemte vurderinger og vidensformer kan fremstå som mere legitime end andre i det tværsektorielle samarbejde omkring ambulante retspsykiatriske patienter, uden at dette italesættes som et magtspørgsmål blandt *agenterne*.

3.1.4 Symbolsk vold

Hvor *symbolsk magt* handler om magten til at konstruere virkeligheden og få bestemte forståelser til at fremstå som naturlige, er *symbolsk vold* den mekanisme, hvorigennem denne magt udøves i praksis. Bourdieu beskriver *symbolsk vold* som en situation, hvor man

> *anerkender og accepterer en vold, der udøves mod en, præcis fordi man ikke opfatter den som vold* (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 152).

Symbolsk vold er en usynlig form for magtudøvelse, der virker gennem anerkendelse snarere end tvang, og som er skjult for de involverede selv (Bourdieu, 1996). Når Bourdieu anvender begrebet *symbolsk vold*, handler det ikke om at sammenligne det med fysisk vold, men om at fremhæve, hvordan symbolske systemer og magtforhold kan få omfattende betydning, selv når de opleves som legitime og selvfølgelige. *Symbolsk vold* bidrager til, at sociale hierarkier og eksisterende magtstrukturer i et *felt,* kan opretholdes og reproduceres, fordi de involverede *agenter* ofte opfatter den etablerede orden som naturlig frem for som et resultat af magtrelationer (Ibid.).

Symbolsk vold udøves gennem klassifikation og kategorisering af den sociale virkelighed. De *agenter*, der besidder magten til at definere *feltets* forståelser og normer, får samtidig mulighed for at afgøre, hvilke vurderinger og former for viden der opfattes som legitime, mens andre forståelser kan blive marginaliseret eller tillagt mindre betydning. Klassifikationer kan institutionaliseres gennem eksempelvis lovgivning og uddannelse, hvor bestemte forståelser af verden reproduceres og fremstår som selvfølgelige. *Symbolsk vold* er tæt knyttet til institutionelle praksisser, da institutioner bidrager til at videreføre samfundets dominerende kultur og forståelser gennem blandt andet professionelle praksisser (ibid.).

Symbolsk vold virker ved, at de vurderinger, vidensformer og handlemåder, der knytter sig til de dominerende positioner i et *felt*, fremstår som naturlige og selvfølgelige, mens andre forekommer mindre legitime eller utilstrækkelige. De *agenter*, der i mindre grad får deres viden anerkendt som gyldig i *feltet*, kommer ofte selv til at acceptere de dominerende *agenters* vurderingskriterier som legitime, hvilket bidrager til at opretholde hierarkierne uden, at de italesættes som magtrelationer. *Symbolsk vold* opretholdes derfor gennem en form for miskendelse, hvor magtrelationerne ikke erkendes som magt, men fremstår som naturlige eller fagligt begrundede (Ibid.).

Den *symbolske vold* er knyttet til *kapital*, da det er fordelingen af *kapital* i et givent *felt*, der afgør, hvilke vurderinger der opnår status som legitime, og hvilke *agenter* der må indordne sig under disse. Samtidig forudsætter *symbolsk vold* en overensstemmelse mellem de objektive strukturer i det *sociale rum* og *agenters* subjektive dispositioner (ibid.).

I specialet anvendes begrebet til at belyse, hvordan hierarkier i samarbejdet omkring ambulante retspsykiatriske patienter reproduceres uden at blive eksplicit udfordret.

3.1.5 Begrænsninger ved Bourdieus teori

Bourdieus teori bidrager med en forståelse af *sociale felter, kapitalformer* og de magtrelationer, der præger aktørers positioner og handlemuligheder. Samtidig er hans begrebsapparat kendetegnet ved en høj grad af fleksibilitet, hvilket både kan ses som en styrke og en begrænsning. På den ene side gør teorien det muligt at anvende begreberne i mange forskellige kontekster, mens begreberne på den anden side kan være vanskelige at afgrænse og operationalisere præcist i analysen.

Derudover anlægger Bourdieu primært et overordnet perspektiv på sociale felter og de magtstrukturer, der knytter sig hertil. I Bourdieus teori er logikker nært knyttet til det enkelte felt, og hvert felt har sine egne specifikke logikker, hvilket i mindre grad åbner mulighed for at undersøge, hvordan flere konkurrerende logikker kan krydse hinanden og sameksistere inden for samme institutionelle sammenhæng.

På den baggrund inddrages Thornton, Ocasio og Lounsburys (2012) teori om *institutionelle logikker*. Denne teoretiske tilgang bidrager med en mere differentieret forståelse af, hvordan forskellige værdier, rationaler og handlingslogikker kan sameksistere og påvirke aktørernes handlinger inden for samme sektor eller organisation. Thornton et al. muliggør dermed en

analyse af de underliggende logikker, som Bourdieus mere *feltorienterede* perspektiv i mindre grad indfanger.

3.2 Patricia H. Thornton, William Ocasio & Michael Lounsbury

Institutionelle logikker defineres som overordnede systemer af værdier, normer, antagelser og praksisser, der strukturerer aktørers identiteter, deres måde at forstå verden på og deres handlemuligheder (Thornton et al., 2012). *Logikkerne* fungerer som fortolkningsrammer, der påvirker, hvad der opfattes som legitime mål, hvilke midler der anses som acceptable, og hvordan konkrete situationer gives mening. De er således socialt forankrede mønstre, der knytter sig til bredere institutionelle sammenhænge (ibid.).

Institutionelle logikker er indlejret i praksisser, symboler og organisatoriske rutiner, og de former, hvad aktører retter deres opmærksomhed mod, samt hvilke hensyn de tillægger betydning. Samtidig fungerer *logikkerne* som rammesættende strukturer for, hvad der i en given kontekst opleves som legitimt og korrekt (ibid.).

Inden for samme organisatoriske kontekst kan flere *institutionelle logikker* være til stede samtidig. Disse *logikker* kan være komplementære, men også konkurrerende, hvilket kan skabe spændinger i praksis. Sådanne spændinger kan komme til udtryk i forskellige vurderinger af mål, kriterier og ansvar, og skal ikke nødvendigvis forstås som individuelle uenigheder. Snarere afspejler de, at aktører er bærere af forskellige institutionelt forankrede forståelser af, hvad der konstituerer god praksis (Ibid.).

Med inspiration fra teorien har vi gennem empirien identificeret en række overordnede *logikker*, som hver især rummer flere underliggende *logikker*, der udfoldes undervejs i analysen. I akutmodtagelsen træder en *akutorienteret logik* frem, hvor fokus retter sig mod her og nu behandling med henblik på stabilisering og udskrivelse. I retspsykiatrien træder derimod en langsigtet *behandlings- og sikkerhedsorienteret logik* frem, hvor kliniske vurderinger, forebyggelse af forværring og kriminalitetsforebyggelse vægtes højt. I de socialpædagogiske botilbud fremstår en *omsorgsorienteret logik*, hvor hensynet til beboerens hverdagsliv og frivillighedsprincippet tillægges særlig betydning.

Teorien bidrager til at undersøge, hvordan forskellige *institutionelle logikker* former, hvilke risici der tillægges betydning, hvordan risiko fortolkes, samt hvordan aktører legitimerer egne vurderinger og handlinger i det tværsektorielle samarbejde. Forskelle i risikovurderinger forstås

således som et udtryk for forskellige institutionelt forankrede forståelser af, hvad der konstituerer relevant viden, legitim handling og god praksis.

3.3 Anne Mette Møller

Vi anvender Møller (2021) til at supplere Bourdieus (1991; 1996; 1997) begrebsapparat med et perspektiv på frontlinjearbejde, hvor risikovurderinger forstås som noget der udvikles i sociale, organisatoriske og kollegiale sammenhænge. Hvor Bourdieu primært bidrager med et perspektiv på de strukturelle magt- og positionsforhold, bidrager Møller (2021) med et mere praksisnært perspektiv på, hvordan beslutninger konkret forhandles og legitimeres i frontlinjearbejdet.

Ifølge Møller (2021) indgår kollegaer som en vigtig del af beslutningsarbejdet, da professionelle normer og vurderingsmåder internaliseres gennem socialisering i organisationer. Kollegaer fungerer både som støtte, sparringspartnere og som en form for faglig kontrol, der er med til at forme, hvad der i en given sammenhæng fremstår som en rimelig, ansvarlig og legitim beslutning. Beslutninger må derfor forstås som socialt og organisatorisk forankrede frem for som udtryk for et isoleret individuelt skøn (ibid.).

Centralt i Møllers arbejde står begrebet *deliberation*, som forstås som fælles drøftelser af argumenter for og imod bestemte handlinger og beslutninger. Gennem *deliberative processer* håndterer frontlinjemedarbejdere tvivl og usikkerhed, deler ansvar og udvikler fælles normer for, hvad der udgør legitim praksis. *Deliberation* bliver en måde, hvorpå frontlinjemedarbejdere kollektivt bearbejder komplekse situationer og forsøger at skabe grundlag for handling i kontekster, hvor beslutninger ofte må træffes på et usikkert og ufuldstændigt vidensgrundlag. Gennem *deliberative processer* fungerer det kollegiale samarbejde samtidig som en måde at fordele og legitimere ansvar på, så det ikke hviler på den enkelte medarbejder, men forankres i kollektive vurderinger og fælles faglige normer (Ibid.).

Møller skelner mellem *formelle- og uformelle deliberative rutiner. De formelle deliberative rutiner* kan være møder, konferencer og supervision, hvor vurderinger drøftes i mere institutionaliserede rammer. De *uformelle deliberative rutiner* udspiller sig derimod i hverdagens kollegiale samtaler, hurtige afklaringer og løbende sparring mellem medarbejdere. Begge former er vigtige, fordi de fungerer som organisatorisk indlejrede mekanismer, der bidrager til at stabilisere og legitimere beslutninger over tid. Beslutninger fremstår ikke som

endelige og afsluttede afgørelser, men som noget, der løbende justeres i takt med nye oplysninger, ændrede situationer og skiftende organisatoriske betingelser (Ibid.).

I dette speciale anvendes Møller til at belyse, hvordan risikovurderinger forhandles og legitimeres kollektivt i frontlinjearbejdet i det tværsektorielle samarbejde omkring ambulante retspsykiatriske patienter. Møller giver et begrebsapparat til at undersøge, hvornår forhandlinger fremstår reelt *deliberative*, hvordan tvivl og usikkerhed håndteres i praksis, og hvordan ansvar deles eller forskydes mellem aktører og sektorer. Sammen med Bourdieus begreber og Thornton et al.'s *institutionelle logikker* udgør Møllers *deliberationsbegreb* det processuelle led i specialets teoretiske ramme, hvor de tre perspektiver komplementært belyser henholdsvis de strukturelle magtrelationer, de *institutionelle logikker* og de konkrete forhandlingsprocesser, der former risikovurderinger i tværsektorielt frontlinjearbejde.

Kapitel 4: Analyse

I dette kapitel præsenteres specialets analyse af, *hvordan vurderinger af risiko forhandles og legitimeres blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan disse praksisser formes af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud.* Analysen er struktureret i tre dele, og trækker på den teoretiske ramme vi har præsenteret ovenfor.

Første analysedel undersøger, hvordan risikovurdering formes i spændingsfeltet mellem strukturerede redskaber, professionelt skøn og organisatoriske vilkår. Anden analysedel tager udgangspunkt i det tværsektorielle samarbejde omkring indlæggelse og udskrivelse, hvor der undersøges, hvordan risikovurderinger omsættes til handling gennem tværsektorielle forhandlinger. Tredje analysedel undersøger, hvordan risikovurderinger oversættes mellem felterne og formes af konkurrerende institutionelle logikker, ulige fordeling af symbolsk kapital og en gensidig afhængighed mellem aktørerne i det tværsektorielle samarbejde.

4.1 Mellem professionelt skøn og struktureret risikovurdering

Første analysedel sætter rammen for, hvordan frontlinjemedarbejdere på tværs af retspsykiatri, almenpsykiatri og socialpædagogiske botilbud tilgår risikovurdering i deres daglige arbejde.

Analysen tager teoretisk afsæt i Bourdieus feltbegreb (1996), som anvendes til at undersøge, hvordan forskellige organisatoriske felter tillægger bestemte former for viden, og risikovurderinger legitimitet, samt hvordan aktørers positioner får betydning for, hvilke vurderinger der anerkendes som gyldige. Herudover inddrages Thornton et al.'s (2012) teori om institutionelle logikker til at belyse, hvordan forskellige logikker eksisterer side om side og former frontlinjemedarbejdernes forståelser og håndtering af risiko. Møllers (2021) perspektiver på deliberative processer bruges til at analysere, hvordan risikovurderinger udvikles gennem kollektive drøftelser og tværfaglige forhandlinger, hvor forskellige faglige perspektiver løbende kvalificerer hinanden. Yderligere supplerer vi vores primære teori med litteratur fra vores litteraturgennemgang.

4.1.1 Risikovurdering som institutionaliseret tilgang

I det følgende rettes fokus mod det retspsykiatriske ambulatorium, som med afsæt i Bourdieus (1996) feltbegreb analyseres som et felt karakteriseret ved en tæt sammenkobling mellem

biomedicinsk orientering, juridiske rammer og institutionelt forankret risikohåndtering. Inden for dette felt fremstår strukturerede risikovurderingsredskaber som en forankret del af praksis, hvor vurderinger løbende dokumenteres, koordineres og legitimeres gennem organisatoriske procedurer og tværfaglige processer. Denne forståelse gik igen på tværs af flere interviews og kommer også til udtryk i det individuelle interview med en sygeplejerske fra et retspsykiatrisk ambulatorium, som beskriver, hvilke former for risikovurdering der fylder mest i hendes daglige arbejde. Hun fortæller

> *Egentlig synes jeg, at START fylder mest, fordi den er så hyppig. Den er også rigtig god, for vi kender jo ikke alle patienterne lige indgående. Så også for at få et indblik i nogle problemstillinger eller perspektiver, som vi som tredje (part) kan have gavn af, hvis man bare kommer (hos en patient) en enkelt gang.*

Udsagnet illustrerer, hvordan SPJ-redskabet START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) fungerer som et centralt omdrejningspunkt for vidensdeling og koordinering i praksis. Redskabet muliggør, at forskellige fagprofessionelle kan bidrage til en fælles vurdering, selv i situationer hvor det individuelle kendskab til patienten er begrænset. I denne forstand fungerer START både som et teknisk værktøj, og som en strukturerende ramme, der organiserer, hvordan viden bringes i spil og gøres anvendelig i konkrete beslutningssituationer.

Anvendelsen af START er indlejret i de to retspsykiatriske ambulatorier i Region Hovedstaden, som en formaliseret praksis, hvor risikovurderinger foretages tværfagligt to gange ugentligt. Dette understøtter en kontinuerlig koordinering og kvalificering af vurderingerne, hvor forskellige faglige perspektiver inkluderes i vurderingen af patientens aktuelle risikobillede. Samtidig understøtter START, at ansvaret for komplekse beslutninger, såsom risikovurderinger, i højere grad bliver kollektivt frem for individuelt forankret (Region Hovedstaden Psykiatri, 2011). START kan forstås som et udtryk for en formel deliberativ rutine, hvor risikovurderingen ikke er en individuel afgørelse, men en kollektiv proces, der udvikles gennem fælles drøftelser og gensidig kvalificering af perspektiver (Møller, 2021).

Sygeplejerskens beskrivelse af sig selv som *tredje (part)* illustrerer en bevidsthed om, at hun ikke nødvendigvis har den primære relationelle kontakt med patienten, men alligevel skal kunne bidrage til vurderingen af risiko. Set med afsæt i Bourdieus (1996) feltbegreb fungerer START som et redskab, der gør det muligt for medarbejdere med mindre individuelt kendskab til den enkelte patient at indgå i risikovurderinger på et legitimt grundlag, fordi vurderingen ikke hviler

på den enkeltes relation, men på en kollektivt produceret vidensbase, som alle aktører i ambulatoriet kan trække på. På den måde demokratiserer redskabet adgangen til feltets risikovurderinger og bidrager til, at vurderinger kan foretages og legitimeres på tværs af forskelle i kendskab og erfaring med den konkrete patient.

Redskabet skaber en formaliseret ramme om det, der ellers kunne fremstå som uformelle deliberative drøftelser, og bidrager til både at håndtere usikkerhed, dele ansvar og reducere subjektivitet i vurderingen (Region Hovedstaden Psykiatri, 2011). Her udvides risikovurdering fra kun at være knyttet til det strukturerede risikovurderingsredskab til en praksis, hvor strukturerede redskaber, professionelle skøn og kollektive drøftelser væves sammen. Risiko vurderes ikke isoleret af den enkelte medarbejder, men udvikles gennem en fælles og løbende forhandling, hvor forskellige faglige perspektiver og vurderinger påvirker og kvalificerer hinanden i den samlede vurdering.

START kan samtidig forstås som en institutionaliseret praksis i det retspsykiatriske felt, hvor bestemte former for risikovurdering og dokumentation opnår status som legitim faglig viden. Redskabet bidrager ikke alene til koordinering af vurderinger, men også til at strukturere, hvilke former for viden der tillægges autoritet i feltet. I et bredere bourdieusk perspektiv kan beherskelsen af START og de tilknyttede dokumentationspraksisser ses som en form for kulturel og symbolsk kapital, der giver faglig legitimitet og gennemslagskraft i vurderingen af patienters risikoniveau (Bourdieu, 1996).

Det tyder på, at risikovurderingsredskaber også former, hvad der fremstår som legitime vurderinger. Legitimitet knyttes både til det professionelle skøn, og i høj grad til anvendelsen af redskaber, der gør vurderingerne dokumenterbare og organisatorisk acceptable. Risikovurderingsredskabet START fremstår således som en institutionaliseret praksis, hvor faglige vurderinger løbende formes og legitimeres i samspillet mellem organisatoriske krav og deliberative processer.

4.1.2 Professionelt skøn og strukturerede redskaber i praksis

Selvom strukturerede risikovurderingsredskaber fylder i det retspsykiatriske arbejde, peger empirien samtidig på, at vurderingerne ikke kan reduceres til mekaniske eller standardiserede procedurer. Informanterne fra retspsykiatrien beskriver i stedet, hvordan kliniske erfaringer, historiske oplysninger og professionelle vurderinger løbende flettes sammen med de strukturerede redskaber i praksis. Risikovurdering fremstår som en hybrid praksis, hvor

strukturerede redskaber og professionelt skøn gensidigt kvalificerer hinanden. Dette ses blandt andet i det individuelle interview med overlægen fra retspsykiatrien, da han bliver spurgt, om de strukturerede risikovurderingsredskaber påvirker hans kliniske skøn

> *En HCR-20, har en psykolog arbejdet på i en hel arbejdsdag. Vores løbende START-vurderinger tager en halv time hver tredje måned. Det er også et relativt tungt redskab, og meget af det bliver kogt ned til en her-og-nu-vurdering. Ud fra en mavefornemmelse eller historiske data. En sammenblanding af det hele.*

Overlægens udsagn antyder, at selv omfattende og strukturerede risikovurderingsredskaber i praksis ikke kan stå alene og løbende må kombineres med professionelt skøn og situerede vurderinger. En HCR-20 (historical, clinical and risk management-20) er et struktureret redskab til at vurdere og håndtere voldsrisiko. Det er særligt brugt i retspsykiatrien til at formulere risikoscenarier og udarbejde handleplaner til at håndtere risikoen (Region Hovedstaden Psykiatri, 2025b). Når overlægen beskriver, hvordan HCR-20 og START- vurderinger *er relativt tunge redskaber*, som i højere grad bliver til *her og nu* vurderinger baseret på en sammenblanding af *historiske data* og *mavefornemmelse*, viser det, at risikovurdering i praksis ikke fungerer som en rent standardiseret proces. Selvom redskaberne bidrager til systematik og dokumentation, afhænger vurderingen fortsat af den enkelte frontlinjemedarbejders skøn og vægtning af informationerne.

Udsagnet illustrerer også en spænding mellem idealet om systematiske og omfattende risikovurderinger og de organisatoriske vilkår, som praksis udfolder sig under. De strukturerede redskaber fremstår i udsagnet som tidskrævende, hvilket indebærer, at vurderinger i praksis må tilpasses de arbejdsvilkår og tidsmæssige rammer, som frontlinjemedarbejderne arbejder indenfor. Risikovurdering fremstår derved som en praksis, hvor standardisering og fleksibilitet kontinuerligt må afstemmes i den konkrete situation.

Denne spænding mellem formaliserede redskaber og situeret praksis uddybes yderligere af psykologen fra retspsykiatrisk ambulatorium, da han bliver spurgt, hvilke risikovurderingsredskaber han anvender. Han fortæller

> *Det jo først og fremmest HCR-20, som er psykologernes arbejdsredskab ude på (de retlige) sengeafsnit, som er et grundigt og omfangsrigt arbejde […] Men det andet ben jeg i virkeligheden også ville nævne, er de daglige samtaler, som fylder rigtig meget. Og det er ligesom first line of defense, det er den daglige*

> *kommunikation, hvor man taler om patienterne. Og gennem de samtaler får man så en fornemmelse af, hvem man skal kigge en ekstra gang på med risikovurderingen […] også START, hvor vi et par gange i ugen laver en sådan formel gruppe gennemgang […]*

Psykologens udsagn viser, at risikovurdering i retspsykiatrien ikke udfolder sig gennem ét enkelt redskab, men som en sammensat praksis bestående af både formaliserede værktøjer, løbende kommunikation og tværfaglige drøftelser. HCR-20 fremstilles som et omfattende og specialiseret redskab, der primært er forankret hos psykologerne, mens de daglige samtaler beskrives som *first line of defense*, hvor medarbejderne gennem løbende dialog udvikler en fornemmelse af, hvilke patienter der kræver yderligere opmærksomhed. Hertil fungerer START som et tredje element, hvor risikovurderinger foretages gennem mere formaliserede og kollektive gruppedrøftelser.

Risikovurderinger udvikles gennem uformelle deliberative processer i praksis. De daglige samtaler og gruppebaserede gennemgange fungerer som organisatoriske rum, hvor medarbejdere kontinuerligt udveksler erfaringer, vurderinger og bekymringer i arbejdet med at håndtere usikkerhed. Risikovurdering bliver på den måde til gennem sociale og organisatoriske processer, hvor forskellige faglige logikker løbende forhandles.

Når psykologen beskriver de daglige samtaler som *first line of defense*, illustrerer det, at relationel viden tillægges stor betydning i den løbende risikovurdering. De formelle redskaber fungerer ikke isoleret, men aktiveres i samspil med medarbejdernes erfaringer og observationer i hverdagen.

Ifølge Bourdieu (1996) er felter relativt autonome og fungerer ud fra egne logikker om, hvad der er legitimt og værdifuldt, kan det forstås, at det retspsykiatriske felt internt har vurderet, hvilke redskaber der kan definere risikovurdering på et legitimt grundlag. HCR-20 og START fremstår som de redskaber, der inden for feltet er anerkendt som legitime rammer for systematisk risikovurdering. Redskaberne kan forstås som værende med til at trække grænserne op for feltets vurderingspraksis og give de aktører, der behersker dem, en større mulighed for indflydelse på, hvordan risiko defineres og håndteres i det daglige arbejde.

4.1.3 En gang ud af 100: Når det ekstreme bliver styrende

På tværs af interviewene tegner der sig et mønster, hvor koblingen mellem historisk risikoadfærd og fremtidig risikovurdering fremstår som betydningsfuld i den retspsykiatriske praksis. Overlægen i det retspsykiatriske ambulatorium beskriver i fokusgruppen, hvordan beslutninger om indlæggelse både baseres på den aktuelle situation, og på tidligere hændelser, da han siger

> *Der bør være gjort et forarbejde […] Hvis han (patient i vignet) i lignende tilstand én gang ud af 100, har klasket en økse i hovedet på en eller anden, så ville det måske være relevant at tage vedkommende ind alligevel (referer til indlæggelse).*

På tværs af vores interviews træder det frem, at dette forarbejde i den retspsykiatriske kontekst består af de strukturerede risikovurdering redskaber og kortlægning af mentalerklæringer, journalføring, tværsektorielle koordineringsmøder og dokumentation af tidligere hændelser. Forarbejdet fremstår som en bredere, feltspecifik praksis, hvor flere former for systematiseret viden samles og dokumenteres.

Med inspiration fra Thornton et al.'s (2012) begreb om institutionelle logikker kan overlægens prioritering tolkes som et udtryk for én af de flere logikker, der gør sig gældende i feltet. Den retspsykiatriske logik kendetegnes ved, at historisk risikoadfærd tillægges væsentlig betydning i vurderingen af fremtidig risiko, og at kriminalitetens karakter og den potentielle samfundsmæssige risiko ved ikke at iværksætte indlæggelse indgår som relevante hensyn. Selvom hændelsen sker *én gang ud af 100*, tillægges den stadig betydning, fordi konsekvensen vurderes som alvorlig. Overlægens tilgang fortolkes som en afvejning mellem sandsynlighed og konsekvens, hvor historisk risikoadfærd aktiveres som en betydningsfuld del af beslutningsgrundlaget.

Overlægens tilgang kan fortolkes som en balancering mellem sandsynlighed og konsekvens og kan forstås i lyset af Borchs (2005) analyse af moderne risikorationalitet, hvor styring i stigende grad orienterer sig mod sandsynligheder, indikatorer og potentielle fremtidige hændelser frem for konkret og aktuel farlighed. Når overlægen fremhæver muligheden for, at patienten i lignende tilstand kunne have *klasket en økse i hovedet* på en anden, illustrerer det denne form for risikorationalitet, hvor det er risikoen for en potentielt katastrofal hændelse, der legitimerer interventionen, snarere end den aktuelle kliniske tilstand.

Samtidig peger empirien på, at denne logik også påvirker, hvilke former for viden der tillægges betydning i praksis. Tidligere voldshændelser, journalnotater, mentalerklæringer og dokumentation af truende adfærd kan få stor vægt i vurderingen af fremtidig risiko. I denne sammenhæng fungerer *forarbejdet* både som administrativ dokumentation, og som en vigtig del af den måde risiko konstrueres og legitimeres på i det retspsykiatriske felt.

4.1.4 Når risikovurdering formes af organisatoriske vilkår og ledelsesmæssige prioriteringer

Hvor START umiddelbart fremhæves som et bærende redskab af informanterne i retspsykiatrien, tegner der sig et anderledes billede i akutmodtagelsen. Hermed bevæger vi os ind i det almenpsykiatriske felt. Dette felt deler en række træk med det retspsykiatriske, herunder den biomedicinske orientering, men adskiller sig ved i højere grad at være orienteret mod akut vurdering, stabilisering og intervention frem for længerevarende ambulante forløb.

I dette felt er de ansatte i akutmodtagelsen underlagt brugen af V-RISK-10 som struktureret risikovurderingsredskab, som har til hensigt at identificere kendte voldsrisikofaktorer og udgør grundlaget for fagpersonens vurdering af voldsrisiko. V-RISK-10 skal foretages af en læge eller psykolog i samarbejde med patienten og gerne pårørende ved indlæggelse og udskrivelse (Region Hovedstaden Psykiatri, 2026). Dette står i kontrast til den praksis, som lægen fra akutmodtagelsen beskriver

> *Jeg har aldrig åbnet det (henviser til V-RISK). Jeg vil sige, at det der med, at man bruger scoringsværktøjer eller ej. Det er både afhængigt af, hvor meget ledelsen er hooked på det. Men mest af alt afhængigt af, om jeg får noget ud af det.*

Udsagnet peger på, at anvendelsen af strukturerede redskaber ikke er en integreret del af lægens praksis, men betinget af både organisatorisk prioritering og individuel vurdering. Dette mønster genkendes i forskningen, hvor Seierstad et al. (2025) viser, at klinikeres holdninger til SPJ-værktøjer som V-RISK-10 varierer betydeligt, og at flere oplever, at redskabet ikke i tilstrækkelig grad indfanger de dynamiske og situationsbestemte faktorer, der er afgørende i akut psykiatrisk arbejde. Manglende tid, ressourcer og oplevet faglig værdi fremhæves som barrierer for implementering, hvilket afspejler den oplevelse, lægen italesætter, når han fremhæver, at brugen afhænger af, om *han får noget ud af det*.

Forskellen i tilgangen til strukturerede risikovurderingsredskaber kan forstås som et udtryk for, at forskellige felter anerkender forskellige former for viden og praksis som gyldige (Bourdieu, 1996). Et struktureret risikovurderingsredskab som START eller V-RISK-10 udgør ikke i sig selv kapital, men er en ressource, hvis værdi afhænger af, om den anerkendes som legitim i det felt, hvor den anvendes. Det er først, når aktøren behersker redskabet på en måde, der genkendes som fagligt kompetent i feltet, at beherskelsen kan omsættes til faglig legitimitet. I retspsykiatrien fremstår START som en anerkendt ressource, der understøtter faglig legitimitet og kollektiv beslutningstagning. I akutmodtagelsen er det derimod i højere grad det faglige skøn, der anerkendes i praksis. Når lægen fremhæver, at brugen afhænger af, om *han får noget ud af det*, peger det på, at redskabet ikke tillægges samme værdi som ressource i det felt, han indgår i. Derved bliver det ikke redskabet i sig selv, men de betingelser, der gør sig gældende i feltet, afgør, hvad der fremstår som en legitim risikovurdering.

At det individuelle faglige skøn vægtes højere end strukturerede redskaber i akutmodtagelsen, bliver yderligere italesat af overlægen fra det retspsykiatriske ambulatorium, der gennem en lang årrække tidligere har været overlæge i en akutmodtagelse. Han fortæller

> *Hvis man har stået i en psykiatrisk akutmodtagelse, så lægger man ret meget vægt på, hvordan situationen er her og nu, når folk kommer ind ad døren. Fordi det er i høj grad det, der er prædiktor for, om der her og nu sker noget.*

Overlægens udsagn illustrerer en faglig logik, der kan bidrage til at forklare lægen fra akutmodtagelsens fravalg af V-RISK-10. I akutmodtagelsen orienteres arbejdet mod situationsbestemt vurdering og stabilisering *her og nu*, og det er denne *her og nu* vurdering, der opfattes som den stærkeste prædiktor på kort sigt. Dette står i kontrast til den længerevarende behandlingslogik, der præger det retspsykiatriske ambulatorium, hvor START anvendes igen og igen med den samme patient, og hvor risikovurderingen får karakter af kontinuerlig registrering af ændringer over tid.

Analysen viser med dette, at risikovurdering både kan forstås som en ensartet faglig praksis og som en kontekstafhængig styringsform. Organisatoriske rammer, ledelsesmæssige prioriteringer og fagspecifikke logikker er betydningsfulde for, hvilke vurderinger der kan fremstå som legitime, og forskellene mellem retspsykiatrien og akutmodtagelsen er derfor ikke blot variationer i praksis, men udtryk for, at risiko produceres og legitimeres forskelligt på tværs af organisatoriske kontekster.

4.1.5 Risikovurdering i spændingsfeltet mellem omsorgs- og sikkerhedslogikker

Variationerne i anvendelsen af strukturerede risikovurderingsredskaber bliver yderligere tydelige, når blikket rettes mod de socialpædagogiske botilbud. Hermed bevæger analysen sig ind i det socialpædagogiske felt, hvor en omsorgsorienteret logik gør sig gældende, og hvor nærheden til beboerens hverdagsliv og frivillighedsprincippet sætter rammerne for handling. I dette felt anvendes både psykiatrisk forankrede risikovurderingsredskaber og mere praksisnære former for systematisering, der er tilpasset hverdagslivet på botilbuddet. Da en af pædagogerne i det individuelle interview bliver spurgt, om de benytter strukturerede risikovurderingsredskaber, svarer han

> *Ude hos os har vi jo en tavle, hvor alle beboernes navne står på, [...] og når beboeren går væk fra sin habituelle tilstand, så sætter vi BVC-scorer på […] Det er sådan en rød dut på en tavle […] og det vurderer vi to gange dagligt.*

BVC-scorer står for *Brøset Violence Checklist*, og er et redskab, der vurderer risikoen for voldelig og aggressiv adfærd i løbet af det kommende døgn. Man kan give en score på 1 eller 0, hvis det vurderes, at beboeren opfylder en eller flere beskrevne symptomer (Hvidhjelm, 2005). Pædagogens udsagn indikerer, hvordan risikovurdering i det konkrete botilbud struktureres gennem faste procedurer og løbende vurderinger i en form, der er tæt knyttet til den daglige praksis og den relationelle kontakt med beboeren. *Tavlen*, som han italesætter, og markeringen af afvigelser fra den *habituelle tilstand* bliver et visuelt og praksisnært redskab, der understøtter en kontinuerlig risikovurdering af beboerens tilstand.

BVC er udviklet inden for psykiatrien (Ibid.), men anvendes også af det socialpædagogiske botilbud. Denne praksis forstås som et udtryk for, at flere logikker er til stede samtidig inden for samme felt. Når et kommunalt botilbud, hvor en omsorgsorienteret logik ellers er dominerende, integrerer et psykiatrisk risikovurderingsredskab i sin praksis, trækker det samtidig på den sikkerhedsorienterede logik, der kendetegner det psykiatriske felt. Pædagogens praksis viser, hvordan to logikker kan eksistere side om side i samme organisation, og hvordan en aktør i det socialpædagogiske felt kan orientere sig mod redskaber, der historisk knytter sig til en anden logik.

På den anden side viser vores empiri også, at denne orientering mod psykiatriens redskaber ikke er entydig inden for botilbuddene. Dette kommer til udtryk i det individuelle interview med en

pædagog fra et andet socialpædagogisk botilbud, som blev spurgt, om de bruger strukturerede risikovurderingsredskaber, hvortil hun svarer

> *Vi skriver ikke op på tavlen […] hvor der er nogle beboere, der går forbi og kan se, at man er rød i dag. Så de kan se 'nå, I skal passe på mig i dag'. Og hvornår får man lige skrevet ham ned, eller hvornår får man ham vurderet igen? Altså så kunne vi ikke lave andet jo.*

Pædagogen på dette botilbud problematiserer anvendelsen af visuelle og systematiske risikomarkeringer og peger på, hvordan sådanne redskaber kan have konsekvenser for relationen til beboeren. Hendes tilgang viser en anden faglig prioritering, hvor hensynet til beboernes oplevelse vægtes højere end behovet for løbende synlig dokumentation af risiko. Dette indikerer, at botilbuddene ikke udgør et homogent felt, men rummer interne variationer i, hvilke logikker der tillægges værdi.

Forskellen mellem de to pædagogers praksisser kan med Thornton et al. (2012) forstås som et udtryk for, at flere logikker er på spil inden for det socialpædagogiske felt. Hvor den første pædagog i sin praksis trækker på elementer fra den langsigtede behandlings- og sikkerhedsorienterede logik gennem brugen af BVC, holder den anden pædagog fast i en mere omsorgsorienteret logik, hvor relationen til beboeren og beboerens oplevelse vægtes højere end synlig dokumentation af risiko. Spændingen mellem de to pædagogers tilgange udspringer ikke nødvendigvis af individuelle uenigheder, men af institutionelt forankrede forskelle i, hvad der konstituerer god praksis i mødet mellem forskellige logikker.

Empirien tyder på, at botilbuddene ikke entydigt overtager psykiatriens redskaber, men i stedet navigerer mellem flere logikker i deres praksis. Nogle aktører inkorporerer redskaber, der allerede er anerkendt inden for den behandlings- og sikkerhedsorienterede logik, mens andre fastholder en praksis tæt på den omsorgsorienterede logik, hvor relationelle hensyn vægtes højere. Risikovurdering fremstår således ikke som en ensartet praksis, men som noget, der formes i spændingsfeltet mellem forskellige institutionelt forankrede logikker. Spændingerne mellem disse logikker bliver særligt tydelige, når aktører fra forskellige felter mødes i konkrete beslutningssituationer.

4.1.6 Delkonklusion

Første analysedel illustrerer, at strukturerede redskaber kan fungere som institutionaliserede praksisser, der organiserer vidensdeling og legitimerer faglige vurderinger. Deres betydning varierer dog markant, da de i retspsykiatrien er dybt forankrede, mens de i akutmodtagelsen anvendes sporadisk og afhænger af individuel præference og ledelsesmæssig prioritering. I nogle socialpædagogiske botilbud forhandles psykiatriens logik, hvor nogle aktører anvender psykiatriske redskaber som kan være med til at opnå legitimitet, mens andre fastholder en omsorgsorienteret tilgang uden brug af strukturerede risikovurderingsredskaber. Risiko vurderes derfor ud fra en hybrid praksis, som påvirkes af både fagligt skøn og brugen af standardiserede redskaber.

Samtidig viser analysen, at adgangen til at definere legitim risiko er ulige fordelt og knyttet til aktørernes position i feltet. Denne ulige fordeling af indflydelse får konkrete konsekvenser, når aktører på tværs af felterne skal forhandle adgangen til indlæggelse og udskrivelse, hvilket er omdrejningspunktet for analysens anden del.

4.2 Forhandling i adgangen til indlæggelse og udskrivelse

Mens første analysedel belyste, hvordan risikovurderinger formes i spændingsfeltet mellem professionelt skøn, strukturerede redskaber og organisatoriske vilkår, retter anden analysedel fokus mod, hvordan disse vurderinger forhandles og legitimeres i forbindelse med adgang til indlæggelse, udskrivelse og ansvarsplacering på tværs af felter.

Der tages teoretisk afsæt i Bourdieus (1991;1996;1997) begreber om socialt rum, felt, kapital, symbolsk vold og symbolsk magt, til at undersøge, hvordan aktører forskellige positioner får betydning for, hvis risikovurderinger der tillægges legitimitet i samarbejdet mellem retspsykiatri, akutmodtagelse og socialpædagogiske botilbud. Derudover inddrages Thornton et al.'s (2012) teori om institutionelle logikker til at belyse, hvordan akutbehandlings-, sikkerheds-, omsorgsorienteret logikker støder sammen og forhandles i konkrete beslutningssituationer. Møllers (2021) perspektiv på deliberative processer anvendes til at analysere, hvordan fælles drøftelser enten muliggør eller begrænses i samarbejdet om indlæggelse og udskrivelse. Endvidere suppleres vores primære teori med perspektiver fra litteraturgennemgangen til at forstå, hvordan risiko kan eskaleres eller forskydes som led i forhandlinger om adgang til ressourcer og placering af ansvar.

4.2.1 Risiko som adgangsbillet

Af empirien fremgår det, at flere af aktørerne oplever udfordringer i forbindelse med indlæggelse af patienter med behandlingsdom, herunder vanskeligheder ved at få akutmodtagelsen til at acceptere indlæggelser. Dette udfoldes også af Jacobsen (2025) som beskriver, at manglende adgang til behandling og støtte kan medføre, at mennesker med psykisk sygdom først mødes af systemet, når problemerne er eskaleret betydeligt. Han argumenterer for, at retspsykiatrien i stigende grad fungerer som en lappeløsning på et psykiatrisk system under pres, hvor mennesker med alvorlige psykiske lidelser risikerer at blive mødt med tvang og straf frem for tidlig behandling og støtte.

En rapport fra Danske Regioner påpeger, at mange patienter ikke indlægges i overensstemmelse med intentionerne i Sundhedsstyrelsens vejledning. Dette gælder blandt andet patienter med dom til behandling, som udebliver fra ambulant behandling uden at blive indlagt, patienter med utilstrækkelig behandling og samtidig misbrug, der ikke indlægges, samt patienter, der indlægges, men udskrives igen, før de vurderes stabile (Ahle, 2019).

I fokusgruppeinterviewet reflekterer overlægen, der tidligere har arbejdet i akutmodtagelsen og nu er ansat i ambulant retspsykiatri, kritisk over den praksis, han møder blandt sine nye kollegaer i den ambulante retspsykiatri, da han siger

> *Jeg må indrømme, at da jeg blev ansat her, blev jeg meget forundret over den her oplevelse af, at man ikke kunne indlægge patienterne […] og jeg er sådan helt forbløffet over, at der kunne være den her tendens til, at man synes, det skulle være værre, før man indlægger patienten. […] Og det er i hvert fald ikke nemmere at behandle ting, jo længere tid de har stået på uden medicin og med mere benzin på bålet.*

Han fremhæver, at han i den ambulante retspsykiatri blev forundret over sine kollegaers oplevelse af, at patienter først bør indlægges, når deres tilstand *skulle være værre*. Denne forståelse stod i kontrast til hans egen faglige tilgang, som er formet af hans tidligere arbejde som overlæge i akutmodtagelsen. I akutmodtagelsen har overlægen haft en praksis orienteret mod tidligere intervention med henblik på at forebygge forværring og undgå at hælde *mere benzin på bålet.*

Overlægens udsagn synliggør en intern spænding mellem den ambulante retspsykiatri og den almene psykiatri, hvor forskellige erfaringer og organisatoriske baggrunde former forståelsen af, hvornår indlæggelse er nødvendig. Kollegaernes oplevelse kan i denne sammenhæng fortolkes som udtryk for en organisatorisk logik, hvor knappe ressourcer og prioriteringshensyn i akutmodtagelsen medfører, at adgang til indlæggelse forudsætter en vis grad af alvorlighed. Udsagnet ses som en kritik af en praksis, hvor risiko implicit må fremstå tilstrækkeligt høj for at udløse en indlæggelse. Dette understøtter Monsons (2020) pointe om, at risikovurderinger i praksis kan forskydes eller intensiveres for at opnå adgang til organisatoriske ressourcer. Overlægens perspektiv forstås som udtryk for en behandlingsorienteret logik, hvor tidlig intervention og forebyggelse af forværring tillægges stor betydning.

Omvendt kan praksissen i akutmodtagelsen fortolkes som udtryk for en logik, hvor hensyn til kapacitet, prioritering og ansvar får betydning for, hvornår indlæggelse fremstår som legitim. Her bliver det nødvendigt at foretage en afvejning mellem forskellige patienters behov, hvilket kan medføre, at kun de mest akutte tilfælde prioriteres.

Spændingen mellem logikkerne i akutmodtagelse har betydning for hvordan adgangen til indlæggelse konkret kan opnås i praksis. Hvor overlægens udsagn pegede på en faglig kritik af tærsklen for indlæggelse, fremhæver sygeplejersken, hvordan adgangen til indlæggelse også formes af relationelle og personbårne forhold mellem aktørerne. I forlængelse af overlægens udsagn beskriver sygeplejersken i det retspsykiatriske ambulatorium

> *Vi havde jo i lang tid en oplevelse af, kom vi for hurtigt med patienterne, altså var de ikke så meget dårlige, så blev de meget hurtigt udskrevet. Og jeg kan ikke lade vær at tænke på, (henviser til overlægen i det retspsykiatriske ambulatorium), at dig og (kollega) har haft jeres karriere over i almenpsykiatrien. Så I har ligesom et navn derovre. Det tror jeg på en eller anden måde er med til, at det har lettet gangen ind til (specifik akutmodtagelse) og længden af indlæggelserne, at I er nogle kendte ansigter derovre.*

Sygeplejersken italesætter, at adgangen til indlæggelse er påvirket af relationer mellem den nuværende overlæge i retspsykiatrien og hans tidligere kollega i akutmodtagelsen. Når sygeplejersken fremhæver, at overlægen og hans kollega *har et navn derovre* og *er kendte ansigter* på akutmodtagelsen, peger hun på, at deres tidligere karriere fungerer som en ressource, der lettere kan aktiveres i de tværsektorielle forhandlinger om indlæggelse.

Dette kan forstås som et udtryk for, hvordan aktørerne indtager forskellige positioner i det sociale rum, og hvordan positionerne bærer forskellig symbolsk vægt i konkrete forhandlinger (Bourdieu, 1997). Det sociale rum mellem det retspsykiatriske ambulatorium og akutmodtagelsen er ikke et neutralt rum, hvor alle henvendelser modtages på samme måde. Overlægens tidligere ansættelse i akutmodtagelsen betyder, at han indtager en position, hvor hans faglige vurdering tillægges en autoritet, da den knytter sig til hans aktuelle rolle i retspsykiatrien, og samtidig hans historik i feltet. Denne autoritet kan forstås som en form for symbolsk magt, da den virker uden at være eksplicit begrundet. Den er derved indlejret i, hvordan han genkendes og modtages i akutmodtagelsen af tidligere kollegaer.

Overlægens position kan også forstås i lyset af Bourdieus (1996) begreb om social kapital, der refererer til de ressourcer og muligheder, der opstår gennem sociale relationer og netværk. Overlægens tidligere karriere i akutmodtagelsen har givet ham et fagligt netværk og kendte relationer på tværs af felter, hvilket fungerer som en social kapital, der kan aktiveres i konkrete forhandlingssituationer. Når sygeplejersken fremhæver, at overlægen og hans kollega er *kendte ansigter derovre*, peger det på, at det er den formelle faglige autoritet, og de relationelle bånd til de modtagende aktører, der har indflydelse på, hvordan henvendelser om indlæggelse modtages og behandles. Den sociale kapital konverteres til symbolsk kapital i den konkrete samarbejdssituation, fordi netværket aktiveres som en ressource, der gør overlægens henvendelser mere genkendelige og legitime for kollegerne i akutmodtagelsen. Bourdieu (1997) mener, at aktørerne ikke har de samme muligheder og forudsætninger for at deltage i de sociale systemer, da systemerne er præget af ulighed og en skæv fordeling af ressourcer. I dette tilfælde indtager overlægen en ubevidst dominerende position i det sociale rum mellem retspsykiatrien og akutmodtagelsen. Den symbolske magt opstår ved, at uligheden i adgangen til indlæggelse opfattes som en naturlig del af, hvordan samarbejdet fungerer.

Hvordan risikoen formuleres og beskrives, og hvem der formulerer den, får betydning for, hvordan vurderingen opfattes og legitimeres. Adgangen til indlæggelse kan således forstås som en forhandlet proces, der udspiller sig i samspillet mellem den strategiske italesættelse af risikoens omfang og de symbolske magtforhold, der præger relationerne mellem de aktører, der identificerer risikoen, og dem, der har beslutningskompetencen til at handle på den. Med Bourdieus (1996) feltbegreb kan dette forstås som udtryk for, at felterne fungerer som arenaer for kampe om, hvis vurderinger der anerkendes som legitime. Adgangen til indlæggelse afgøres

derfor af de kampe om legitimitet og position, der udspiller sig mellem aktørerne i det sociale rum.

4.2.2 Klar i spyttet eller en privilegeret position?

I fokusgruppen opstår der en spændingsfyldt diskussion om, hvilke muligheder forskellige aktører har for at få deres vurderinger anerkendt i samarbejdet omkring indlæggelser. Her peger aktørerne på, at både erfaring, position og måden risiko formidles på kan få betydning for, hvor meget gennemslagskraft en vurdering får. Psykologen fra retspsykiatrisk ambulatorium siger, at *det kan være let at komme udefra og kritisere. Men den kritik overser den dynamik, der over tid har udviklet sig mellem retspsykiatrien og akutmodtagelsen.* I forlængelse heraf svarer overlægen tilbage

> *Jeg tror også, man kan påvirke den dynamik. Jeg tror man kan justere grundigt i det, altså sortere grundigt i det, og jeg tror man kan argumentere grundigere, når man så vælger at indlægge. [...] Jeg tror det gælder om at være klar i spyttet om hvad man tænker er problemstillingen og tage den dialog.*

Overlægen argumenterer for, at samarbejdet mellem retspsykiatrien og akutmodtagelsen kan påvirkes af tydelig argumentation og ved at formulere problemstillingen klart. Dette kan fortolkes i lyset af Bourdieus (1991) forståelse af symbolsk magt, hvor magt udøves gennem sprog, viden og normer frem for direkte tvang. Symbolsk magt opstår ved, at bestemte måder at argumentere og definere problemer på fremstår legitime og naturlige, hvilket samtidig bidrager til at reproducere eksisterende hierarkier i feltet. Dette fortolkes som et udtryk for symbolsk magt, hvor de strukturelle magtforhold i feltet ikke nødvendigvis erkendes af aktører selv. Når overlægen fremhæver vigtigheden af at *være klar i spyttet* og *argumentere grundigt*, fremstilles adgang til indflydelse som et spørgsmål om individuel kompetence, hvilket underkender, at positioner i feltet allerede er ulige fordelt.

Med erfaring fra både akutmodtagelsen og retspsykiatrien indtager overlægen en særlig placering i feltet, hvor han besidder indgående kendskab til de institutionelle logikker i begge kontekster. Dette styrker overlægens position i samarbejdet, da han besidder en form for kulturel kapital i kraft af sin faglige erfaring, specialistviden og kendskab til både akutmodtagelsens og den ambulante retspsykiatriske praksis. Denne kulturelle kapital omsættes samtidig til symbolsk kapital, fordi hans måde at formulere og legitimere risiko på genkendes som legitim inden for akutmodtagelsens praksis. Hans autoritet knytter sig derved både til hans

formelle faglige position, og evnen til at anvende et sprog og en argumentationsform, der har værdi og gennemslagskraft i begge felter.

På den måde kan hans opfordring til at *argumentere grundigere* forstås som en praksis, der forudsætter et kendskab til feltets sproglige og faglige koder. Dette kendskab er ikke nødvendigvis tilgængeligt for alle aktører og kan derfor fungere som en implicit adgangsbetingelse for at få gennemslag. Overlægen positionerer sig således i en dobbeltrolle, hvor hans erfaring fra begge felter giver ham en dominerende position i det sociale rum. Dette peger på, at magt udøves implicit gennem de mere subtile mekanismer, hvor bestemte måder at tale og argumentere på fremstår som naturlige og selvfølgelige. Derved bliver det ikke blot et spørgsmål om at have ret, men om at kunne formulere sin vurdering på en måde, der anerkendes som legitim inden for feltets eksisterende strukturer.

Psykologen fra retspsykiatrien udfordrer direkte overlægens forståelse af, hvorfor han oplever færre problemer med at få patienter indlagt, da han siger

> *Så vi skulle have sorteret bedre? Argumenteret bedre? […] Jeg tror, at du fuldstændig undervurderer din historik som akutlæge på akutafsnit […] Og så kommer du her og siger, at jo mere man er klar i spyttet, og jo bedre man ligesom er ved telefonen og argumenterer, så går det problemfrit. Det synes jeg godt nok er helt blindt for din rolle på akutmodtagelsen tidligere, og så din nye stilling her.*

Psykologen tydeliggør, at overlægens gennemslagskraft hos akutmodtagelsen ikke udelukkende kan forstås som et resultat af tydelig kommunikation eller faglig argumentation. I stedet peger psykologen på, at overlægens tidligere position som akutlæge på akutmodtagelsen giver ham en særlig institutionel autoritet, som påvirker, hvordan hans risikovurderinger modtages, en pointe, der ligger i forlængelse af sygeplejerskens tidligere udsagn. Det, der for overlægen fremstår som et spørgsmål om at være *klar i spyttet*, fremstår for psykologen som et spørgsmål om position og anerkendelse i feltet.

Psykologens udsagn kan forstås som en synliggørelse af de symbolske magtforhold, der ellers ikke er eksplicit i samarbejdet mellem retspsykiatrien og akutmodtagelsen. Overlægens lettere adgang til indlæggelse er ikke et resultat af individuelle kvaliteter, men hænger sammen med den symbolske autoritet, han har opbygget gennem sin tidligere ansættelse i akutmodtagelsen. Når psykologen påpeger dette, udfordrer han en mekanisme, der ellers fungerer uden at blive

italesat. Overlægens adgang kan ses som et udtryk for, hvordan den symbolske magt virker netop ved at fremstå naturlig, da overlægen bevæger sig gennem døre, som andre aktører må arbejde sig igennem på andre vilkår.

Selve diskussionen mellem psykologen og overlægen kan forstås som en kamp om, hvilken forståelse af adgangen til indlæggelse der skal anerkendes som gyldig. Hvor overlægen forklarer sin gennemslagskraft med faglig argumentation, insisterer psykologen på, at den hænger sammen med hans position og historik i feltet. Kampen handler ikke om at nå til enighed, men om retten til at definere, hvad der er den legitime forklaring på, hvorfor nogle vurderinger får gennemslag, mens andre ikke gør.

Samtidig viser psykologens kritik, at den symbolske magt ikke er total. Når den italesættes og udfordres, mister den noget af sin selvfølgelighed, og dens strukturerende effekt kan diskuteres åbent. Psykologens udsagn tydeliggør, at adgangen til indlæggelse ikke alene afhænger af risikovurderingens indhold eller af kvaliteten af den faglige argumentation, men også af hvilken symbolsk kapital den enkelte aktør bringer med sig ind i forhandlingen.

4.2.3 Fra frygt som drivkraft til styrende princip

Selvom læger formelt har beslutningskompetencen i forbindelse med indlæggelse, beskriver lægen for akutmodtagelsen, hvordan magt og indflydelse i praksis kan forskydes mellem felterne, da han siger

> *Jeg vil jo påstå, at der er en høj grad af det, jeg kalder 'flip power balance'. Altså, at det i virkeligheden er dem, man traditionelt set tænker har magten, lægerne, der nok mest bare eksekverer på det, som der foregår ude på bostederne. Dem, der traditionelt er lavest i hierarkiet. [...] Hvis de er bange, så ender det i sidste ende med, at patienterne bliver indlagt i henhold til deres dom.*

Når lægen beskriver en *flip power balance*, peger han på, at vurderinger produceret i botilbuddet kan få afgørende betydning for de beslutninger, der træffes i akutmodtagelsen, særligt i situationer hvor aktørerne oplever utryghed eller frygt. Selvom læger formelt besidder beslutningskompetencen i forbindelse med indlæggelse, synliggør udsagnet, hvordan vurderinger af risiko formes i et samspil mellem flere aktører og institutionelle hensyn.

Med inspiration fra Thornton et al. (2012) kan dette forstås som et udtryk for, at forskellige institutionelle logikker aktiveres og forhandles i samarbejdet omkring patienten. I situationer, hvor der opstår bekymring for potentiel vold eller utryghed, kan bestemte forståelser af risiko få større legitimitet og på den måde større indflydelse på beslutningsprocessen. Risiko bliver derved et spørgsmål om, hvilke forståelser af situationen, der opnår gennemslagskraft i den konkrete kontekst. Udsagnet peger samtidig på, hvordan magt i praksis ikke nødvendigvis følger de formelle hierarkier, men kan forskydes afhængigt af, hvilke aktører der producerer den viden om risiko, som fremstår mest legitim og handlingsanvisende i situationen.

Magten i feltet knyttes samtidig til forskellige former for kapital (Bourdieu, 1997). Lægen besidder den formelle beslutningskompetence i kraft af sin uddannelse, hvilket placerer den juridiske myndighed til at træffe beslutninger om indlæggelse hos lægen. Set i et bourdieusk (1996) perspektiv kan denne formelle position samtidig forstås som en form for institutionaliseret kulturel kapital, der inden for det almenpsykiatriske- og retspsykiatriske felt anerkendes som legitim faglig autoritet. Omvendt besidder de socialpædagogiske botilbud en form for situationsnær og erfaringsbaseret viden, da de har en tæt og kontinuerlig relation til beboeren. Denne viden bliver i praksis afgørende for beslutningsgrundlaget, hvilket indebærer, at magten forskydes fra formel autoritet til den aktør, der har adgang til hverdagsnær viden.

Som lægens udsagn indirekte peger på, er botilbuddet fortsat afhængigt af, at deres vurderinger anerkendes af lægen. Det indebærer, at de må formulere deres bekymringer på måder, der fremstår legitime inden for den akutorienterede logik. Dette kan med Bourdieus (1996) begreb om symbolsk vold forstås som et udtryk for, at bestemte forståelser og vurderingsformer opnår større legitimitet end andre, uden nødvendigvis at fremstå som et magtforhold for aktørerne selv. Botilbuddets vurderinger må oversættes til de argumentationsformer og forståelsesrammer, der anerkendes inden for psykiatriens dominerende logikker. Magten er således relationel og forhandles i spændingsfeltet mellem forskellige logikker og kapitalformer. I denne sammenhæng kan lægens praksis også forstås gennem det, Bourdieu betegner som strategier for at nedlade sig. Her kan aktører med høj symbolsk kapital reducere den sociale distance til andre aktører ved at fremstå lydhøre over for deres vurderinger (Ibid.).

Lægens beskrivelse af en *flip power balance* peger på, hvordan risikovurderinger i praksis kan få gennemslagskraft, når de formuleres med en vis tyngde, gennem udtryk for frygt eller bekymring fra frontlinjen. Denne dynamik, hvor risiko anvendes til at placere ansvar og

strukturere beslutninger på tværs af organisatoriske grænser, italesættes også i det individuelle interview af overlægen fra det retspsykiatriske ambulatorium

> *Der kan man sige, at et princip om, at den, der vurderer risikoen som farligst, er det, der bliver retningsgivende for, hvordan vi håndterer den. Sådan, at man ikke sidder og siger, at det er sgu da ikke så slemt, jeg skal jo kun klare det her. Og hvis I kan komme galt afsted, så er det mere fornuftigt at sige, okay, jeg deler ikke helt din bekymring, men nu tager vi det som udgangspunkt for, hvordan vi håndterer det her.*

Overlægens udsagn konkretiserer, hvordan den mest alvorlige risikovurdering i praksis får forrang og bliver styrende for handling. Dette understøtter forståelsen af risiko som noget, der vægtes og prioriteres i relationelle og organisatoriske sammenhænge. Hvor samme overlæge tidligere fremhævede en behandlingsorienteret logik om tidlig intervention, formulerer han her et princip, hvor sikkerhedshensynet placeres som det overordnede styringsprincip for, hvordan risiko håndteres på tværs af aktører. Denne forskydning kan med Thornton et al. (2012) forstås i lyset af, at institutionelle logikker ikke er statiske, men socialt konstruerede og formet historisk gennem de værdier, normer og regler, som frontlinjemedarbejdere producerer i deres organisationer, samtidig med at de påvirkes af den bredere sociale virkelighed og ændres over tid i takt med de erfaringer og hensyn, der gør sig gældende.

Overlægen beskriver det ikke som en forhandling mellem ligestillede vurderinger, men som en uformel regel om, at den højeste vurdering definerer rammen for handling. Dette peger på, at risikovurderingens legitimitet ikke kun afgøres af faglig argumentation eller deliberativ enighed, men også påvirkes af hvilken logik der i den givne situation fremstår som den mest legitime at agere ud fra.

Borch (2005) peger på, hvordan moderne risikorationalitet indebærer, at samfundet søger at styre bekymrende adfærd gennem påvirkning af individers handlemuligheder, eksempelvis gennem indlæggelse. På den måde forhindres bestemte interaktioner, da individer vurderet som farlige reduceres til risikofaktorer, der må håndteres forebyggende. Han fremhæver, at denne risikologik kan medføre, at selv små afvigelser eller faresignaler kan legitimere indgreb. Når den mest alvorlige vurdering systematisk får forrang, indebærer det, at beslutninger tager udgangspunkt i worst case-scenarier, hvor konsekvensen af at undervurdere risiko vægter tungere end konsekvensen af at overreagere.

Forebyggelse kan derfor udvikle sig til en potentielt grænseløs praksis, hvor selv mindre bekymringer i princippet kan legitimere intervention og handling. Dette peger på en logik, der på den ene side kan bidrage til at stabilisere det tværsektorielle samarbejde gennem en fælles orientering mod sikkerhed og forebyggelse, men som samtidig kan forskyde afvejningen mellem sikkerhed, ressourcer og beboerens rettigheder i retning af det forsigtige og risikominimerende (Ibid.). Risiko udvides fra at være en klinisk vurdering af patientens tilstand til også at fungere som et organisatorisk argument, der legitimerer handlinger, prioriteringer og beslutninger på tværs af felterne.

4.2.4 Når risiko skal eskaleres for at blive taget alvorligt

Nogle aktører beskriver, hvordan de i nogle situationer oplever, at deres bekymringer først får gennemslag, når risikoen fremstår tilstrækkeligt alvorlig eller akut. En af pædagogerne fra et af de socialpædagogiske botilbud, bliver i det individuelle interview spurgt om de bliver taget seriøst, når de vurderer at en beboer bør indlægges, hvor hun fortæller

> *Nej, hvis der ikke virkelig er et offer på bordet [...] Den ene gang, sagde jeg [..] Så jeg skal gå op, også skal jeg bede ham om at slå mig? Der var jeg så brugt og jeg var så frustreret over, at ingen lyttede til os. Men det er bedst, hvis du kan sige, at de har en kniv i hånden [...] Du får dem ikke indlagt, bare ved, at de truer dig.*

Pædagogen fremhæver, i modsætning til lægerne fra både akutmodtagelsen og retspsykiatrien, at botilbuddets vurderinger ikke i samme grad anerkendes som tilstrækkeligt legitime til at udløse en indlæggelse. Hun beskriver, at deres bekymringer først tages alvorligt, når risikoen opstår i form af vold mod personale, frem for som en potentiel eller begyndende forværring. Dette kan indikere, at det princip, som overlægen i det retspsykiatriske ambulatorium beskriver, hvor den mest alvorlige risikovurdering bliver retningsgivende, primært gør sig gældende internt i psykiatrien og ikke nødvendigvis i det tværsektorielle samarbejde med botilbuddene. Her konstrueres risiko som den primære legitimeringsramme for beslutninger i praksis. Dette kan medføre en forskydning fra en behovsorienteret tilgang til en arbejdsgang, hvor det er graden af risiko, der afgør, om der handles.

Monson (2020) peger på, at risiko i frontlinjen ikke blot identificeres, men aktivt forhandles gennem forskellige strategier. En strategi, hvor risikoniveauet bevidst eskaleres for at opnå adgang til ressourcer, definerer Monson gennem begrebet som *up-tariffing*. Dette kommer til

udtryk i pædagogens udsagn, hvor hun beskriver en situation hvor hun, i frustration, spurgte om det var nødvendigt at fremprovokere en konkret voldshandling for at blive taget alvorligt. Risikoen må fremstilles som tilstrækkeligt alvorlig for at kunne legitimere intervention gennem indlæggelsen. Omvendt peger Monson på strategien *deflection*, hvor risiko anvendes til at afvise eller forskyde ansvar (Ibid.). Dette kan også ses i pædagogens oplevelse af, at trusler mod personalet ikke i sig selv er tilstrækkelige til at udløse indlæggelse. Her bliver ansvaret for intervention fastholdt hos botilbuddet, indtil risikoen overskrider en tærskel, der gør den utvetydigt akut.

I modsætning til det princip som overlægen og lægen beskriver, hvor den højeste risikovurdering bliver retningsgivende, peger pædagogens udsagn på, at dette ikke gør sig gældende på tværs af felterne. Den mest alvorlige vurdering er efter botilbuddets opfattelse ikke nødvendigvis den, der får gennemslagskraft. I stedet er det den aktør, der besidder mest symbolsk kapital, hvis vurderinger opnår autoritet og derfor legitimerer handling. Heri ligger en vedvarende kamp om, hvilke vurderingsformer der anerkendes som legitime i feltet, og det er en kamp, hvor botilbuddet står svagest, fordi deres relationelle og hverdagsnære viden ikke tillægges samme symbolske værdi som den lægefaglige. Lægernes vurderinger tillægges i kraft af deres faglige position og institutionelle forankring en højere grad af symbolsk kapital som giver dem autoritet, hvilket indebærer, at de i højere grad kan definere situationens alvor og hvornår indlæggelse fremstår som en legitim intervention.

Dette kan forstås som et udtryk for symbolsk vold, hvor magt udøves på en måde, der fremstår som naturlig og selvindlysende (Bourdieu, 1997). Den ulige fordeling af symbolsk kapital medfører, at botilbuddets vurderinger systematisk tillægges mindre værdi i samarbejdet, uden at dette nødvendigvis italesættes eksplicit. Dermed begrænses deres mulighed for at definere situationens alvor og påvirke beslutningsprocessen. Botilbuddet får således ikke i samme grad adgang til at konstruere den legitime forståelse af risiko, hvilket indebærer, at deres perspektiv i mindre grad bliver styrende for den efterfølgende handling.

Samtidig peger pædagogens udsagn på, at selvom hun udtrykker frustration og implicit udfordrer denne orden, efterlever hun den fortsat i praksis. Hun tilpasser sig de eksisterende betingelser ved at forsøge at intensivere eller konkretisere risikobeskrivelserne for at opnå gennemslagskraft, frem for at udfordre selve præmissen for, hvad der anerkendes som legitim risiko. Dette kan forstås som en internalisering af feltets logikker, hvor botilbuddet handler

inden for de givne rammer og derved bidrager til at reproducere den eksisterende magtstruktur, uden at den direkte sættes til debat.

Selvom botilbuddet i praksis forsøger at opnå gennemslag ved at intensivere risikobeskrivelserne, ændrer dette ikke ved, at deres indflydelse fortsat er betinget af de organisatoriske rammer for samarbejdet. Problemet er således ikke alene, hvordan risiko formuleres, men at samarbejdet i sig selv fremstår ustabilt og uden fast forankring.

4.2.5 Et samarbejde afhængig af overskud og tilfældigheder

Hvor de foregående afsnit har vist, hvordan adgangen til indlæggelse forhandles gennem positioner, symbolsk kapital og strategier for at intensivere risikobeskrivelser, peger empirien også på, at lignende dynamikker gør sig gældende ved udskrivelse, hvor samarbejdet i høj grad er afhængigt af organisatoriske vilkår og tilfældigheder. I det individuelle interview bliver lægen fra akutmodtagelsen spurgt, om botilbuddet inddrages i beslutninger om udskrivelse af deres patienter. Hertil svarer lægen

> *Når vi er gode, så ringer vi til botilbuddet. Og det ville jeg sige vi var mindre ofte [...] Nogle gange får vi heller ikke nødvendigvis sagt det [referer til udskrivelse], fordi vi er 4-5 patienter bagud den dag [...] Det vil være meget afhængigt af, hvilket plejepersonale der er på arbejde den dag. [...] Men jeg vil sige, at jeg altid vil have kontaktet et retspsykiatrisk ambulatorium, der har et domsansvar.*

Lægen fortæller, at inddragelsen af botilbuddet i beslutninger om udskrivelse ikke udgør en fast praksis, men i høj grad er betinget af organisatoriske vilkår og individuelle forhold. Når han beskriver, at kontakt til botilbuddet kun finder sted *når vi er gode*, og at dette afhænger af om de er *4-5 patienter bagud* samt hvilket personale der er på arbejde, indikerer det, at samarbejdet er personbåret og situationsafhængigt frem for strukturelt forankret. Samtidig fremhæver han, at kontakt til det retspsykiatriske ambulatorium prioriteres, hvilket kan forstås som en inddragelse af en aktør med formelt *domsansvar*.

I praksis opstår der ikke nødvendigvis deliberative processer mellem akutmodtagelsen og botilbuddet. I denne situation begrænses de deliberative processer af organisatoriske vilkår, hvilket medfører, at beslutninger om udskrivelse i højere grad træffes uden systematisk inddragelse af botilbuddets perspektiv.

Lægens udsagn illustrerer, hvordan tidspres fungerer som en barriere for sådanne deliberative processer. Når han henviser til, at de kan være *4-5 patienter bagud*, synliggøres det, hvordan organisatoriske vilkår kan begrænse muligheden for refleksion og tværsektoriel dialog. Selvom lægen formelt set, jf. psykiatrilovens § 13 a, har ansvaret for, at relevante aktører, herunder botilbud, inddrages i forbindelse med udskrivning, peger lægens udsagn på, at dette ansvar i praksis er vanskeligt at realisere. Psykiatriloven foreskriver, at der skal indgås en udskrivningsaftale mellem den psykiatriske afdeling og relevante myndigheder, herunder sociale tilbud, hvilket indebærer en forpligtelse til tværsektoriel koordinering i forbindelse med udskrivelse. Derfor opstår der en diskrepans mellem lovgivningens intention og den faktiske praksis, hvor det i sidste ende bliver op til den enkelte medarbejders overskud og prioriteringer, om botilbuddet inddrages.

Samtidig fremgår det, at kontakten til det retspsykiatriske ambulatorium konsekvent prioriteres, hvilket kan forstås som en selektiv operationalisering af lovgivningen. Hvor inddragelsen af botilbuddene fremstår tilfældig, fremstår kontakten til ambulatoriet som forpligtende, hvilket kan relateres til dets formelle domsansvar. Dette peger på, at ikke alle dele af lovgivningen tillægges samme vægt i praksis, men fortolkes og prioriteres forskelligt afhængigt af organisatoriske vilkår, logikker og ansvarsplacering.

Den selektive operationalisering kan også forstås i lyset af aktørernes positioner i det sociale rum. Det retspsykiatriske ambulatorium og botilbuddet indtager forskellige positioner i relation til akutmodtagelsen, hvilket afspejler en ulige fordeling af indflydelse i de deliberative processer. Dette skaber et asymmetrisk udgangspunkt for at blive hørt, hvor nogle aktører har bedre forudsætninger for at opnå gennemslagskraft end andre (Bourdieu, 1997).

Vi udleder, at de retspsykiatriske ambulatorier besidder en højere grad af symbolsk kapital, hvilket øger sandsynligheden for, at de inddrages i beslutninger om indlæggelse. Omvendt ses det, at botilbuddet har en position med lavere symbolsk kapital, som gør dem mere sårbare over for nedprioritering, særligt i situationer præget af tidspres og knappe organisatoriske ressourcer. Det er således ikke tilfældigt, hvilke aktører der fravælges først, når presset stiger.

4.2.6 Når formelle krav ikke omsættes i praksis

På tværs af interviewene beskriver aktørerne, hvordan de formelle krav om samarbejde og koordinering ikke nødvendigvis omsættes konsekvent i praksis i forbindelse med udskrivelsesbeslutningen. Dette kommer blandt andet til udtryk gennem oplevelser af

manglende inddragelse og utilstrækkelig kommunikation mellem felterne. Selvom det tidligere beskrives, at retspsykiatrien som udgangspunkt inddrages i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser, beskrives der modsatrettede oplevelser blandt aktørerne. Sygeplejersken fra det retspsykiatriske ambulatorium beskriver i det individuelle interview, hvordan de ikke konsekvent inddrages i udskrivelsesbeslutningerne, hvilket synliggør et spænd mellem de formelle samarbejdsstrukturer og den konkrete praksis.

> *Jeg oplever, at vi faktisk ikke rigtig [...] som team, bliver respekteret [..] Pludselig så er en patient bare udskrevet, uden at vi overhovedet har været med inden over samarbejdet omkring en udskrivelse.*

Lignende erfaringer fremhæves af en af pædagogerne i det individuelle interview, der fortæller, at udskrivelser ofte gennemføres uden involvering af samarbejdspartnerne

> *Der er ofte hurtige udskrivelser, uden udskrivelsessamtaler, uden at [det retspsykiatriske ambulatorium] bliver orienteret, uden vi [botilbud] bliver orienteret.*

Sygeplejersken og pædagogen peger på, at de formelle deliberative processer, som lovgivningen ellers foreskriver, ikke nødvendigvis realiseres i praksis. Der opstår efter deres oplevelse ikke en reel drøftelse af beslutningen om udskrivelse, hvor botilbuddet og det retspsykiatriske ambulatorium får mulighed for at bidrage med deres perspektiver. I stedet placeres udskrivelsesbeslutningen i højere grad alene hos akutmodtagelsen, mens de øvrige relevante aktører udelades fra beslutningsgrundlaget. I dette tilfælde er der derved ikke tale om en egentlig tværsektoriel forhandling eller legitimering af risikovurderingen, idet akutmodtagelsen ikke deler sine vurderinger eller indgår i dialog med de øvrige aktører og samarbejdet forbliver uforløst.

Denne diskrepans mellem lovgivning og praksis uddybes i fokusgruppeinterviewet, hvor overlægen fra det retspsykiatriske ambulatorium italesætter, at udskrivningsaftaler formelt set er lovpligtige, men at der ikke nødvendigvis følger sanktioner med, hvis de ikke udarbejdes eller efterleves, da han siger

> *Lovhjemmel gør jo noget, men så er det bare om det så sker. Det er jo bare en lov, om den skal laves, men der er jo ikke nogen, der bliver hængt op på ikke at følge den.*

Overlægen mener, at lovgivningen i sig selv ikke er tilstrækkelig til at sikre, at der etableres en praksis, hvor relevante aktører systematisk inddrages i forbindelse med udskrivning af

patienter. Selvom udskrivningsaftaler formelt kan forstås som en ramme for deliberation, hvor forskellige aktører forventes at bidrage med deres perspektiver, viser det sig, at det ikke nødvendigvis realiseres i praksis.

Formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er at fastholde patienten i behandling og reducere risikoen for medicinsvigt gennem tidlig kontakt mellem behandlere, hvis patienten ophører med behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2011). På trods af en stigning i antallet af aftaler fra 2007 til 2008 vurderede Sundhedsstyrelsen imidlertid, at disse fortsat blev indgået sjældnere end berettiget. Allerede på dette tidspunkt blev manglende opmærksomhed på lovkravet samt uklarhed om kriterierne fremhævet som mulige forklaringer (Ibid.).

At denne problematik fortsat bliver italesat, antyder, at udfordringen ikke kun kan forklares ved manglende viden eller implementering, men snarere må forstås som et mere grundlæggende strukturelt problem. Det indikerer, at der er en vedvarende spænding mellem lovgivningens intentioner og de organisatoriske betingelser, som aktørerne arbejder under.

Dette rejser spørgsmålet om, hvorfor udskrivningsaftaler ikke i højere grad er blevet en integreret del af praksis, på trods af deres lovmæssige forankring og gentagne politiske og administrative fokus. En mulig forklaring er, at udarbejdelsen af sådanne aftaler kræver tid, koordinering og tværsektoriel kommunikation, hvilket kan være vanskeligt at prioritere i en hverdag præget af tidspres og skiftende bemanding, som lægen fra akutmodtagelsen italesætter. Den deliberative proces, der ellers kunne danne grundlag for fælles aftaler, forbliver fraværende. Udskrivningsaftalerne bliver ikke fraværende som følge af manglende vilje, men som resultat af organisatoriske vilkår, der gør det vanskeligt at omsætte lovkrav til stabil praksis.

Når overlægen fra det retspsykiatriske ambulatorium italesætter, at *der er jo ikke nogen, der bliver hængt op på ikke at følge den,* betyder det, at efterlevelsen af lovgivningen i højere grad bliver afhængig af lokale prioriteringer og organisatoriske vilkår. De deliberative processer kan etableres gennem formelle krav, men forudsætter, at der i praksis skabes organisatoriske betingelser for fælles drøftelser. Når sådanne betingelser mangler, eksempelvis som følge af tidspres eller uklare ansvarsplaceringer, reduceres mulighederne for, at beslutninger udvikles gennem kollektive processer. I stedet bliver beslutninger i højere grad individualiserede og situationsafhængige, hvilket svækker den fælles forhandling af, hvad der udgør legitim praksis.

Når lovgivning og organisatoriske rammer ikke i tilstrækkelig grad understøtter fælles deliberative processer, overlades samarbejdet i højere grad til uformelle og personbårne dynamikker. Dette kan bidrage til, at samarbejdet forskydes fra en fælles problemløsende

praksis til en mere fragmenteret og konfliktpræget interaktion mellem aktørerne. Denne dynamik kommer til udtryk i fokusgruppeinterviewet, hvor en af pædagogerne beskriver, hvordan samarbejdet mellem aktørerne i praksis kan antage karakter af en modsætningsfyldt relation

> *Jeg har oplevet igennem de sidste mange år, at der er en 'dem-mod-os-tendens', hvor man ikke har fundet, en 'hvordan-skal-vi-samarbejde' og 'hvordan-skal-vi-løse', men lidt mere sådan en mudderkast mod hinanden, hvilket er super ukonstruktivt.*

Pædagogen peger på, at aktørerne ikke i fællesskab orienterer sig mod at løse en opgave, men i stedet positionerer sig i opposition til hinanden. Dette kan forstås i lyset af, at aktørerne befinder sig i komplekse arbejdsvilkår, hvor forskellige institutionelle logikker og organisatoriske mål ikke nødvendigvis er afstemt. Selvom der på tværs af felter eksisterer en intention om at arbejde helhedsorienteret, udfordres dette af, at aktørerne samtidig er forpligtet på forskellige succeskriterier, hvilket kan skabe spændinger i praksis og føre til, at egne hensyn prioriteres frem for fælles løsninger.

Denne dynamik kan forstås som udtryk for, at felterne fungerer som kamparenaer, hvor aktørerne kæmper om position og om retten til at definere, hvordan problemerne skal forstås og løses. Pædagogens beskrivelse af en *dem-mod-os-tendens* viser, hvordan denne kamp udspiller sig i praksis, når aktørerne forsvarer egne forståelser frem for at afstemme dem med hinanden. Fraværet af deliberative rum medierer ikke kampen, men forstærker den, fordi der ikke skabes et fælles grundlag, hvor de forskellige logikker kan brydes mod hinanden på lige vilkår.

Når der ikke skabes rum for fælles drøftelser af risiko og ansvar, reduceres mulighederne for at udvikle fælles normer for, hvad der udgør legitim praksis. I stedet opstår der parallelle forståelser, hvor aktørerne handler ud fra deres egne logikker uden at få dem afstemt med hinanden. I denne sammenhæng kan pædagogens beskrivelse af *mudderkast* forstås som et udtryk for, at uenigheder ikke håndteres gennem dialog, men gennem gensidig kritik og positionering. Samarbejdet antager karakter af en *dem-mod-os-tendens*, hvor forskellige forklaringer og løsningsforslag kolliderer frem for at integreres.

Denne *tendens* får betydning for, hvordan risiko forstås og håndteres, da det bliver vanskeligere at etablere en fælles afvejning, når aktørerne i højere grad forsvarer egne vurderinger. Samtidig

indtager aktørerne forskellige positioner i det sociale rum, hvor deres vurderinger tillægges forskellig symbolsk vægt (Bourdieu, 1997). Når deliberative processer mangler, fastlåses disse positioner, og den eksisterende asymmetri mellem aktørerne reproduceres i samarbejdet uden at blive genstand for fælles refleksion (Møller, 2021).

Brown og Gale (2018) peger på, at professionelle i stigende grad arbejder under en risikologik, der omstrukturerer både hierarki og ansvar. Når institutionelle logikker og organisatoriske mål ikke er afstemt, kan det forstås som et udtryk for, at risikostyring får en defensiv karakter, hvor fokus forskydes fra fælles problemløsning til at placere ansvar og undgå skyld. Dette kan bidrage til det *mudderkast*, pædagogen beskriver, da opmærksomheden rettes mod at beskytte egen position frem for patientens behov.

I denne sammenhæng bliver samarbejdet præget af strategiske handlinger, hvor aktørerne orienterer sig mod egne mål og rammer frem for gensidig forståelse. Når der ikke skabes rum for dialog, forbliver spændinger mellem forskellige logikker uforløst, og der opstår parallelle forståelser af, hvad der udgør legitim praksis. Samtidig kan hierarkiske relationer betyde, at visse vurderinger accepteres uden at blive udfordret, hvilket bidrager til at reproducere eksisterende magtforhold.

4.2.7 Delkonklusion

Anden analysedel har vist, at adgang til indlæggelse og udskrivelse formes gennem forhandlinger mellem organisatoriske vilkår, institutionelle logikker og aktørers forskellige positioner i feltet. Risiko fungerer som en legitimeringsramme, hvor vurderinger må formuleres på bestemte måder for at få gennemslag og udløse handling.

Analysedelen viser, at risiko kan fungere som en adgangsbillet til indlæggelse, da flere aktører beskriver, at bekymringer først anerkendes, når risikoen fremstår tilstrækkeligt alvorlig eller akut. Dette ses særligt i botilbuddets oplevelse af, at deres vurderinger ikke tillægges samme vægt som lægefaglige vurderinger, medmindre risikoen konkretiseres gennem vold, trusler eller synlig fare. Derfor bliver det både risikovurderingens indhold, og aktørernes symbolske kapital, der afgør, om vurderingen opfattes som legitim.

Derudover fremgår det, at adgangen til indlæggelse er præget af ulige magtforhold. Overlægens tidligere relationer til akutmodtagelsen giver ham en særlig gennemslagskraft, på baggrund af den samlede kapitalmængde på tværs af felter. Dette tydeliggør, at det ikke blot handler om at

argumentere klart, men også om hvem der påtaler risikoen, og hvilken position vedkommende taler fra.

Inddragelsen af botilbud og retspsykiatriske ambulatorier fremstår i flere tilfælde personbåret, tilfældig og afhængig af tid, ressourcer og bemanding. Det svækker de deliberative processer og betyder, at beslutninger om udskrivelse kan træffes uden systematisk inddragelse af viden om beboerens hverdag og aktuelle situation. Når fælles drøftelser ikke understøttes strukturelt, forskydes samarbejdet fra fælles problemløsning til defensiv risikostyring, ansvarsforskydning og *dem-mod-os-tendens*. Dette danner grundlag for tredje analysedel, hvor fokus rettes mod, hvordan risikovurderinger oversættes og forhandles på tværs af felter i et tværsektorielt rum præget af både gensidig afhængighed og kampe om, hvilke vurderinger der tillægges legitimitet. Analysen retter med dette opmærksomheden mod, hvordan de forskellige aktører kontinuerligt kæmper for at få deres forståelser af risiko anerkendt som gyldige i samarbejdet omkring de ambulante retspsykiatriske patienter.

4.3 Dokumentation, afhængighed og ulige adgang til legitim viden

Mens anden analysedel viste, hvordan adgang til indlæggelse og udskrivelse formes af organisatoriske vilkår, ulige positioner og manglende strukturel forankring, retter sidste analysedel fokus mod de tværsektorielle samarbejdsrelationer, hvor aktørerne er gensidigt afhængige af hinandens viden og vurderinger for at kunne håndtere risiko i praksis.

Analysen tager afsæt i Bourdieus (1991; 1996; 1997) begreber om socialt rum, felt, kapital, symbolsk magt og symbolsk vold, som anvendes til at undersøge, hvordan ulige adgang til viden og forskellige former for faglig kapital får betydning for, hvis risikovurderinger der anerkendes som legitime. Herudover inddrages Thornton et al.'s (2012) teori om institutionelle logikker til at belyse spændingen mellem en retspsykiatrisk logik, hvor historisk og systematiseret viden tillægges høj værdi, og en socialpædagogisk omsorgsorienteret logik, hvor beboerens aktuelle situation, relationelle forhold og hverdagsliv vægtes højere. Møllers (2021) perspektiv på deliberative processer anvendes til at analysere, hvordan fælles drøftelser om risiko begrænses og forskydes til individuelle oversættelsesprocesser. Endelig inddrages litteratur fra vores litteraturgennemgang til at supplere vores primære teori.

4.3.1 Oversættelse af risiko i praksis

De foregående analysedele har vist, hvordan risikovurderinger formes af forskellige institutionelle logikker, organisatoriske vilkår og ulige positioner i feltet. I tværsektorielle samarbejdsfora bringer de involverede aktører hver deres risikovurdering, som er udviklet inden for deres respektive organisatoriske rammer. I denne proces opstår der en forhandling, hvor professionelle må legitimere deres vurderinger over for hinanden med henblik på at nå frem til en fælles forståelse og en koordineret plan.

I det individuelle interview bliver psykologen fra de retspsykiatriske ambulatorier spurgt om hans erfaringer med risikovurderinger på tværs. Han beskriver, hvordan risikovurderinger må oversættes, når de bevæger sig på tværs af organisatoriske kontekster

> *Jeg skal prøve at oversætte risikovurderingen fra (referer til retspsykiatrisk sengeafsnit), så den passer ind i de aktuelle rammer. Og det er et arbejde, jeg gør løbende […] jeg tror ikke så tit, vi får sat os ned og talt om: hvad betyder den her risikovurdering?*

Psykologens udtalelse påpeger, at risikovurderinger ikke uden videre kan overføres mellem forskellige kontekster, da det kræver et aktivt oversættelsesarbejde, hvor vurderinger tilpasses de organisatoriske rammer, de skal anvendes i. Oversættelsen sker med henblik på at gøre vurderingen meningsfuld og anvendelig for den modtagende part i det tværsektorielle samarbejde. Samtidig fremgår det her, at denne proces fortsat er forankret internt i retspsykiatrien, hvor risikovurderingen bearbejdes, før den bringes i spil over for andre aktører.

Møllers (2021) begreb om deliberation, viser, at oversættelsen af risikovurderinger ikke nødvendigvis sker gennem fælles, eksplicitte drøftelser, men i højere grad individuelt og situeret i den enkelte aktørs praksis. Når oversættelsen ikke forankres i fælles deliberative rum, begrænses mulighederne for, at forskellige organisatoriske logikker aktiveres, afvejes og gensidigt kvalificerer hinanden.

Fraværet af sådanne kollektive drøftelser kan medføre, at risikovurderingers betydning ikke stabiliseres gennem fælles normdannelse, og i stedet udvikles forskelligt afhængigt af den enkelte aktørs fortolkning, faglige ståsted og organisatoriske placering. Dette indebærer, at vurderinger i højere grad bliver situerede og kontekstafhængige, hvilket kan skabe variation i, hvordan risiko forstås og håndteres på tværs af felter. Samtidig kan det betyde, at ansvaret for at skabe sammenhæng i risikovurderinger forskydes fra kollektive processer til den enkelte frontlinjemedarbejder. Dette kan øge kompleksiteten i arbejdet, da aktørerne selv må navigere

mellem forskellige hensyn, logikker og forventninger uden nødvendigvis at have et fælles afstemt grundlag at trække på.

Når psykologen beskriver, hvordan han *skal oversætte risikovurderingen, så den passer ind i de aktuelle rammer*, samtidig med at han fremhæver, at de ikke så tit får sat sig ned og drøftet betydningen af dette for risikovurderingen, fortolker vi det som et udtryk for, at deliberationen ikke har en entydig eller stabil betydning på tværs af felterne. Snarere peger hans udsagn på, at vurderinger må tilpasses og gives ny mening i mødet med forskellige organisatoriske kontekster og praksisser.

Psykologens oversættelsesarbejde forstås som en bevægelse mellem forskellige positioner i det sociale rum. Som psykolog med formel uddannelse og en stilling, hvor oversættelsesarbejdet er en del af hans rolle, indtager psykologen en position med tilstrækkelig kulturel kapital til at læse, fortolke og videreformidle vurderinger på tværs af felter. Når oversættelsen sker individuelt og uden fælles drøftelse, ligger fortolkningsmagten primært hos den aktør, der har den nødvendige kapital til at omsætte vurderingen. Når aktører fra forskellige felter mødes, vil deres positioner sjældent være ligeværdige, og samarbejdet vil altid være præget af, at nogle aktører besidder mere symbolsk kapital end andre (Bourdieu, 1997). Derved besidder psykologen en større mængde symbolsk og kulturel kapital, hvilket giver ham større mulighed for at oversætte og definere, hvilke elementer i risikovurderingen der tillægges vægt, samt hvordan vurderingen forstås i en ny organisatorisk sammenhæng.

Denne oversættelsesproces får særlig betydning i situationer, hvor der skal besluttes konkret, hvordan risiko håndteres, som eksempelvis ved indlæggelse. I disse tilfælde kan det blive styrende, hvordan risikovurderinger formidles og forstås på tværs af felterne, da akutmodtagelsen typisk kun er direkte involveret i patientforløbet i forbindelse med selve indlæggelsen.

Hvordan risikovurderinger oversættes og vægtes i disse situationer, er således ikke neutralt, men formes af de positioner og kapitalformer, som aktørerne bringer med sig ind i samarbejdet. Dette peger samtidig på, at der ikke nødvendigvis eksisterer én fælles forståelse af risiko på tværs af felterne, men snarere flere konkurrerende måder at definere og håndtere risikoen på.

4.3.2 Spændinger mellem logikker og vidensformer i risikovurdering

I både fokusgruppen og i de individuelle interviews kommer botilbuddene med andre forståelser af risiko, hvilket antyder, at der er variationer i, hvordan risiko fortolkes, også inden for samme felt. En af pædagogerne beskriver i fokusgruppen, at de ofte har en begrænset viden om beboernes baggrund

> *Når vi får en ny beboer, så er det ikke altid vi ved om de har en behandlingsdom. Det er meget sparsomt, hvad vi får af oplysninger […] så det kan være svært at vide, hvad det egentlig er, vi forholder os til […] På den anden side, så tager vi jo så mennesker ind […] så vi ikke har nogen fordomme, inden vi starter op, så man kan starte på ny.*

Pædagogens udsagn forstås som et udtryk for en position i feltet, hvor fraværet af viden om beboerens historik ikke nødvendigvis opfattes som en mangel, men som en legitim faglig tilgang. Når han fremhæver, at de *ikke har nogen fordomme, inden vi starter op*, positionerer han sig i en praksis, hvor vurderinger primært tager udgangspunkt i beboerens aktuelle situation frem for tidligere hændelser.

Positionen knytter ham til en omsorgsorienteret logik, hvor nærhed til beboerens hverdagsliv og fokus på det aktuelle tillægges værdi. Samtidig må denne position forstås i relation til feltets struktur, hvor andre aktører, herunder retspsykiatrien, besidder en anden form for kapital, der i højere grad knytter sig til viden om historisk risikoadfærd og juridiske forhold.

Derved fremstår pædagogens tilgang som en positionering inden for et felt, hvor forskellige former for viden konkurrerer om at definere, hvad der udgør et legitimt grundlag for risikovurdering. I dette spændingsfelt kan pædagogens fokus på det aktuelle både forstås som et fagligt ideal og som en position med begrænset gennemslagskraft, da pædagogerne ikke har samme mængde kapital der anerkendes på tværs af felter. I kontrast hertil pegede den retspsykiatriske overlæges tidligere udsagn på en tilgang, hvor historisk risikoadfærd tillægges væsentlig betydning i vurderingen af fremtidig risiko. Pædagogens udgangspunkt har en begrænset mulighed for at tillægge tidligere hændelser betydningen for at kunne møde beboeren uden *fordomme*.

Den socialfaglige tilgang repræsenterer en alternativ måde at håndtere usikkerhed på. Hvor den retspsykiatriske logik søger at reducere usikkerhed gennem inddragelse af systematiseret viden

om tidligere hændelser, peger pædagogens udsagn på en praksis, hvor usikkerhed i højere grad håndteres gennem relationelt arbejde og løbende vurderinger i beboerens hverdagsliv.

Dette kan relateres til Møller (2021), der fremhæver, hvordan frontlinjebeslutninger ofte træffes under betingelser præget af begrænset information og derfor må udvikles gennem situerede deliberative processer. Der opstår på den måde en spænding mellem forskellige måder at etablere et legitimt vidensgrundlag for handling på, hvor det tidligere er afdækket at den retspsykiatriske overlæge baserer sin vurdering på historisk risikodata, tager pædagogens vurdering udgangspunkt i beboerens aktuelle situation. Denne forskel skyldes ikke nødvendigvis et bevidst fravalg af historisk viden hos pædagogen, men må snarere forstås i lyset af organisatoriske og institutionelle begrænsninger i adgang til information.

Pædagogens udsagn illustrerer, at oplysningsgrundlaget i botilbuddet ofte er begrænset, hvilket påvirker udgangspunktet for risikovurderingen og giver aktørerne forskellige muligheder for at legitimere deres vurderinger, afhængigt af hvilken viden de har adgang til. Det retspsykiatriske ambulatorium og det socialpædagogiske botilbud indtager dermed forskellige positioner i det sociale rum, hvor de former for viden, de producerer, bærer forskellig symbolsk tyngde. Den retspsykiatriske overlæges historisk og strukturelt funderede risikovurdering indskriver sig i en logik, der lader sig dokumentere, videreformidle og anvende på tværs af felterne, mens pædagogens situerede, relationelle logik i højere grad er bundet til den konkrete kontekst. Forskellen handler både om, at logikkerne er forskellige, og om, at de tillægges forskellig vægt, når risikovurderinger skal forhandles i det tværsektorielle rum.

Denne ulige vægtning kan forstås som en form for symbolsk vold, hvor magtforholdene i det tværsektorielle samarbejde reproduceres uden at blive eksplicit problematiseret. Pædagogens udsagn illustrerer, at botilbuddet ikke har adgang til bestemte former for viden om beboerens historik, hvilket fremstår som en naturlig del af deres praksis og ikke sættes til diskussion i fokusgruppen. Dermed underordner de sig en videns- og magtstruktur, hvor andre aktørers vurderinger tillægges større autoritet. At denne underordning ikke sættes til diskussion, kan forstås som et tegn på, at kampen om legitimitet i dette tilfælde er afgjort, før den udkæmpes. Den symbolske vold viser sig ved, at botilbuddet ikke oplever den manglende adgang til viden som et tab, men som et grundvilkår, de tager for givet.

4.3.3 At møde beboeren uden fordomme vs. at kende deres historik

En anden pædagog fra et andet botilbud beskriver en anderledes tilgang, da han fremhæver, at det er en fordel at have adgang til beboerens historik. I modsætning til den tidligere pædagog, der betoner fraværet af *fordomme*, peger denne pædagog på værdien af indsigt i tidligere hændelser. Da han bliver spurgt, om han har adgang til domsudskrifter og andre historiske oplysninger om patienterne, svarer han

> *Vi skal arbejde med dem dagligt, så er det vigtigt at vi har et eller andet helhedsbillede af, hvem de er. Ikke fordi det skal definere dem udelukkende, men det er jo meget rart at vide, er der noget der trigger dem, eller er det grundet et eller andet*.

Pædagogen fremhæver værdien af at have adgang til beboerens historik for at opnå et helhedsbillede og identificere potentielle triggerpunkter, mens den tidligere pædagog giver udtryk for, at fraværet af denne viden muliggør at møde beboeren med friske øjne. Det peger på to forskellige tilgange til risikohåndtering, hvor den ene orienterer sig mod tidligere hændelser og mønstre, mens den anden i højere grad baserer sig på den aktuelle relation og situation.

Dette kan være et udtryk for, at frontlinjemedarbejdere orienterer sig mod forskellige, institutionelt forankrede forståelser af, hvad der udgør legitim praksis selv indenfor den samme organisatoriske kontekst. Forskellen skal ikke forstås som en individuel uenighed, men som et udtryk for, at forskellige institutionelle logikker strukturerer, hvilke former for viden der tillægges betydning i praksis. Det er særligt interessant, at denne variation opstår på tværs af botilbud inden for samme organisatoriske kontekst, da der selv inden for ensartede organisatoriske rammer kan eksistere forskellige faglige forståelser af, hvad der udgør relevant viden i risikovurdering.

I modsætning til den pædagog, der fastholder en omsorgsorienteret logik med fokus på det aktuelle møde, bevæger den anden pædagog sig tættere på det tværsektorielle rums dominerende logik, hvor historisk risikoadfærd og systematiseret viden tillægges særlig betydning. Dette peger på, at aktørerne aktivt navigerer og positionerer sig i feltet ved at tilpasse deres sprog og forståelser til de former for viden, der anerkendes som legitime.

Denne pointe understøttes af Lippi et al. (2025) som viser, at risikovurdering er noget der institutionaliseres forskelligt afhængigt af de organisatoriske og juridiske rammer. I forlængelse heraf kan pædagogernes forskellige tilgange ses som produkter af de strukturelle betingelser, de arbejder under, hvor adgang til historik i nogle sammenhænge udgør en betydningsfuld del af risikostyringen, mens andre kontekster muliggør en mere situationsbaseret tilgang. Den ene pædagogs fokus på historik kan i denne sammenhæng forstås som en del af en sådan risikostyringslogik, hvor viden om tidligere hændelser fungerer som grundlag for legitime beslutninger og forebyggelse. Omvendt illustrerer pædagogens tilgang, hvordan frontlinjemedarbejdere ikke blot reproducerer organisatoriske krav, men aktivt fortolker og tilpasser dem i praksis, da han nedtoner betydningen af historik til fordel for en mere relationsbaseret vurdering.

4.3.4 Fra klinisk ekspertise til *pensionerede landmænd*

Hvor de foregående afsnit har vist, hvordan aktører inden for det socialpædagogiske felt positionerer sig forskelligt i forhold til risikovurdering, retter dette afsnit blikket mod, hvordan disse positioner opfattes og klassificeres fra de andre felters perspektiv. De spændinger, der præger samarbejdet, kommer også til udtryk i lægens beskrivelse af samarbejdet med botilbuddene. I det individuelle interview bliver lægen fra akutmodtagelsen spurgt om sin oplevelse af samarbejdet med botilbuddet, hvortil han svarer

> *Det er mit indtryk, som er meget på basis af hvad plejepersonalet siger, at der er rod i bostederne. Altså skiftende personale, pensionerede landmænd, ufaglærte, og at noget af det, kan være med til at folk (patienter) kommer (indlægges) i henhold til deres dom. Og når plejepersonalet er allermest trætte af det, så kan de også finde på at sige: det er fordi de ikke gider arbejde! Om det er rigtigt. Det ved jeg ikke, men nogle gange kan jeg godt tænke mig, at der er noget reelt i det.*

I det felt, som lægen indgår i på akutmodtagelsen, fremkommer en bestemt forståelse af botilbuddenes personale som værende mindre fagligt kvalificerede. Dette ses blandt andet, når lægen refererer til *pensionerede landmænd* som medarbejdere i botilbuddene. Gennem denne italesættelse positionerer lægen sig selv og sine kollegaer som tilhørende en dominerende professionel gruppe med højere kapital og status, mens botilbuddets personale fremstilles som tilhørende en lavere position i det sociale rum.

Dette kan med Bourdieu (1996) forstås som et udtryk for symbolsk vold, hvor magt udøves gennem klassifikationer og kategoriseringer, der får bestemte forståelser af aktører til at fremstå som naturlige og legitime. Når lægen ureflekteret kategoriserer botilbuddets personale som *ufaglærte* og *pensionerede landmænd*, bidrager det til at reproducere en social orden, hvor visse fagligheder anerkendes som mere legitime end andre. Den symbolske vold opstår ved, at den ulige fordeling af legitimitet ikke italesættes som magtudøvelse, men fremstår som en naturlig konstatering af forskelle i kvalifikation og professionalisme. Samtidig peger udsagnet på, hvordan denne klassifikation kan få konsekvenser for, hvilke vurderinger og bekymringer fra botilbuddet der tillægges legitimitet i det tværsektorielle samarbejde om indlæggelse.

Denne forskel mellem psykiatrien og botilbuddene bidrager til at opretholde en vedvarende ulighed og konflikt, da begge parter synes at være bevidste om spændingerne uden nødvendigvis at udfordre dem. Lægen besidder en større grad af symbolsk kapital, hvilket kan give ham magt til at definere, hvad der tæller som legitim viden og praksis. Denne magt indebærer også muligheden for at forme andres forståelser af virkeligheden. I dette tilfælde får plejepersonalet i psykiatrien en position, hvor de kan definere botilbuddenes praksis som problematisk, hvilket lægen implicit accepterer og reproducerer. Derved bliver magten ikke genstand for kritisk refleksion, men fremstår som en selvfølge.

Heri udspiller der sig en kamp om, hvilke fagligheder der anerkendes som gyldig viden i feltet. Denne kamp adskiller sig fra forhandlingerne om den enkelte indlæggelse, fordi den ikke retter sig mod en konkret vurdering, men mod selve rangordenen mellem felterne. Når lægen kategoriserer botilbuddets personale som *ufaglærte* og *pensionerede landmænd*, fastlægger han på forhånd, hvilken viden der tæller som mindre værd, før den overhovedet bringes i spil i en konkret sag. Botilbuddet taber denne kamp, uden at den udkæmpes åbent, fordi nedvurderingen fremstår som en konstatering af forskelle i kvalifikation frem for som en position, der kæmpes for. Kampen om klassifikation er på den måde mere grundlæggende end kampen om den enkelte beslutning, fordi den afgør, hvem der overhovedet har en legitim stemme i feltet.

Hvor Bourdieu (1996) bidrager til at belyse kampene mellem felterne, kan Thornton et al. (2012) supplere ved at synliggøre de underliggende værdisæt, som former aktørernes forståelser. Lægens fremstilling af botilbuddene som præget af *rod*, *ufaglærte* og manglende arbejdsvilje kan forstås som et udtryk for en professionel logik, hvor formel uddannelse og klinisk ekspertise tillægges høj værdi. I kontrast hertil kan botilbuddenes praksis være orienteret mod en omsorgsorienteret logik, hvor relationelle og hverdagsnære hensyn vægtes højt. Disse

forskellige logikker kan skabe gnidninger, da de indebærer forskellige succeskriterier og forståelser af, hvad god praksis er.

Det, som lægen betegner som *rod*, kan også tolkes som botilbuddenes forsøg på at navigere i psykiatriens krav og rammer, herunder juridiske mandater og behandlingsmæssige hensyn, som ikke nødvendigvis harmonerer med deres egen praksis. Samtidig tilskrives botilbuddene et ansvar for en øget indlæggelsesfrekvens, hvilket yderligere forstærker et negativt billede af deres arbejde.

Monson (2020) peger på strategien *deflection*, hvor risiko anvendes til at afvise eller forskyde ansvar. Som tidligere afdækket i analysen, fremgår det at en af pædagogerne oplever at deres risikovurdering af en beboer, ikke kan udløse en indlæggelse, hvilket står i kontrast til lægens udsagn om at deres *skiftende personale* og *pensionerede landmænd*, er med til at flere patienter indlægges i henhold til deres dom.

Lægens brug af betegnelser som *rod*, *ufaglærte* og *pensionerede landmænd* kan fungere som et sprogligt redskab, der aktivt konstruerer en bestemt virkelighed. Gennem dette vokabular etableres en distinktion mellem *rigtige* professionelle og *de andre*, hvor lægen og hans kollegaer positioneres som legitime eksperter. På den måde bliver sproget en vigtig mekanisme i opretholdelsen af hierarkier og magtforhold mellem psykiatrien og botilbuddene.

4.3.5 Når beslutninger træffes uden for åbningstid

Selvom lægen fra akutmodtagelsen i den ovenstående udsagn positionerer botilbuddenes personale som mindre fagligt kvalificerede, viser empirien samtidig, at han i visse situationer er stærkt afhængig af deres vurderinger. Dette gælder særligt i akutte beslutningssituationer uden for det retspsykiatriske ambulatoriums åbningstid. Dette illustreres i det individuelle interview når han siger

> *Der har jeg jo ikke andet end at læne mig op ad det, der står i journalen [...] Så det er virkelig svært at lave sådan en gråsonevurdering […] Der bliver jeg nødt til at lytte til botilbuddet. [...] hvis de ikke også føler sig empowered i, at det kan de godt rumme i en eller anden grad, [...] så kan jeg jo ikke gøre end at sige, hvorvel der er forsikring for at de før har begået kriminalitet, og I (botilbuddet) synes det, så må de komme ind (referer til indlæggelse). Der er i hvert lige et*

svar jeg mangler, når jeg mangler bindeleddet, som så for mig er ambulatoriet (henviser til retspsykiatrisk ambulatorium).

Lægen beskriver, hvordan hans vurderingsgrundlag som læge i akutmodtagelsen i høj grad er begrænset til det, der fremgår af journalen, samt den information, han kan indhente fra botilbuddet, da de er tilgængelige på alle tider i døgnet modsat de retspsykiatriske ambulatorier.

I situationer præget af usikkerhed må lægen navigere mellem et begrænset skriftligt vidensgrundlag og vurderinger fra andre aktører. Særligt uden for det retspsykiatriske ambulatoriums åbningstid bliver dette udfordrende, da det organisatoriske bindeled mellem felterne ikke er til stede. Beslutningsgrundlaget forskydes derved fra en mere koordineret praksis til en situation, hvor botilbuddets vurdering får en særlig betydning.

Lægen har uden for retspsykiatriens åbningstider alene adgang til journalmateriale og derfor et begrænset vidensgrundlag om patienten. Med Brown og Gales (2018) begreb *risk knowledge* kan dette forstås som et risikovurderingsgrundlag, der primært baseres på den tilgængelige dokumentation og information i situationen. Dette vidensgrundlag fremstår utilstrækkeligt i relation til at træffe beslutning om indlæggelse, som udgør den konkrete intervention, der iværksættes for at håndtere den vurderede risiko.

På trods af denne usikkerhed er lægen fortsat forpligtet til at handle, hvilket indebærer, at risikovurderingen i højere grad må baseres på det, Brown og Gale (2018) betegner som *social relations*. Risikopraksissen bliver på den måde afhængig af de relationer og den tillid, der eksisterer mellem aktørerne i samarbejdet. Konkret kommer dette til udtryk ved, at lægen støtter sig til botilbuddets vurdering af patientens tilstand. Relationerne til botilbuddet får således betydning, da de kompenserer for den begrænsede *risk knowledge* og bidrager til at skabe et grundlag for, at interventionen kan legitimeres og iværksættes. I disse situationer fremstår botilbuddets vurdering som legitim, da lægen fra akutmodtagelsen ikke ønsker at træffe en beslutning, der går imod deres oplevelse af situationens alvor. Risikovurdering bliver derved en praksis, der udvikles gennem afhængighed og forhandling mellem aktører.

Den konkrete situation kan sidestilles med en uformel deliberativ proces, der udspiller sig mellem botilbuddet og akutmodtagelsen med henblik på en hurtig afklaring af, om der er behov for indlæggelse. Da situationen opstår uden for ambulatoriets åbningstid, er der begrænsede muligheder for mere formaliserede, kollektive drøftelser. Beslutningsgrundlaget forskydes dermed fra bredere organisatoriske processer til mere situationsbestemte vurderinger, hvor

enkelte aktørers input, særligt botilbuddet, får en øget vægt. Den viden, som botilbuddet besidder om beboerens aktuelle tilstand, bliver afgørende for lægens vurdering, mens den historiske viden om risikoen, som fremhæves af overlægen, er afhængig af, at sådanne oplysninger tidligere er dokumenteret, let tilgængelige og videreformidlet.

Denne gensidige afhængighed forudsætter, at den relevante viden kan dokumenteres og formidles på en måde, så den er tilgængelig og meningsfuld for andre aktører i samarbejdet uden for åbningstiderne. Lægen udsagn indikerer, at han mangler en uformel deliberativ proces med det retspsykiatriske ambulatorium uden for deres åbningstider. Da ambulatoriet ikke er tilgængeligt uden for åbningstid, bliver det vigtigt, at deres viden er tydeligt dokumenteret og tilgængelig i systemerne, så den kan anvendes i akutte situationer.

På den ene side fremstår botilbuddets vurdering som særligt betydningsfuld i den akutte situation, fordi de besidder en form for viden, der bliver afgørende i denne kontekst. Dette består af hverdagsviden om patienten og de er tilgængelige døgnet rundt, hvilket i en akut situation uden for ambulatoriets åbningstid får karakter af symbolsk kapital med betydelig gennemslagskraft. Det illustrerer, hvordan kapitalens værdi er situationsbestemt. I dagstid ville det retspsykiatriske ambulatoriums vurdering veje tungest, da de besidder den feltspecifikke kapital i form af specialiseret risikovurdering, historisk kendskab til patienten og formel autoritet. Når ambulatoriet er lukket, skifter kapitalens værdi, og botilbuddets relationelle hverdagsviden fremstår pludselig som den mest legitime form for viden at læne sig op ad. Værdien af forskellige former for viden i feltet er således ikke fast, men afhænger af, hvilke aktører der er tilgængelige, og hvilke former for kapital der i situationen kan aktiveres som legitime.

Når lægen siger *så må de komme ind* med henvisning til botilbuddets oplevelse, kan dette tolkes som en subtil forskydning af ansvar, hvor botilbuddets vurdering bliver det, der legitimerer interventionen, mens lægen fortsat besidder den formelle beslutningsmyndighed. Med Bourdieu (1996) kan magtudøvelsen forstås som symbolsk vold, hvor eksisterende magtrelationer fremstår naturlige og legitime. I denne sammenhæng er det relevant at overveje, om der udspiller sig en form for skjult magtudøvelse, hvor botilbuddet i praksis får betydelig indflydelse på beslutningen om indlæggelse, mens lægen fortsat fremstår som den formelle beslutningstager. Denne magtudøvelse er ikke nødvendigvis problematisk i sig selv, men den synliggør, hvordan ansvar og legitimitet kan forskydes mellem aktører, når feltets normale

strukturer suspenderes, og hvordan beslutningsgrundlaget i akutte situationer formes af både relationel afhængighed og en implicit forhandling om, hvis viden der tæller som gyldig.

4.3.6 Risikovurderingens skriftlige liv

Hvor 4.3.1 viste, hvordan psykologen oversætter risikovurderinger mundtligt mellem felter, peger empirien også på, at oversættelsesproblemer også opstår i den skriftlige dokumentation, hvor risikovurderinger fastholdes og videreformidles på tværs af tid, organisatoriske kontekster og aktører. Risiko skal beskrives på en måde, der gør vurderingen meningsfuld og anvendelig for andre aktører, som senere skal handle på den. Denne udfordring fremhæves af overlægen fra det retspsykiatriske ambulatorium i det individuelle interview, da han reflekterer over vanskelighederne ved at videregive risikovurderinger gennem screeningsredskaber

> *Jeg synes, det kan være svært at få screeningsredskabet beskrevet og formuleret på en måde, så det også er anvendeligt på et senere tidspunkt, hvor man får videregivet den bekymring, man har, eller de konkrete forhold, der kan være risikobetonede, så det bliver forstået med samme vægtning af den næste, der skal læse redskabet.*

Det fremgår, at det kan være vanskeligt at nedskrive risikovurderinger på en måde, hvor både den faglige bekymring og de konkrete risikofaktorer formidles klart og forståeligt, så de kan anvendes meningsfuldt af andre i praksis. Dette kan ses i forlængelse af lægens udsagn, hvor manglende tydelig dokumentation gør det vanskeligt at foretage vurderinger om indlæggelse i akutte situationer, og hvor han derfor i højere grad må støtte sig til andre aktørers vurderinger.

Risikovurderingsredskabet fremstår ikke som et neutralt redskab, der blot overfører information fra én aktør til en anden. For at kunne læse, forstå og anvende en risikovurdering kræves bestemte faglige forudsætninger, erfaringer og kendskab til de logikker og begreber, vurderingen er skrevet ud fra.

Når screeningsredskaber aktiveres af aktører fra forskellige felter, bliver dokumentation både et informationsredskab og en del af de strukturer, der former samarbejdet i det tværsektorielle rum. Med Bourdieu (1997) kan dette forstås som et spørgsmål om, hvilke aktører der besidder den kulturelle og symbolske kapital, der kræves for at kunne aflæse, fortolke og legitimt anvende dokumentationen. Aktører med tæt tilknytning til den retspsykiatriske logik og erfaring med strukturerede risikovurderingsredskaber vil typisk have lettere ved at genkende de

faglige nuancer, implicitte bekymringer og vægtninger, der er indlejret i screeningsredskabet. De besidder derved de feltspecifikke kompetencer, som gør det muligt at omsætte dokumentationen til legitim handling.

Omvendt kan aktører, der ikke er socialiseret ind i samme logik eller ikke besidder samme former for kapital, have vanskeligere ved at aflæse dokumentationen med den betydning og alvor, den oprindeligt er skrevet med. Dokumentationen bliver i dette et spørgsmål om, hvem der har de nødvendige forudsætninger for at gøre teksten meningsfuld og handlingsanvisende i praksis.

Møller (2021) fremhæver, at beslutninger i frontlinjen udvikles gennem sociale og organisatoriske processer, hvor usikkerhed håndteres kollektivt. Overlægens udsagn kan i denne sammenhæng forstås som et udtryk for, at screeningsredskabet søger at fastholde og videreføre sådanne deliberative processer i skriftlig form, da det udgør den primære organisatoriske mulighed for at dele og koordinere information internt i psykiatrien. Med dette synliggør overlægens udsagn en spænding i arbejdet med risikovurdering, da beslutninger ofte udvikles gennem situerede og kollektive processer, og samtidig forventes stabiliseret og videreført gennem dokumentation. Når denne videregivelse af viden ikke lykkes fuldt ud, kan det medføre, at risikovurderinger laves ud fra et begrænset informationsgrundlag, hvilket påvirker både koordinering, ansvar og legitimitet i det tværsektorielle samarbejde.

4.3.7 Delkonklusion

Tredje analysedel viser, at risikovurderinger i en tværsektoriel kontekst kræver aktivt oversættelsesarbejde, når de bevæger sig mellem organisatoriske rammer. Dette arbejde foregår primært individuelt frem for gennem fælles deliberative drøftelser, hvilket betyder, at vurderingerne bliver kontekstafhængige og præget af den enkelte aktørs fortolkning, position og faglige ståsted.

Analysen udleder samtidig, at magten til at handle på risiko er ulige fordelt. De aktører, der besidder den symbolske og kulturelle kapital til at oversætte og omsætte risikovurderinger til legitim viden, får større indflydelse på, hvordan risiko forstås og håndteres. Dette kommer til udtryk i spændingen mellem den retspsykiatriske logik, hvor historisk og systematiseret viden tillægges høj værdi, og den omsorgsorienteret logik, hvor beboerens aktuelle situation og relationelle forhold vægtes højere. Lægens omtale af botilbuddenes personale som *ufaglærte* og *pensionerede landmænd* illustrerer samtidig, hvordan sproget kan bidrage til at reproducere

hierarkier mellem psykiatrien og botilbuddene. Her udspiller der sig en kamp om klassifikation, der rækker ud over den enkelte sag og handler om, hvis faglighed der overhovedet anerkendes som en legitim stemme i feltet.

Det fremgår også, at variationer i risikoforståelse opstår selv inden for samme felt, hvor pædagoger fra forskellige botilbud orienterer sig forskelligt mod henholdsvis en omsorgsorienteret logik med fokus på det aktuelle møde og en mere risikostyringsorienteret tilgang med vægt på beboerens historik. Disse forskelle illustrerer, at frontlinjemedarbejdere aktivt navigerer mellem forskellige institutionelle logikker og positionerer sig strategisk i forhold til de former for viden, der anerkendes som legitime i det tværsektorielle rum.

Samtidig viser analysen, at magt og kapital ikke er statiske størrelser. I akutte situationer uden for ambulatoriets åbningstid bliver botilbuddets relationelle hverdagsviden afgørende for lægens beslutningsgrundlag, hvilket synliggør en gensidig afhængighed mellem aktører. Denne afhængighed forudsætter, at viden kan dokumenteres og formidles på tværs af felter, men analysen viser, at dette ofte er vanskeligt at realisere i praksis. Risikovurdering fremstår som et magtspørgsmål, hvor nogle aktørers vidensformer lettere omsættes til legitime beslutningsgrundlag end andres.

Kapitel 5: Konklusion

Dette speciale har til formål at besvare følgende problemformulering:

> *Hvordan forhandles og legitimeres vurderinger af risiko blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan formes disse praksisser af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud?*

På baggrund af analysens tre dele kan vi konkludere, at risikovurdering i ambulante retspsykiatriske forløb kan forstås som en hybrid, situeret og forhandlet praksis, hvor faglige skøn, strukturerede redskaber, institutionelle logikker og magtforhold løbende påvirker hinanden. Risikovurdering består først og fremmest af at vurdere patientens tilstand, men formes af hvilke vidensformer der gøres legitime, hvem der har adgang til at definere risikoen, og hvilke organisatoriske vilkår der rammesætter forhandlingerne.

Første analysedel viser, hvordan risikovurdering produceres i et spændingsfelt mellem professionelt skøn og strukturerede risikovurderingsredskaber. Redskaber som START, HCR-20 og BVC fungerer, primært i retspsykiatrien, som institutionaliserede praksisser, der organiserer vidensdeling, fordeler ansvar kollektivt og legitimerer faglige vurderinger. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at medarbejdere i retspsykiatrien henviser til redskaberne som nødvendige dokumentations- og beslutningsgrundlag i risikovurderingen af patienter, og at vurderinger i høj grad knyttes til systematiseret og historisk viden om risiko.

Analysen viser samtidig, at redskabernes betydning varierer på tværs af felter. I retspsykiatrien er redskaberne dybt forankrede og fremstår som en integreret del af det daglige arbejde, hvor de bidrager til at skabe en fælles forståelsesramme og legitimitet omkring vurderinger af risiko. I akutmodtagelsen anvendes lignende redskaber mere sporadisk og afhænger i højere grad af ledelsesmæssige prioriteringer og individuelle faglige præferencer, hvorved legitimeringen i højere grad knyttes til den enkelte fagpersons erfaring og autoritet. Der udspiller sig kampe mellem felterne om, hvilke forståelser af risiko og hvilke vurderingsformer der tillægges legitimitet. Psykiatriens risikologikker forhandles derfor aktivt i samarbejdet mellem aktørerne. Nogle medarbejdere i botilbuddene forsøger at inkorporere psykiatriske redskaber, terminologier og dokumentationsformer for at styrke deres position og få deres vurderinger anerkendt i samarbejdet med psykiatrien. Andre fastholder derimod en mere omsorgs- og relationsorienteret tilgang, hvor relationelle hensyn og kendskab til beboerens hverdagsliv

vægtes højere end systematiserede risikomarkeringer. Analysen viser dermed, at botilbuddene kontinuerligt må kæmpe for at få deres viden og vurderinger anerkendt som legitime i et rum, hvor psykiatriens forståelser af risiko dominerer.

På tværs af analysen fremstår det psykiatriske felt som det dominerende genstandsfelt i de ambulante retspsykiatriske forløb. Dette tyder på, at psykiatriens forståelser af risiko, dokumentation og legitime vurderingsformer bliver allestedsnærværende i det tværsektorielle samarbejde. Psykiatriens risikologikker og vurderingspraksisser får derved karakter af en normgivende position, som de øvrige aktører må orientere sig imod for at få deres vurderinger anerkendt. Analysen peger således på, at psykiatrien besidder en høj grad af symbolsk og kulturel kapital, hvor særligt struktureret og historisk viden tillægges legitimitet og anerkendes på tværs af felterne. Botilbuddene må derfor navigere i og delvist tilpasse sig psykiatriens forståelsesrammer for at få deres vurderinger anerkendt i samarbejdet omkring de ambulante retspsykiatriske patienter.

Anden analysedel viser, at adgangen til indlæggelse og udskrivelse formes gennem forhandlinger, hvor risiko anvendes som en strategisk legitimeringsramme. Pædagogerne må formulere eller intensivere risikoen for at sikre adgang til organisatoriske ressourcer, hvor psykiatriens position i feltet afgør, om vurderingen anerkendes. Modsat giver overlægens kollegiale netværk nemmere adgang til akutmodtagelsen.

Botilbuddet besidder lavere symbolsk kapital end de øvrige aktører og kan i afmagt føle behov for at eskalere risikoen for at opnå gennemslagskraft, hvilket reproducerer en eksisterende magtstruktur uden, at den sættes til debat. Samtidig viser analysen, at de formelle krav om udskrivningsaftaler ikke konsekvent omsættes til praksis. Akutmodtagelsens inddragelse af botilbud og retspsykiatriske ambulatorie fremstår i høj grad personbåret og afhængig af tid, ressourcer samt den enkelte medarbejders overskud og samarbejdspraksis. Dette svækker de tværsektorielle deliberative processer og kan medføre, at beslutninger træffes på et begrænset eller utilstrækkeligt vidensgrundlag. Når lovgivning og organisatoriske rammer ikke understøtter fælles drøftelser, forskydes samarbejdet fra fælles problemløsning til en defensiv risikostyring præget af ansvarsforskydning og en *dem-mod-os-dynamik,* som en af informanterne italesætter.

Tredje analysedel viser, at risikovurderinger kræver et aktivt oversættelsesarbejde, når de bevæger sig mellem organisatoriske kontekster, og at dette arbejde i høj grad foregår individuelt

frem for gennem fælles deliberative drøftelser. Autoriteten ligger derved hos de aktører, der besidder den symbolske kapital til at omsætte vurderingerne på en måde, der genkendes som legitim på tværs af felter. Det fremgår også at forskellige institutionelle logikker former, hvad der opfattes som relevant viden i risikovurderingen. Den retspsykiatriske logik baserer sig på systematiseret historisk viden og strukturerede redskaber, mens den socialfaglige logik i højere grad orienterer sig mod beboerens aktuelle situation og det relationelle møde. Disse forskelle fremstår ikke som individuelle uenigheder, men som udtryk for forskellige institutionelt forankrede forståelser af, hvad der konstituerer god praksis. Lægens fremstilling af botilbuddenes personale som *ufaglærte* og *pensionerede landmænd* fungerer i denne sammenhæng som et underliggende sprogligt redskab, der opretholder hierarkier mellem psykiatrien og botilbuddene og legitimerer en bestemt fordeling af autoritet.

I akutte beslutningssituationer uden for ambulatoriets åbningstid bliver botilbuddets vurdering afgørende for lægens beslutningsgrundlag, hvilket synliggør en gensidig afhængighed mellem aktørerne. Dette viser samtidig, at psykiatriens dominans ikke er total. Kapitalens værdi er situationsbestemt, og når ambulatoriet er lukket, bliver botilbuddets relationelle hverdagsviden den mest legitime form for viden at handle på. Magtforholdene kan derved forskydes, når feltets normale strukturer suspenderes. Denne afhængighed forudsætter, at viden kan dokumenteres og formidles på tværs af felter, hvilket informanterne oplever som vanskeligt at realisere i praksis, da vurderingerne ikke altid kan formidles med samme vægtning som da de oprindeligt blev udarbejdet.

Det konkluderes, at risikovurderinger i ambulante retspsykiatriske forløb forhandles og legitimeres gennem en kompleks vekselvirkning mellem strukturerede redskaber, professionelt skøn, institutionelle logikker og kapital. Praksisserne formes af de organisatoriske vilkår, aktørerne arbejder under, herunder ledelsesmæssige prioriteringer, tidsmæssige ressourcer, lovgivningens uensartede operationalisering og fraværet af formaliserede tværsektorielle rum for fælles drøftelser. Når sådanne rammer er svage, overlades samarbejdet til personbårne dynamikker og uformelle relationer, hvilket reproducerer en ulige fordeling af indflydelse, hvor nogle aktørers vidensformer lettere lader sig omsætte til gyldige beslutningsgrundlag end andres. Risikovurdering fremstår således som et magtspørgsmål, hvor det afgørende er, hvem der har legitim ret til at definere og handle på risikoen i et tværsektorielt forhandlingsrum præget af gensidig afhængighed og ulige adgang til legitim viden.

Kapitel 6: Diskussion

Specialets undersøgelse hviler på et kvalitativt datagrundlag bestående af seks individuelle interviews og ét fokusgruppeinterview med frontlinjemedarbejdere på tværs af retspsykiatrien, almen psykiatri og socialpædagogiske botilbud. Datagrundlaget muliggør en dybdegående indsigt i, hvordan informanterne selv forstår og legitimerer deres risikovurderinger, men rejser samtidig spørgsmål om, hvad vores resultater kan sige noget om.

Som undersøgere er vi ikke udefrakommende observatører. To af os har baggrund som socialrådgivere, og én som psykiatrisk sygeplejerske i et af de retspsykiatriske ambulatorier vi undersøger, hvor sidstnævnte tillige har fungeret som gatekeeper. Vi har derfor haft et indgående forhåndskendskab til både det retspsykiatriske og det socialfaglige felt, hvilket har påvirket rekruttering, interviewspørgsmål, kodning og den teoretiske retning. I tråd med vores hermeneutiske tilgang har vi ikke søgt at eliminere forforståelserne, men aktivt inddraget dem igennem hele specialet. Det rejser dog spørgsmålet, om vores analyse reelt afdækker nye perspektiver, eller om vi har bekræftet eksisterende antagelser om feltet.

Gatekeeperens kendskab til informanterne kan have medført en form for bias, hvor informanter, der deler bestemte forståelser af risikovurdering, har været mere tilgængelige end andre. Fire ud af seks individuelle informanter arbejder i retspsykiatrien, hvilket giver det retspsykiatriske perspektiv en overvægt i datamaterialet. Dette kan have farvet analysens fremstilling af, hvad der udgør en god risikovurdering, da det retspsykiatriske felt med dets strukturerede redskaber og kollektive deliberative rutiner kan fremstå som en normativ referenceramme, som de andre felters praksisser implicit vurderes op imod. En alternativ rekrutteringsstrategi som snowball-sampling kunne have givet en bredere base, men ville have indført en anden type bias, da udvælgelsen så ville hvile på informanternes egne professionelle netværk. Vores rekrutteringsvalg må derfor forstås som et bevidst kompromis mellem adgang og bredde.

Vignetten er konstrueret på baggrund af praksiserfaringer og valideret af fagprofessionelle, men er stadig en konstruktion, vi som undersøgere har formet ud fra vores forforståelser af, hvad der udgør en analytisk produktiv risikosituation. Vi valgte at konstruere en eskalerende situation, der ender i indlæggelse, hvilket kan have fremmet visse temaer på bekostning af andre. Havde vignetten portrætteret en mere hverdagsagtig situation, ville forhandlingerne formentlig have rettet sig mod den løbende forebyggelse i beboerens hverdag eller relationsarbejdet i botilbuddet.

Vores forventning om, at informanterne ville være mere harmoniske i fokusgruppen, blev modbevist. I stedet udviklede den sig til et rum, hvor informanterne udfordrede hinanden, hvilket er en styrke ved metoden, da det er denne forhandling, vi har ønsket at undersøge. Samtidig må det diskuteres, hvorvidt alle havde lige adgang til at komme til orde. I et felt præget af ulige fordeling af symbolsk kapital er det rimeligt at antage, at de samme magtdynamikker har været på spil i fokusgruppen som i de tværsektorielle samarbejder. Det er muligt, at den psykiatriske faglighed har haft en højere stemme, simpelthen fordi feltet eksternt tildeler den mere symbolsk kapital. Vi forsøgte som facilitatorer at give plads til alle perspektiver, men kan ikke vide med sikkerhed, om der har været perspektiver, der ikke blev artikuleret, fordi rummet ikke understøttede det. Analysen risikerer derfor at reproducere den asymmetri, den beskriver. Hertil kommer, at det ikke lykkedes at få en repræsentant fra almen psykiatri til at deltage i fokusgruppen. Vi har søgt at kompensere ved, at den retspsykiatriske overlæge bidrog med erfaringer fra sin tidligere ansættelse i akutmodtagelsen. Denne kompensation kan dog kun delvist erstatte en direkte deltagelse.

Analysen viser på tværs af både individuelle interviews og fokusgruppen, at risikovurdering ikke fungerer som en isoleret klinisk vurdering, men som en forhandlet og legitimeret praksis, hvor strukturerede redskaber, professionelt skøn, institutionelle logikker og symbolsk kapital løbende påvirker hinanden. Fortolkningen af, at risiko anvendes som strategisk legitimeringsramme i adgangen til indlæggelse, understøttes både af overlægens overraskelse over de nye kollegers højere tærskel, af sygeplejerskens beskrivelse af kollegiale netværk og af pædagogens oplevelse af, at botilbuddets bekymringer først tages alvorligt, når risikoen fremstår utvetydigt akut. At fortællingerne udspringer af forskellige faglige positioner og interviewformer, styrker validiteten.

Vores valg af teoretisk ramme har præget, hvad vi har kunnet se i materialet. En begrænsning er, at vi primært har anvendt Møllers (2021) begreb om formelle og uformelle deliberative rutiner som et analytisk redskab til at afdække, hvor deliberation finder sted, og hvor den udebliver. Vi har i mindre grad diskuteret, hvorvidt deliberation i sig selv er et entydigt positivt fænomen.

Vi har gennem kodningen arbejdet empirinært, men har samtidig sat informanternes udsagn ind i en analytisk ramme, de ikke selv har valgt. En måde at have styrket informanternes stemme yderligere ville have været at de læste materialet før aflevering, hvor informanterne fik mulighed for at kommentere vores fortolkninger. Dette har vi af tidsmæssige årsager ikke

gennemført. Det kan eksempelvis ikke udelukkes, at lægens karakteristik af botilbuddets personale som *pensionerede landmænd*, som vi fortolker som et symbolsk redskab, der opretholder hierarkier, af informanten selv kunne være anvendt som humoristisk afdramatisering. Vi mener, fortolkningen er velbegrundet i det samlede materiale, men erkender, at den repræsenterer vores analytiske blik snarere end nødvendigvis informantens egen forståelse.

Specialets konklusioner må læses som kvalificerede indsigter i en konkret organisatorisk kontekst i Region Hovedstaden. Vi kan ikke generalisere til retspsykiatriske patienter, der ikke bor på botilbud, men eksempelvis er tilknyttet støttekontaktperson, Danmarks fængsler eller bor i egen bolig. Hvad undersøgelsen derimod kan bidrage med, er en analytisk generalisering, hvor de mønstre, vi har afdækket, herunder den hybride karakter af risikovurdering, betydningen af symbolsk kapital og den asymmetriske fordeling af legitim viden, formentlig kan genfindes i andre tværsektorielle samarbejder, hvor aktører med forskellige institutionelle logikker mødes om beslutninger med høje konsekvenser. Specialets bidrag ligger derfor i højere grad i en forståelse af risikovurdering som forhandlet praksis. Fremtidige studier kunne med fordel inddrage Danmark Fængsler, som vi ikke fik i tale, og undersøge risikovurdering i kontekster uden botilbud, ligesom kvantitative undersøgelser kunne afdække udbredelsen af de mønstre, vi har afdækket.

Kapitel 7: Perspektivering

I perspektiveringen ønsker vi at række ud over analysens fund og diskutere, hvilke bredere strukturelle, politiske og fagetiske implikationer specialet rejser, samt hvilke perspektiver det åbner for socialt arbejdes praksis.

Selvom specialets fokus har været på hvordan vurderinger af risiko forhandles og legitimeres blandt frontlinjemedarbejdere i ambulante retspsykiatriske forløb, og hvordan disse praksisser formes af organisatoriske vilkår i samarbejdet mellem ambulante retspsykiatriske teams, almenpsykiatrien og socialpædagogiske tilbud, peger analysen på strukturelle forhold, der rækker ud over den enkelte aktørs handlerum. Et af de mest gennemgående træk i analysen er, at adgangen til indlæggelse opleves som vanskelig, og at patienter ofte udskrives tidligere, end frontlinjemedarbejderne vurderer som forsvarligt. Dette kan forstås i lyset af en bredere udvikling i psykiatrien, hvor antallet af sengepladser gennem en længere periode er blevet reduceret, samtidig med at antallet af retspsykiatriske patienter er tredoblet over de seneste 20 år (Justitsministeriet, 2023).

Dette rejser et spørgsmål om, hvordan stigningen i retspsykiatriske patienter skal forstås. En del af stigningen kan tilskrives, at vold mod personale på botilbud og i psykiatrien i højere grad anmeldes og fører til foranstaltningsdomme (Justitsministeriet, 2025; Social- og Indenrigsudvalget, 2016). Set i lyset af specialets analyse, hvor en pædagog beskriver, at hun kan føle sig nødsaget til at fremprovokere en konkret voldshandling for at få en beboer indlagt, opstår der en uheldig cirkulær logik. Når adgangen til behandling kun udløses ved konkret vold, kan systemet utilsigtet bidrage til at producere de hændelser, der senere fører til domme, hvilket reproducerer en stigning i den retspsykiatriske population. Specialet peger derved på, at samfundets sikkerhed og individets retssikkerhed står i et spændingsforhold, hvor strukturelle mangler på behandlingsressourcer kan få konsekvenser for begge dele.

Samtidig viser analysen, at historisk risikoadfærd tillægges stor betydning i risikovurderingerne. Dette rejser også et bredere etisk spørgsmål om, hvorvidt tidligere alvorlige hændelser bliver ved med at definere patienten i mødet med systemet. Hvis tidligere kriminalitet vedvarende styrer beslutninger om indlæggelse, tvang og udskrivelse, kan det indebære, at recovery og rehabilitering vanskeliggøres i praksis. De tragiske hændelser, der har fået betydelig medieomtale i de senere år, kan i den forbindelse have bidraget til en risikofølsomhed, hvor frygten for fejl forskyder afvejningen i retning af det forsigtige. Borchs

(2005) pointe om, at moderne risikorationalitet kan blive en potentielt grænseløs forebyggelsespraksis, får derfor konkret relevans i den retspsykiatriske kontekst.

Specialet peger derudover på, at lovgivningen i sig selv ikke er tilstrækkelig til at sikre tværsektoriel koordinering. Som overlægen formulerer det, *er der ikke nogen, der bliver hængt op på ikke at følge den*. Når der ikke følger sanktioner med manglende efterlevelse af udskrivningsaftaler, bliver lovgivningen reelt afhængig af lokale prioriteringer og medarbejdernes overskud. Dette rejser endnu et spørgsmål om, hvorvidt der er behov for tydeligere organisatoriske rammer eller tilsynsmekanismer, der understøtter en mere systematisk inddragelse af de relevante aktører i tværsektorielle forløb. Samtidig viser specialet, at flere strukturer og krav ikke nødvendigvis er svaret, hvis ikke de organisatoriske vilkår, herunder ressourcer og bemanding, samtidig understøtter en kvalificeret praksis.

Analysen peger også på, at bemandingssituationen i botilbuddene har betydning for kvaliteten af samarbejdet på tværs af felterne. Når lægen fra akutmodtagelsen omtaler botilbuddenes personale som *ufaglærte* og *pensionerede landmænd*, illustrerer det ikke alene en hierarkisk og nedvurderende italesættelse af det socialfaglige arbejde, men peger samtidig på en reel udfordring i et arbejdsfelt præget af rekrutteringsvanskeligheder og mangel på faguddannet personale (Hagemann & Nørby, 2023). Dette kan skabe en ond cirkel, hvor botilbuddenes begrænsede faglige gennemslagskraft svækker deres position i samarbejdet og medfører, at deres vurderinger i mindre grad tillægges legitimitet.

Set fra socialt arbejdes perspektiv aktualiserer specialet en grundlæggende spænding mellem professionens værdimæssige fundament og de styringslogikker, den arbejder under. Den internationale definition af socialt arbejde fremhæver social retfærdighed, empowerment, frigørelse og respekt for menneskers autonomi som centrale værdier i socialt arbejde (IFSW, 2019). Vores analyse viser imidlertid, at arbejdet med ambulante retspsykiatriske patienter foregår i et spændingsfelt, hvor disse værdier kontinuerligt må forhandles i relation til hensyn om risiko og organisatorisk ansvar.

Frontlinjemedarbejderne beskriver situationer, hvor vurderinger af potentiel fare får afgørende betydning for samarbejdet og adgang til støtte eller indlæggelse. Risiko kommer på den måde til at fungere som et organiseringsprincip i praksis, hvilket rejser spørgsmålet om, hvordan socialt arbejdes værdimæssige grundlag påvirkes, når professionen indgår i kontekster præget af kontrol, risikostyring og forebyggelse af fremtidige hændelser. På den ene side kan

risikovurderinger forstås som nødvendige, da medarbejderne har ansvar for både borgerens og omgivelsernes sikkerhed. På den anden side kan et stærkt fokus på risiko medføre, at hensyn til kontrol og sikkerhed får forrang over mere relationelle og recovery-orienterede perspektiver. Dette dilemma kalder på en fortsat fagetisk refleksion over, hvordan socialt arbejde kan fastholde sit værdigrundlag i felter, hvor risikorationaliteten er stærk.

Specialets fund har implikationer, der rækker ud over det specifikke retspsykiatriske felt. De dynamikker, vi har identificeret, herunder forskellige institutionelle logikker, ulige fordeling af symbolsk kapital, manglende deliberative rum og personbårne samarbejdsformer, kan genfindes i en lang række tværsektorielle samarbejdsfora, hvor socialt arbejde indgår (Brown & Gale, 2018). Specialet peger derved på, at udfordringerne knytter sig til både risiko og de vilkår, der præger samarbejdet på tværs og internt i velfærdssystemet.

Specialet bidrager dermed med viden, der kan anvendes i socialt arbejdes praksis på flere niveauer. For det første understreger det vigtigheden af, at aktører internt og på tværs af felter udvikler en bedre forståelse for hinandens begrænsninger, muligheder og institutionelle logikker. Som det fremgår af analysen, eksisterer der en udbredt tendens til, at hvert felt opererer ud fra sin egen logik uden nødvendigvis at få den afstemt med samarbejdspartnerne, hvilket fører til *mudderkast,* som en af pædagogerne beskriver. Det peger på et behov for at udvikle et fælles sprog og fælles forståelsesrammer, der gør det muligt at se ud over egen position og anerkende, de former for viden andre aktører bringer ind i samarbejdet.

For det andet peger specialet på behovet for en mere refleksiv tilgang til egen position i tværsektorielt samarbejde. Frontlinjemedarbejdere må erkende, at deres viden er partiel, og at en kvalificeret risikohåndtering forudsætter villighed til at lytte til andre aktørers vurderinger frem for primært at fremføre egne.

For det tredje rejser specialet et opmærksomhedspunkt vedrørende patientens retssikkerhed. Når den behandlingsansvarlige overlæge har en formel funktion, der orienterer sig mod beskyttelse af samfundet, kan det indebære, at hensynet til patientens rettigheder og recovery-orienterede behov træder i baggrunden. Heri ligger en central udfordring for socialt arbejde i den retspsykiatriske kontekst, hvor hensynet til samfundets sikkerhed og hensynet til den enkelte patients rettigheder ikke nødvendigvis lader sig forene. Specialet peger på, at en kvalificeret retspsykiatrisk praksis hverken kan hvile på strukturelle rammer eller på faglig dømmekraft alene, men forudsætter, at de organisatoriske vilkår understøtter et samarbejde,

hvor forskellige vidensformer kan mødes på lige fod. Samtidig kalder feltet på en vedvarende fagetisk opmærksomhed på, at risikohåndtering ikke kommer til at overskygge de værdier om autonomi og social retfærdighed, som socialt arbejde hviler på. Det er i dette spændingsfelt, at fremtidig forskning og praksis med fordel kan rette blikket mod, hvordan tværsektorielt samarbejde om risiko kan tilrettelægges, så både sikkerhed og patientens rettigheder kan tilgodeses.

Litteraturliste

Ahle, G. (2019). *Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? - En analyse med henblik på forebyggende tiltag*. Danske Regioner. Hentet d. 26.05.26 fra: Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research* (Third edition.). SAGE.

Berger, P. & Luckmann, T. (1972). *Den samfundsskabte virkelighed - En videnssociologisk afhandling.* København: Lindhardt og Ringhof.

Berlingske. (2025). *Politi efterforsker toårigs fald fra højhus som drab. En 32-årig mand er anholdt og skal forventeligt stilles for en dommer mandag.* Hentet d. 18.02.26 fra: https://www.berlingske.dk/indland/politi-efterforsker-toaarigs-fald-fra-hoejhus-som-drab

Borch, C. (2005). Crime Prevention as Totalitarian Biopolitics. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, *6*(2), 91–105. Hentet d. 26.05.26 fra: Crime Prevention as Totalitarian Biopolitics

Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde: Omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag. Oversat fra fransk (*Raisons pratiques*) af Henrik Hovmark.

Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *Refleksiv sociologi*. Hans Reitzels Forlag.

Brown, P., & Gale, N. (2018). Theorising Risk Work: Analysing Professionals' Lifeworlds and Practices. *Professions and Professionalism*, *8*(1), Article e1988. Hentet d. 26.05.26 fra: Theorising Risk Work: Analysing Professionals' Lifeworlds and Practices

Dansk Socialrådgiverforening. (2019). *IFSW – International federation of Social Workers*. Hentet 19.05.26 fra: IFSW – International federation of Social Workers

Davoren, M., & Kennedy, H. (2024). Expertise, structured professional judgement and risk assessment. *Seminars in forensic psychiatry,* 141-175.

Ejrnæs, M., & Monrad, M. (2012). *Vignetmetoden: Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. Akademisk Forlag

Gardamer, H.G. (2004). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik.* Viborg: Systime Academisk.

Good Tape. (u.å.): *Good Tape: AI-drevet transskriptionstjeneste*. Hentet d. 23.04.26 til 14.05.26 fra: Good Tape.

Hagemann, S., & Nørby, J. (2023). *5 store udfordringer: Derfor slår rekrutteringen fejl*. BUPL. Hentet d. 26.05.26 fra: 5 store udfordringer

Hvidhjelm, J. (2005). *Brøset Violence Checklist (BVC)* [Dansk oversættelse godkendt af Roger Almvik]. Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri. Hentet d. 26.05.26 fra: Brøset Violence Checklist (BVC)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025). *Vejledning om cheflæger og behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling* (VEJ nr. 9873 af 28/08/2025). Hentet d. 26.05.26 fra: Vejledning om cheflæger og behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter

Jacobsen, T. B. (2025). *Når retspsykiatrien vokser, er det et symptom - ikke en løsning*. Psykiatrifonden. Hentet d. 26.05.26 fra: Når retspsykiatrien vokser, er det et symptom

Justitsministeriet (2023). Foranstaltningsdomme i 2023: Domme idømt i 2023, antal igangværende domme og varighed af afsluttede domme. Justitsministeriet. Hentet d. 26.05.26 fra: Foranstaltningsdomme i 2023

Justitsministeriet. (2025). *Kortlægning af retspsykiatrien* (REU Alm.del - Bilag 220, Folketingsåret 2024-25). Folketinget. Hentet d. 26.05.26 fra: Kortlægning af retspsykiatrien

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Lennox, C., Mason, J., McDonnell, S., Shaw, J., & Senior, J. (2012). *Information sharing between the National Health Service and criminal justice system in the United Kingdom*. Journal of Forensic Nursing, 8(3), 131–137. Hentet d. 26.05.26 fra: Information sharing between the National Health Service and criminal justice system

Lippi, M., Campanozzi, L. L., D'Andrea, G., Morena, D., Orsini, F., Damato, F. M., Fanelli, G., Balcioglu, Y. H., Ryland, H., Fovet, T., Völlm, B., Vicente-Alba, J., Scott, C. L., Frati, P., Tambone, V., & Rinaldi, R. (2025). Psychiatric Risk Governance Across Jurisdictions: A Comparative Analysis of Involuntary Treatment, Community Treatment Orders, and Forensic Mental Health Services. *Healthcare (Basel)*, *13*(18), 2363. Hentet d. 26.05.26 fra: Psychiatric Risk Governance Across Jurisdictions

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien jf. lovbekendtgørelse nr. 1045 af 18. september 2024.

Lov om social service jf. lovbekendtgørelse nr. 1287 af 28. august 2020.

Mikkelsen, E. N., Petersen, A., & Reff Pedersen, A. (2016). Problemer i det tværfaglige, tværorganisatoriske, tværsektorielle samarbejde i psykiatrien. Tidsskrift for Arbejdsliv, 18(3), 9-27. Hentet d. 26.05.26 fra: Problemer i det tværfaglige, tværorganisatoriske, tværsektorielle samarbejde i psykiatrien

Monrad, M., & Danneris, S. (2018). *Litteraturgennemgang*. I: M. Monrad & S. P. Olesen (Red.), Forskningsmetode i socialt arbejde. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Monrad, M (2018). *Tilvirkning af data*. I: M. Monrad & S.P. Olesen (Red.), Forskningsmetode i socialt arbejde. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Monson, T. A. (2020). *Risk Attitudes within "Complex Youth" Assessment and Decision Making: Professional Perspectives*. Child Care in Practice : Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child Care Practice, 26(2), 210–222. Hentet d. 26.05.26: Risk Attitudes within "Complex Youth"

Møller, A. M. (2021). Deliberation and deliberative organizational routines in frontline decision-making. *Journal of Public Administration Research and Theory, 31*(3), 471–488 Hentet d. 26.05.26 fra: Deliberative rutiner

Møllerhøj, J., Stølan, L. O., & Jørgensen, M. (2023). *Dømt til psykiatrisk behandling: Information om psykiatriske særforanstaltninger og retspsykiatriske behandlingsforløb - en kort introduktion* (opdateret udg.). København: Kompetencecenter for Retspsykiatri.

OpenAI (2026). *ChatGPT* (GPT-5.5 version) [Large language model]. Hentet d. 26.05.26 fra: ChatGPT

Perkins D, Hughes S. (2021). *Forensic Mental Health Assessments*. I: Brown JM, Horvath MAH, eds. The Cambridge Handbook of Forensic Psychology. Cambridge Handbooks in Psychology. Cambridge University Press; 2021:388-417.

Region Hovedstaden Psykiatri. (2011). *START miniguide*. Hentet d. 21.05.26 fra: Miniguide START

Region Hovedstaden Psykiatri. (2025b). *Ambulant Specialiseret Retspsykiatri*. Hentet d. 21.05.2026 fra Specialiseret ambulant behandling

Region Hovedstaden Psykiatri. (2025a). For fagfolk. *Rehabilitering og risikovurdering på Afdeling R*. Psykiatrisk Center Sct. Hans. Hentet d. 26.05.26 fra: For fagfolk. Rehabilitering og risikovurdering på Afdeling R.

Region Hovedstaden. (2024). *En sikker og tryg psykiatri i Region Hovedstaden: Udkast til handleplan* (pdf-rapport). Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens Psykiatri. **(2026).** *For psykiatriske centre: voldsrisikovurdering ved V-RISK-10* [VIP-instruks]. Hentet d. 19.05.26 fra: For psykiatriske centre: voldsrisikovurdering ved V-RISK-10

Sawyer, A.-M. (2009). Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline. *Australian Social Work*, *62*(4), Article 917547495. Hentet d. 26.05.26 fra: Mental Health Workers Negotiating Risk on the Frontline

Seierstad, A., Bruu, B. K., Schjøtt-Pedersen, O., Løvgren, A., & Lockertsen, Ø. (2025). *Better safe than sorry- A qualitative study of multidisciplinary use of the V-RISK-10.* in assessing patients with psychosis. Frontiers in Psychiatry, 16, 1561082. Hentet d. 26.05.26 fra: Better safe than sorry

Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira Press.

Social- og Indenrigsudvalget (2016). *Vold mod ansatte på botilbud* (Velfærdspolitisk Analyse nr. 4) (SOU Alm.del – Bilag 274, Folketingsåret 2015-16). Folketinget. Hentet d. 21.05.26 fra: Vold mod ansatte

Straffeloven jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 11. maj 2024.

Sundhedsloven jf., lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025.

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien.* Hentet d. 21.05.26 fra: Udskrivningsaftaler

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser: Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling*. Hentet d. 26.05.26 fra: Psykiatriens udvikling

Sundhedsstyrelsen. (2023). *Specialevejledning for psykiatri.* Hentet d. 04.01.25 fra: Specialevejledning

Thompson J. B. (1991). *Language and symbolic power*. *Pierre Bourdieu.* Gino Raymond & Matthew Adamson (trans.). Language in Society. Hentet d. 26.05.26 fra: Language and symbolic power

Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective : a new approach to culture, structure, and process* (1st ed.). Oxford University Press. Hentet d. 26.05.26 fra: Institutionelle logikker

TV2 (2025). To årig død efter at være blevet kastet ud fra højhus. Hentet d. 18.02.26 fra: Lokal er mest sur på myndigheder

VIVE. (2024). *Et beboerperspektiv på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hentet d. 18.02.25 fra: Et beboer perspektiv på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom

VIVE. (2025). Hovedresultater: Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien. (Rapport nr. HR_302846). VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hentet d. 26.05.26 fra: Hovedresultater: Opgaveløsning, organisering og kapacitet i psykiatrien

Zins, C., (2000). Success, a Structured Search Strategy: Rationale, Principles, and Implications, *Journal of the American Society for Information Science and Technology,* vol. 51, iss. 13, pp. 1232-1247