

VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM



17:04

17:04

VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM

ANIKA LIVERSAGE

KØBENHAVN 2017
SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM
Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærd

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-422-7

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Hedda Bank

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
	DEL I	21
1	LITTERATURSTUDIE I – FOREBYGGELSE AF VOLD PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM	23
	Indledning	23
	Vold på botilbud og forsorgshjem	25
	Indsatser på tre niveauer	29
	Det generelle arbejdsmiljø	34
	Borgerne med komplekse problemstillinger	37
	Betydningen af de fysiske rammer	39
	Det pædagogiske arbejde	42
	Redskaber til risikovurdering	46

2	TO CASES OM VOLDSFOREBYGGELSE	51
	Data og metode	51
	To botilbud	53
	Det generelle arbejdsmiljø	57
	Borgere med komplekse problemstillinger	61
	Betydningen af de fysiske rammer	63
	Det pædagogiske arbejde	65
	Redskaber til risikohåndtering	69
	Voldsepisoder og deeskalering	74
3	CENTRALE OG TVÆRGÅENDE TEMAER I FORHOLD TIL VOLDSFOREBYGGELSE	87
	Tilrettelæggelse af arbejdet	88
	Fokus på det pædagogiske arbejde	92
	Redskaber til riskovurdering	95
	Voldsepisoder og efterbearbejdning	96
	Begrænset viden på mange områder	98
	DEL II	101
4	LITTERATURSTUDIE II – DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE OG FOREBYGGELSE AF VOLD	103
	Eksisterende viden på området	104
	Studier fra en ikke-skandinavisk kontekst	106
	Skandinaviske erfaringer	111
	Tværasektorielt samarbejde og forebyggelse af vold	116
5	TO CASES OM DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE	119
	Samarbejdets start – visitation og indskrivning	120
	Mange samarbejdspartnere og samarbejdsformer	124
	Samarbejdet med psykiatrien	134

	Samarbejde med politiet	141
	Samarbejde med praktiserende læger	143
	Ressourcer og udfordringer i det tværsektorielle samarbejde	145
6	CENTRALE OG TVÆRGÅENDE TEMAER I FORHOLD TIL DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE	151
	Erfaringer med det tværsektorielle samarbejde	151
	Pres på ressourcer	154
	Forskellige samarbejdsformer	158
	BILAG	163
	Bilag 1 Metode og data	164
	LITTERATUR	167
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2016	181

FORORD

I de seneste år har der været flere alvorlige tilfælde af vold på botilbud og forsorgshjem. I forlængelse heraf er nationale retningslinjer for forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem under udarbejdelse. Denne rapport indgår i dette arbejde og har til formål at bidrage med viden om to emner: dels om metoder, tilgange og organiseringsformer, der virker voldsforebyggende i forhold til støtte og behandling til personer med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Dels om virksomme elementer i det gode tværsektorielle samarbejde i forhold til forebyggelse af vold på sådanne tilbud. Hvert af disse to emner belyses med såvel et litteraturstudie som med en række interviews, blandt andet udført på fire tilbud, der af Socialstyrelsen blev skønnet gode til arbejdet med at forebygge vold.

Til undersøgelsen har der været tilknyttet en følgegruppe, som takkes for konstruktive kommentarer og diskussioner undervejs. Rapporten er desuden blevet læst og kommenteret af professor Kjeld Høgsbro, Aalborg Universitet, der takkes for konstruktive kommentarer.

Rapporten er finansieret af Socialstyrelsen og udarbejdet af seniorforsker Anika Liversage, ansat ved SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. SFI håber, at viden fra denne rapport fremadrettet vil kunne bidrage til at forebygge forekomsten af vold på botilbud og for-

sorgshjem, til gavn for såvel sådanne steders medarbejdere som for de borgere, der bor der.

København, januar 2017

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

Denne rapport skal bidrage til et igangværende arbejde for at forebygge vold på botilbud og forsorgshjem for beboere med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Rapporten supplerer en række andre, nyere udgivelser, der også har fokus på, hvordan vold bedre kan forebygges på botilbud og forsorgshjem (se fx Socialstyrelsen, 2016a).

Rapporten er bygget op af to dele. Den første del har fokus på metoder, tilgange og organisering internt på botilbud og forsorgshjem, der kan medvirke til at forebygge vold. Den anden del belyser, hvordan det tværsektorielle samarbejde imellem botilbud og forsorgshjem på den ene side og andre institutioner og aktører på den anden kan bidrage til det voldsforebyggende arbejde. Hver af de to dele består af et litteraturstudie, to casebeskrivelser og en diskussion af temaer, der går på tværs af litteraturstudie og casebeskrivelser.

De to litteraturstudier inddrager udgivelser, forfattet på sprogene dansk, svensk, norsk og engelsk. Der indgår såvel forskningslitteratur som såkaldt ”grå litteratur”, der ikke er udgivet gennem gængse, videnskabelige kanaler. Hovedparten af den anvendte litteratur er fra perioden 2010-2016. Litteraturstudiet var oprindeligt tilrettelagt til kun at indeholde studier, der specifikt så på forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem. Da det viste sig, at litteraturen på dette område er ganske

sparsom, valgte SFI at udvide litteraturstudiet til også at inddrage studier, der ser på vold og forebyggelse af vold på fx psykiatriske hospitalsafsnit, da vi vurderede viden herfra relevant, også for arbejdet på botilbud og forsorgshjem.

Rapporten bygger endvidere på 47 interviews. Størstedelen (38 interviews) er udført med ledelse, medarbejdere, borgere og samarbejdspartnere på fire udvalgte tilbud (tre botilbud og ét forsorgshjem). Disse fire tilbud blev af Socialstyrelsen udpeget som steder, der enten havde gode erfaringer med arbejdet med forebyggelse af vold eller som arbejdede aktivt med at sikre et godt tværsektorielt samarbejde. På de fire tilbud er der i mindre omfang også udført feltobservationer. Derudover er ni andre personer med tilknytning til området, herunder forskere fra Danmark, Sverige og Norge, blevet interviewet til undersøgelsen,

Det er vigtigt at pointere, at de fire casestudier udgør et begrænset empirisk materiale, og at de udvalgte tilbud endvidere heller ikke kan anses for at være repræsentative for danske botilbud og forsorgshjem generelt. Dermed giver disse interviewdata naturligvis ikke mulighed for at udtale sig generelt om konflikter og konflikthåndtering i Danmark. Derimod skal casebeskrivelserne bidrage med erfaringer fra praksis om, hvordan man på udvalgte botilbud og forsorgshjem arbejder konstruktivt med det voldsforebyggende arbejde.

VIGTIGHED AF ARBEJDSMILJØ OG FOREBYGGENDE INDSATSER

På baggrund af en gennemgang af dansk og international litteratur på området må man starte med at konkludere, at der ikke findes dokumentation for, at enkle og generelt anvendelige metoder kan forebygge vold i alle sammenhænge. Samlet set peger litteraturen endvidere på, at den vigtigste indsats i forhold til at forebygge vold foregår på det primære niveau – det handler dermed om, hvordan det daglige arbejde udføres, frem for hvordan man specifikt forholder sig, når der i arbejdet opstår tilspidsede situationer. Det handler dermed i høj grad om relationerne imellem personale og borgere, herunder hvordan personalet taler til og omgås med borgerne.

I forlængelse af det daglige arbejdes store betydning peger såvel litteraturen som erfaringerne fra casestudierne også på, at eksistensen af et godt arbejdsmiljø er centralt for at forebygge forekomsten af vold. Hvad der udgør et godt arbejdsmiljø, er en kompleks størrelse, men indeholder generelt elementer som støttende ledelse og engagerede medar-

bejdere med et tilstrækkeligt kompetenceniveau. Også mulighederne for løbende fagprofessionel dialog og refleksion og faglig udvikling i det daglige arbejde er væsentligt. Det er også vigtigt, at der er tillid på arbejdspladsen – såvel medarbejderne imellem, i forhold til ledelsen som ledelsen imellem. Derudover er det centralt, at ressourceniveauet er tilstrækkeligt i forhold til arbejdets indhold.

I forhold til forebyggelse af vold kan en høj grad af tillid på et botilbud eller et forsorgshjem øge personalets muligheder for at udtrykke sig åbent, hvis det føler bekymring i forhold til fx givne arbejdsforhold eller givne borgere – også selvom deres bekymring måske kun er af diffus karakter. Blandt andet medarbejdere på de besøgte tilbud fremhæver mulighederne for en sådan åben og løbende dialog på arbejdspladsen som værende centralt for det voldsforebyggende arbejde. En sådan tillid og åbenhed giver nemlig personalet mulighed for at afstemme dets oplevelser internt og nå frem til eventuelle forebyggende tiltag, der kan være behov for.

Også tilbuddenes ledelse har stor betydning. Det gælder såvel ledelsens indstilling til arbejdet med sikkerhed som sådan, herunder hvordan man forholder sig ved forekomst af vold i forhold til anmeldelser og debriefing som systematisk læring af de indtrufne episoder. Endelig har ledelsens mere generelle evner til at skabe gode rammer og tilstrækkelig opbakning for deres medarbejdere naturligvis også stor betydning.

VIGTIGHEDEN AF DEN PÆDAGOGISKE TILGANG

Såvel litteraturen som case-undersøgelserne fremhæver også den pædagogiske tilgang til borgerne som et centralt emne. Her ses det, at en ikke-konfronterende tilgang – hvor de krav, der stilles til den enkelte borger, er tilpasset borgerens formåen – kan være vigtig. En såkaldt ”low arousal”-tilgang – hvor man dels søger at undgå, at konflikter overhovedet opstår, og dels arbejder med at deeskalere de optræk til konflikter, der måtte forekomme – kan være med til at forebygge forekomsten af vold. Denne tilgangs virkningsfuldhed kan knyttes til, at en stor del udadreagerende adfærd forekommer i forbindelse med grænsesætning.

Også relationsarbejde er af stor betydning for forebyggelse af vold: Hvis medarbejderne har en positiv tilgang til et tilbuds borgere og er i stand til at opbygge stærke og gode relationer til dem, har det gavnlige konsekvenser i mange sammenhænge. Gode relationer til personalet har generelt stor betydning for borgernes trivsel og kan også være en

forudsætning for, at personalet kan hjælpe borgerne med at ændre deres egen adfærd.

Gode eksempler herpå sås på Strandengen, et botilbud for borgere, der havde såvel kognitive funktionsnedsættelser som domsanbringelser. Over tid var det lykkedes personalet at opbygge positive relationer til stedets borgere, der sideløbende hermed var blevet klart mindre udadreagerende. Noget af arbejdet handlede om at forstå borgernes handle-mønstre og hjælpe dem med at finde nye måder at reagere på. En borger med stærke autistiske træk havde fx lært at trække sig tilbage til sit værelse, når han blev ophidset. En anden borger var igen og igen bestyrket i, at der altid ville være mad parat til ham og var gradvist holdt op med at råbe og slå ud, når han nærmede sig botilbuddets køkken ved måltiderne.

OM "SAFEWARDS"

En stor del af studierne om forebyggelse af vold er udført i hospitalspsykiatrien. Af disse studier kan nævnes forskning om såkaldte "safewards". Dette koncept er udviklet i den engelske hospitalspsykiatri og dækker over en helhedsorienteret tilgang, hvor personalet samtidig har blik for dynamikker inden for en række forskellige domæner. Det kan handle om en samtidig opmærksomhed på samspillet i borgergruppen, på påvirkninger fra borgernes relationer til personer eller begivenheder uden for tilbuddet, på samspillet imellem borgere og personale, på de enkelte borgers tilstand og udfordringer m.m.

Ved at sætte forebyggende ind i forhold til de forskellige konflikter, der kan opstå i de forskellige domæner, og ved konsekvent at udvise støtte og omsorg over for borgerne, kan disse borgere skærmes bedre imod den stress, der ellers kan opstå. Samlet set kan en sådan "safewards"-tilgang skabe et mere sikkert miljø at arbejde i. Studierne heraf er som nævnt udført i hospitalspsykiatrien i Storbritannien. Uanset at man dermed ikke kan sige, i hvor høj grad fundene kan overføres til forholdene på danske botilbud og forsorgshjem, synes tilgangen at være velegnet til at lade sig inspirere af, også i Danmark.

OM FORSKELLIGE TYPER AF BORGERE

Der er en stor diversitet blandt borgerne på botilbud og forsorgshjem. Et aspekt af denne diversitet er, at det kun er en minoritet af sådanne borgere, der udgør en voldsrisiko. Et andet aspekt er, at sådanne borgere kan have meget forskellig kommunikativ formåen. Her kan borgere, der har

vanskeligt ved at udtrykke sig, føle sig nødsaget til at bruge vold som en udtryksform. Noget sådant gør sig ofte gældende for borgere med kognitive funktionsnedsættelser. I det omfang medarbejdere lykkes med at opbygge en god relation til sådanne borgere, kan kommunikationen forbedres gennem personligt kendskab, og dermed kan sådanne borgeres behov for at kommunikere på uhensigtsmæssigt udadreagerende måder nedbringes.

En anden gruppe af borgere på botilbud og forsorgshjem, der påkalder sig særlig opmærksomhed i forhold til det voldsforebyggende arbejde, er borgere, der har såvel psykiske lidelser som et misbrug af alkohol og/eller stoffer – en såkaldt ”dobbeldiagnose-problematik”. Forskning viser, at personer med dobbeltdiagnoser har en forhøjet risiko for at udøve vold i forhold til personer med psykiske lidelser, der ikke har et misbrug. Dermed kan en velfungerende misbrugsbehandling være med til at nedbringe forekomsten af vold.

OM DET DAGLIGE ARBEJDE

Som det fremgår, handler en del af det voldsforebyggende arbejde om, at medarbejderne lærer de enkelte borgere godt at kende. I forlængelse heraf er det vigtigt at være opmærksom på medarbejdere, der ikke har et indgående kendskab til et tilbud og dets borgere. Det gælder såvel nyanstatte som vikarer, hvorfor det bør sikres, at sådanne medarbejdere får fx tilstrækkeligt med sidemandsoplæring, og at de ikke skal varetage for vanskelige opgaver for tidligt i deres forløb.

Også det indhold, borgerne har i deres hverdag, har betydning, da borgerne kan have behov for at engagere sig i meningsfulde aktiviteter for at give dagene indhold. I den forbindelse kan fysisk aktivitet på en jævnlig basis bidrage til at bedre borgernes muligheder for at få deres nattesøvn – i sig selv noget, der kan være vigtigt i forhold til en god trivsel og dermed også for forekomsten af vold.

En del af det daglige arbejde på botilbud og forsorgshjem kan være at arbejde med systematiske risikovurderinger, hvor dette skønnes nødvendigt. Borgere, som risikovurderes, kan ofte med fordel inddrages i arbejdet hermed. Dette kan ske ved at gå i dialog med borgerne om, hvad der kan gøre dem vrede, hvordan vreden kan få dem til at reagere, og hvad borgerne i stedet kan gøre, når de oplever, at sådanne følelser er undervejs. Dermed kan borgerne hjælpes til bedre at mestre deres egen

adfærd. Samtidig kan en sådan dialog gøre medarbejderne mere bevidste om, hvordan de selv bedst forebygger, at borgerne hidses op.

Endelig viser forskningen, at borgerne ofte med fordel kan inddrages i det daglige arbejde, der berører dem, og at de dermed kan blive bedre til at mestre deres dagligliv. Denne inddragelse gælder også i forhold til arbejdet med blandt andet risikovurderinger. Her kan en aktiv inddragelse af borgerne fx være med til at gøre disse klogere på egne handlemønstre – det første skridt på vejen til at blive i stand til at handle anderledes. Samtidig kan denne inddragelse sikre, at personalet ikke uafvidende kommer til at stresser eller provokere borgere i unødvendig grad.

DE FYSISKE RAMMER

Også de fysiske rammer på botilbud og forsorgshjem kan have betydning for forekomsten af vold. Her er det vigtigt, at rammerne giver borgerne tilstrækkelige muligheder for at få ro og privatliv. Der bør også være gode lysforhold og tilstrækkeligt med plads, fx på gangarealerne, ligesom adgang til rekreative udearealer kan være et positivt element i hverdagen. I byggerier som fx det nye psykiatriske hospital i Slagelse anvendes ligefrem begrebet ”helende arkitektur”, hvor man igennem farve- og materialevalg, opmærksomhed på lyde og stemninger mv. søger at lade den arkitektoniske udformning af bygningerne understøtte den menneskelige helingsproces.

Forskning tyder også på, at tilstedeværelsen af sanseterapeutiske miljøer kan bidrage positivt til nogle borgeres velbefindende. Sådanne miljøer kan fx være lokaler, der indrettes med særligt tilrettelagt lyd og lys, med adgang til massagestole eller -senge, kugledyner og lignende. Dermed er det steder, hvor agiterede og anspændte borgere kan få hjælp til at finde mere ro i sig selv.

Indretning af de fysiske rammer kan også være væsentligt i forhold til forebyggelse af vold og håndtering af voldsepisoder. Her bør tilbuddenes indretning udformes, så flugtveje sikres, og så der er tilstrækkelige oversigtsmuligheder. Også overvejelser om, i hvilket omfang inventar kan anvendes til at øve skade med, bør indgå i planlægningen af den fysiske indretning.

Af besøgene på forskellige tilbud fremgik det endvidere, at personalets muligheder for sammen at reflektere over indretningen af deres arbejdsplads, og deres muligheder for at føre forbedringsforslag ud i livet kunne indvirke positivt på det voldsforebyggende arbejde.

DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

I forhold til betydningen af det tværsektorielle samarbejde for forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem viser litteraturstudiet, at uanset at det tværsektorielle samarbejde ofte har stor betydning for de typer af borgere, som undersøgelsen omhandler, er det langt fra altid, at dette samarbejde fungerer optimalt i praksis. Denne konklusion drages af studier udført såvel i som uden for Skandinavien.

Litteraturen viser også, at integrerede indsatser over for borgere med komplekse problemstillinger ofte forbedrer resultaterne for disse borgere, uden at de økonomiske omkostninger samtidig øges. Studierne på området handler dog primært om, hvorledes et bedret tværsektorielt samarbejde kan bedre kvaliteten af den behandling, som borgerne modtager, og dermed øge borgernes udbytte af denne behandling. Dermed fokuserer studierne ikke specifikt på sammenhængen mellem et bedret tværsektorielt samarbejde og forebyggelse af vold. Da en stor del af det voldsforebyggende arbejde som nævnt ligger på det primære niveau, må man dog formode, at i det omfang et bedret tværsektorielt samarbejde øger kvaliteten af den behandling, som borgerne modtager, vil en sådan indsats også have en positiv effekt i forhold til forebyggelse af vold.

Der eksisterer mange typer af tiltag, der sigter mod at forbedre samarbejdet på tværs af sektorer – tiltag, der kan være såvel af tidsbegrænset som af mere permanent karakter. Fælles for sådanne tiltag er ofte, at der i samarbejdet er fælles mål, og at der er klarhed i forhold til arbejds gange og i forhold til ansvars- og rollefordeling imellem de samarbejdende parter. Det drejer sig om fx indsatsplaner, samarbejdsaftaler, oprettelsen af fælles informationssystemer eller af fælles uddannelsesindsatser, om opbygningen af samarbejdende teams og placering af forskellige indsatser på samme adresse. I mange sammenhænge vil flere af sådanne indsatser blive igangsat på samme tid og dermed understøtte hinanden. Samtidig viser erfaringen dog også, at det kan være vanskeligt at fastholde et formaliseret samarbejde, efter at særlige samarbejdsprojekter afsluttes.

Både litteraturstudiet og caseundersøgelserne viser også, at der er mangeartede udfordringer i det tværsektorielle samarbejde. En af udfordringerne handler om, at der hos de forskellige samarbejdsparter ofte vil være forskellige mål og rammer for indsatserne i forhold til de samme borgere. Endvidere kan der også være en manglende forståelse for hinandens arbejdskultur på tværs af sektorgrænser. I den forbindelse kan fx

fælles uddannelses tiltag, samarbejde i teams eller adressefællesskab imellem forskellige indsats bidrage til at forbedre samarbejdet. Sådanne tiltag virker blandt andet ved, at medarbejdere fra forskellige baggrunde lærer hinandens vilkår, formål og kultur nærmere at kende, og at de derved opbygger en tillid til hinanden, der gør en mere uformel udveksling af information nemmere.

En udfordring for det gode samarbejde kan også være måden, hvorpå arbejdsopgaver honoreres i et givent system, herunder om samarbejde anses for at være en kerneopgave eller ej. I den forbindelse fremhæver flere interviewpersoner, inklusive forskere på området, at hospitalspsykiatriens ydelsesstruktur kun i ringe grad understøtter det tværsektorielle samarbejde, da der her kræves deltagelse af en borger, før fx et møde kan tælles med som en ydelse. Dermed vil et koordinationsmøde, hvor det kun er professionelle – og altså ikke den berørte borger – der deltager, altså ikke blive anset for at være en ydelse, hvilket kan vanskeliggøre hospitalspsykiatriske medarbejders muligheder for at deltage i tværsektorielt samarbejde.

Der findes i dag en lang række værktøjer til at forbedre det tværsektorielle samarbejde i forhold til borgere på botilbud og forsorgshjem. Det er dog ikke altid, at disse redskaber anvendes i tilstrækkelig grad. Endvidere kan der være store forskelle på, hvordan de samme redskaber anvendes i forskellige sammenhænge, hvilket naturligvis også har betydning for, hvor effektive redskaberne reelt viser sig at være.

Endelig kan nævnes, at løbende ændringer og omstruktureringer inden for samarbejdende sektorer kan medføre, at etablerede og formaliserede samarbejdsstrukturer brydes op, og at netværk falder fra hinanden. Dermed kan sådanne ændringer undertiden skade et ellers godt og vel-fungerende samarbejde.

SÆRLIGT OM UDVALGTE SAMARBEJDPARTNERE

Som det fremgår ovenfor, er hospitalspsykiatrien en meget central samarbejdspartner for mange botilbud og forsorgshjem. Her kan samarbejdet om indlæggelser og udskrivninger være særligt væsentligt. En vigtig komponent i dette samarbejde handler om de forskellige instansers muligheder for at træffe beslutninger – fx om indlæggelser og udskrivninger. Her kan botilbud opleve, at de måske nok kan få borgere indlagt, men at disse borgere udskrives igen ganske hurtigt, noget, der til tider opleves som en konsekvens af et pres på ressourcerne i hospitalspsykiatrien. I

den forbindelse giver nogle interviewede medarbejdere på botilbud og forsorgshjem udtryk for oplevelser af, at de ikke altid informeres i tilstrækkelig grad. En sådan mangel på information kan i sig selv opleves som noget, der udgør en risiko i det voldsforebyggende arbejde. På baggrund af den foreliggende undersøgelse kan der dog ikke konkluderes i forhold til, hvor udbredt en sådan problematik måtte være, og det skal nævnes, at vi i undersøgelsen også hørte om velfungerende informationsudvekslinger imellem psykiatriske afsnit og botilbud/forsorgshjem.

På de tilbud, som SFI besøgte, var der særligt positive erfaringer i forhold til samarbejdet med retspsykiatrien. Et centralt element her handler om velfungerende koordinationsplaner, som sikrer en klar ansvars- og rollefordeling imellem botilbud og de retspsykiatriske overlæger. I sådanne planer kan der fx være klare retningslinjer for, hvornår en given plan er overholdt, og hvordan personalet skal handle, hvis planen omvendt ikke overholdes. På tilbuddene hørte vi også, at man satte stor pris på de jævnlige besøg, som nogle af deres borgere modtog fra udkørende retspsykiatrisk personale. Når fx retspsykiatriske sygeplejersker kom på jævnlige besøg på tilbuddene, var det også med til at styrke relationerne imellem disse sygeplejersker og botilbuddenes personale. Dermed blev der opbygget et tæt samarbejde mellem den sociale sektor og sundhedssektoren, som botilbuddets medarbejdere kunne benytte, når de havde behov for råd eller hjælp fra hospitalspsykiatrien.

I forhold til samarbejdet med kommunerne blev der givet udtryk for, at arbejdet i forbindelse med indskrivning af kommunernes borgere på botilbud og forsorgshjem var af særlig vigtighed. Dette var et centralt tidspunkt for at sikre en korrekt visitation, få afstemt forventningerne og lavet aftaler om det fremtidige samarbejde. Fra et forsorgshjem hørte vi fx, at hjemmets medarbejdere arbejdede målrettet på at sikre, at der var en plan for, hvad der skulle ske, hvis en borger viste sig ikke at kunne rummes på forsorgshjemmet, *inden* borgeren blev indskrevet.

I forhold til samarbejdet med politiet hørte vi fra flere besøgte tilbud, at politiets hurtige indsats i forhold til fx at afhente borgere, når tilbuddet havde behov herfor, var væsentligt for deres arbejde. Endvidere kunne en løbende kontakt mellem politi og fx et forsorgshjem også bidrage positivt til det daglige arbejde begge steder.

Også andre samarbejdspartnere kan være væsentlige for botilbud og forsorgshjem. Da borgere med psykiske sygdomme, kognitiv funktionsnedsættelse og/eller sociale problemer ofte også lider af forskellige

somatiske sygdomme, kan en god kontakt med praktiserende læger således være væsentlig. Her fortalte et botilbud om, at det havde knyttet en god kontakt til et nærliggende lægehus, og at dets borgere her ofte valgte at lade sig behandle af den samme praktiserende læge. Denne læge havde gode kompetencer i forhold til at få botilbuddets borgere til at føle sig vel tilpas. Samtidig gjorde denne samling af borgere hos den samme læge også, at medarbejderne fik bedre muligheder for at følge med i, og dermed også bakke op om, de enkelte borgeres lægelige behandlingsforløb.

Uanset hvilke samarbejdspartnere det drejer sig om, viser såvel litteraturen som interviewene, at fysisk nærhed har en positiv betydning. Nærhed gør det nemmere såvel at organisere møder som at opbygge tillid gennem personlige kontakter. Men nærhed kan også have særlig betydning i forhold til borgerne, der kan føle transport over længere afstande som en udfordring, og måske slet ikke være i stand til selv at foretage sådanne rejser. Dermed kan omorganiseringer og centraliseringer, der medfører, at tilbud, der samarbejdes med, fysisk flyttes længere væk, påvirke det tværsektorielle samarbejde i negativ retning, simpelthen fordi den fysiske transport (og den tid, som denne transport tager) kan gøre det vanskeligere for professionelle at mødes fysisk, og kan udfordre borgernes muligheder for fx at følge en behandling.

BEGRÆNSET FORSKNINGSMÆSSIG VIDEN PÅ OMRÅDET

Som det også er fremgået ovenfor, er der kun en begrænset forskningsmæssig viden, der specifikt omhandler forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem. Når vi ser på litteraturen om, hvordan det tværsektorielle samarbejde mellem sådanne tilbud og andre parter påvirker det voldsforebyggende arbejde, er litteraturen endnu mere sparsom.

Dermed må en konklusion af denne rapport også være, at der mangler viden på en lang række områder. For eksempel mangler der sikker forskningsmæssig viden om, hvordan vold kan nedbringes, herunder om effekten af forskellige programmer, der søger at forebygge og håndtere vold. Også når det kommer til fx inddragelse af borgerperspektivet i forhold til at begrænse forekomsten af vold, eller til, hvordan forskellige pædagogiske metoder virker i forhold til forskellige typer af borgere på botilbud, herunder specifikt i forhold til forebyggelse af vold, er vores viden begrænset.

CENTRALE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

Afslutningsvist kan følgende punkter fremhæves som særligt væsentlige for botilbuds og forsorgshjems voldforebyggende arbejde med personer med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer.

- At relationsarbejdet med borgerne står centralt. Dette relationsarbejde bør baseres på tilpassede krav.
- At der er opmærksomhed på mulighederne for at deeskalere, når der er optræk til konflikter.
- At der, hvor det skønnes nødvendigt, arbejdes systematisk med risikovurderinger. Dette arbejde kan kombineres med redskaber, der inddrager borgerne og øger disses muligheder for at mestre egen adfærd.
- At personalet har plads til faglig refleksion i forhold til udførelsen af deres arbejde, og at forhold angående sikkerhed indgår i disse refleksioner.
- At man arbejder på at opbygge og vedligeholde en sikkerhedsbevidst arbejdskultur, og at man er åben om de udfordringer, det daglige arbejde kan byde på.
- At det tværsektorielle samarbejde fremmes i forhold til at sikre den bedst mulige omsorg for borgerne.

DEL I

LITTERATURSTUDIE I – FOREBYGGELSE AF VOLD PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM

INDLEDNING

Fokus for det første af rapportens to litteraturstudier er forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem for beboere med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. I litteraturstudiet indgår såvel videnskabelige artikler som ”grå litteratur”, dvs. rapporter og afhandlinger, der ikke er publiceret i gængse videnskabelige kanaler. Der anvendes litteratur forfattet på sprogene dansk, svensk, norsk og engelsk, og geografisk er studierne afgrænset til EU-lande, Norge, Schweiz, USA, Canada, New Zealand og Australien – lande, hvor opbygningen af botilbud og forsorgshjem har en struktur, der forventes at gøre disse landes erfaringer relevante for danske forhold. Tidsmæssigt er fokus på nyere studier – fra 2010 til 2016.

Med hensyn til international litteratur har litteratursøgninger fundet sted i SocIndex og PsycInfo på EBSCO. Med hensyn til skandinavisk litteratur er søgningen foregået på Libris (svensk nationaldatabase), Bibsys (norsk nationaldatabase) samt Bibliotek.dk. Endelig er scholar.google.com også blevet anvendt.

Med undersøgelsens fokus på forebyggelse af vold på botilbud og forsorghjem blev de engelsksprogede søgninger opbygget ved at kombinere forskellige søgeord/synonymer for ”se”, ”vold’ og ”botilbud/forsorghjem”. Disse søgninger gav et meget stort antal referencer. Heraf kunne en stor del dog bortsorteres, da de omhandlede emner, der ikke var relevante for denne undersøgelse – fx forebyggelse af vold mod kvinder for at hindre, at sådanne kvinder må søge hjælp på en institution eller et krisecenter.

Samtidig gjorde denne screeningsproces det også tydeligt, at en snæver afgrænsning til de angivne søgekriterier ville resultere i, at kun meget få studier ville blive inkluderet. For eksempel har det i den internationale litteratur ikke været muligt at lokalisere nogen effektstudier (med kontrolgruppe), der undersøger voldsforebyggelse på botilbud eller forsorghjem. En central årsag er, at kun få studier er udført specifikt på botilbud og forsorghjem, mens langt mere forskning i forebyggelse af vold i forhold til personer med psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer er udført i sundhedssektoren (fx på psykiatriske eller retspsykiatriske afsnit). En del sådanne studier fra sundhedssektoren indgår derfor i denne rapport, da de også skønnes relevante for voldsforebyggende indsatser på botilbud og forskningshjem.

I søgningerne af ”grå litteratur” fra Danmark er der søgt generelt på pdf-udgivelser ud fra søgeord som ”vold/”udadreagerende” (adfærd)/”problemskabende” (adfærd) + ”forebyggelse” + ”botilbud/”bosteder/”herberger”. Der er endvidere blevet søgt specifikt på domæner som viden.sl.dk, psykiatrifonden.dk, psykisksaarbar.dk, sandudvalg.dk, udsatte.dk, sbh-boformer.dk, psykosocialrehabilitering.dk, dpsnet.dk, bedrepsykiatri.dk og sus.dk samt på udenlandske hjemmesider som www.tvangspub.tvangs-forskning.no, www.napha.no og www.sifer.no. Publikationer herfra er blevet screenet og inddraget i denne rapport. Endelig er publikationer, der har optrådt på relevante studiers litteraturlister, også blevet inddraget i arbejdet med rapporten.

Selv hvis man inddrager studier fra hospitalssektoren (hvor de fleste studier som nævnt er lavet), er mængden af litteratur, der specifikt omhandler voldsforebyggelse, relativt begrænset. I en review-artikel fra 2016 konkluderer en amerikansk forsker således, at selvom sundhedssektoren er en af de sektorer i USA, hvor personalet er mest udsat for vold, har forskere endnu ikke afdækket statistisk signifikante, generelt brugbare

metoder, der kan nedbringe risikoen for vold. I stedet har det meste af forskningen søgt at kvantificere problemet og opbygge profiler på såvel voldsudøvere som voldsofre. De relativt få studier, der har fokuseret på voldsreducerende interventioner, fremhæver, at det ikke er sandsynligt, at man kan finde enkle løsninger, der vil kunne virke voldsforebyggende i alle sammenhænge (Phillips, 2016, s. 1661).

Det skal endvidere påpeges, at denne rapport om forebyggelse af vold på botilbud og forsorghjem lægger sig i forlængelse af en lang række andre publikationer, der er kommet i de senere år. Det drejer sig fx om publikationer, der mere bredt forholder sig til organiseringen af det psykiatriske felt, fx (Bengtsson, Alim & Holmskov, 2011; Bengtsson, Jørgensen & Grønfeldt, 2013; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013), og om publikationer, der specifikt ser på forebyggelse af vold på fx danske botilbud (Overgaard & Ørsted, 2016; Justitsministeriets forskningskontor, 2015; Møller, Brasch & Pedersen, 2014).

Den resterende del af dette kapitel er struktureret på følgende måde: Først gennemgås kort den kontekst, som de relevante botilbud og forsorghjem indgår i. Dernæst diskuteres omfanget af vold disse steder, samt hvilke karakteristika ved institutioner og personale, der på forskellig vis kan knyttes til forebyggelse og nedbringelse af vold. Her belyses det endvidere, hvordan personalets daglige arbejde med borgerne kan have betydning i forhold til voldsforebyggelse. Der inddrages også studier, som ser på forskellige faser af volden – optakten til vold, konkrete volds-episoder og den efterfølgende bearbejdning og læring – og hvad der synes vigtigt her i forhold til at reducere omfanget af vold. Til sidst inddrages studier af forskellige redskaber til vurdering af risiko for, at personer med fx psykiske vanskeligheder og kognitive funktionsnedsættelser udøver vold.

VOLD PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM

En del borgere, der har behov for hjælp og støtte på døgnbasis på grund af psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer, har ophold på institution. Det kan være i boformer, oprettet efter lov om social service (SEL) (§ 107-108), eller i boformer, oprettet efter almenboliglovens § 105. Nogle sådanne borgere bor individuelt og modtager bostøtte ifølge SEL § 85. Alle disse boliger anses for at

være borgernes egne med de dertil knyttede rettigheder om selvbestemmelse, privatliv osv. Uanset de forskelligartede udfordringer, som sådanne borgere har, er der i den offentlige sektors arbejde med dem endvidere et generelt fokus på, at der ikke skal ydes ”passiv” omsorg og pleje, men at den socialpædagogiske indsats skal understøtte læring og mestring af eget liv (Engen, 2014).

Samtidig er der også meget stor forskel på beboerne på botilbud og herberger. Dels er der et bredt spænd af personer, afhængigt af om de fx befinder sig på botilbuddet på grund af en hjerneskade, infantil autisme eller skizofreni. Dels har en del af de borgere, der opholder sig på forsorgshjem eller botilbud, komplekse problemstillinger ud over fx psykiske vanskeligheder eller kognitiv funktionsnedsættelse. En del har således samtidig et misbrug af alkohol eller stoffer – den såkaldte dobbeltdiagnose-problematik, der kan give særlige udfordringer (Rothuizen & Boldsen, 2016). Andre lider af forskellige former for somatiske sygdomme. Denne store spredning i borgergruppen er i sig selv med til at skabe store forskelle, hvad angår både risikoen for vold på forskellige botilbud og herberger, og hvilke indsatser der er relevante for at forebygge vold sådanne steder.

Botilbud og forsorgshjem kan drives af både kommuner, private aktører og regioner. Der vil desuden ofte være et tæt samarbejde med det hospitalbaserede psykiatriske system. En større omkalfatring af hele dette område fandt sted med Kommunalreformen i 2007, og det har efterfølgende i høj grad været regioner og kommuner (fx i form af hospitaler og botilbud), som har skullet samarbejde. Kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde har relevans for det voldsforebyggende arbejde på botilbud og forsorgshjem og belyses primært i rapportens anden del, der omhandler det tværsektorielle samarbejde.

FOREKOMST AF VOLD

At ansatte på danske botilbud og forsorgshjem, der arbejder med udsatte borgere, har en risiko for at blive udsat for vold på deres arbejdsplads, er velkendt og fremgår blandt andet af en række nyere analyser (Social- og Indenrigsministeriet, 2014; FOA, 2014; NFA, 2013). For eksempel viser en analyse fra 2016, at ansatte på botilbud anmeldte over 400 tilfælde af vold til politiet (Social- og Indenrigsministeriet, 2014). Antallet af volds-episoder er formentlig langt højere, da langt fra alle episoder politianmel-

des, og ifølge en undersøgelse fra Socialpædagogernes Landsforbund har 40 pct. af dets medlemmer været udsat for fysisk vold inden for det sidste år (Socialpædagogerne, 2016).

En omfattende international litteratur viser tilsvarende, at omsorgsarbejdere – både i sundhedssektoren generelt og specifikt på botilbud – risikerer at blive udsat for vold i forbindelse med deres arbejde (Blando m.fl., 2015; Daly m.fl., 2011; Franz m.fl., 2010; Lundstrøm, 2006). Også i forbindelse med arbejde med borgere i deres eget hjem – som er tilfældet ved bostøtte – kan medarbejdere blive udsat for psykisk eller fysisk vold (Campbell m.fl., 2014).

I forhold til, hvilke personalegrupper der udsættes mest for vold, viser de fleste – men ikke alle – studier, at mænd er mere udsatte end kvinder, ligesom yngre medarbejdere ser ud til at være mere udsatte end ældre (Gillespie, 2010; Kelly m.fl., 2015; Lundstrøm, 2006). Sammenlignes Danmark med udlandet, er forekomsten af vold på botilbud mindre hyppig i Skandinavien (med den relativt veludviklede omsorgssektor), sammenlignet med fx Canada (Daly m.fl., 2011). Og sammenlignes psykiatrien med andre sektorer, viser et dansk, registerbaseret studie, der sammenligner forekomsten af vold mod arbejdere i fire forskellige sektorer (psykiatri, ældreomsorg, kriminalforsorg og specialskoler), at omfanget af vold er betragteligt i alle fire sektorer. Studiet viser desuden, at ansatte på specialskoler (fx for unge med autisme eller ADHD) er de mest voldsudsatte (Rasmussen, Høgh & Andersen, 2013).

Man skal være opmærksom på, at omfanget af vold i fx psykiatrien (Daly m.fl., 2011) og blandt medarbejdere, der yder omsorg i borgernes egne hjem (Campbell, 2016), ofte underrapporteres. Underrapporteringen kan have mange årsager, heriblandt at de personer, der har udøvet volden, ikke anses for ansvarlige for deres handlinger, at ansatte har en arbejdsidentitet, hvor de anser vold for at være ”en del af jobbet”, og at ansatte kan have en følelse af, at ledelsen enten ikke tager rapporter om vold alvorligt eller ligefrem anser sådanne anmeldelser for uønskede (Byrd, 2012; Darling m.fl., 2011; Rasmussen, Høgh & Andersen, 2013).

Denne underrapportering gør det naturligvis svært at få et dækkende billede af situationen. En yderligere grund til dette er, at forskere på området anvender uklare og/eller forskelligartede definitioner af vold, samt at der er metodiske begrænsninger i en del af de studier, der søger at belyse omfanget af vold (Social- og Indenrigsministeriet, 2014; Blando m.fl., 2015).

Udøvelsen af vold på botilbud og forsorgshjem kan rubriceres på flere forskellige måder. Dels kan man skelne mellem former for vold – om den fx er fysisk eller psykisk, og hvordan den mere specifikt kommer til udtryk (fx fysisk vold i form af spark, slag, bid osv.). Dels kan man skelne mellem, hvem der udsættes for volden – er det fx personale eller borgere? Endelig kan man se på, hvem der udøver volden – over for personale kan det være fx en borger, en pårørende til en borger, en kollega, en leder eller endda en udefra kommende person (Phillips, 2016).

VOLDENS KONSEKVENSER

Vold mod ansatte, der arbejder på botilbud og forsorgshjem, kan have mange konsekvenser, herunder så alvorlige som dødelig udgang. Også vold mod andre beboere/patienter kan resultere i drab (Nielssen & Large, 2012).

Litteraturen viser, at fysisk og psykisk vold på arbejdspladser kan have en lang række konsekvenser. Et omfattende litteraturreview om konsekvenser af vold mod ansatte i sundhedssektoren (Lanctot & Guay, 2014) opdeler disse konsekvenser i syv kategorier – se boks 1.1.

BOKS 1.1

Typer af konsekvenser af vold på arbejdspladser.

- Fysiske konsekvenser
 - Psykiske konsekvenser
 - Følelsesmæssige konsekvenser
 - Konsekvenser for arbejdsfunktion (fx sygemelding eller opsigelse)
 - Konsekvenser for relationen til borgere og kvaliteten af omsorg
 - Sociale konsekvenser – ift. fx den ramte medarbejders venner og familie
 - Økonomiske konsekvenser, såvel individuelt som på samfundsniveau.
-

Kilde: Lanctot & Guay, 2014.

Væsentlige psykiske konsekvenser af vold på arbejdspladsen er post-traumatisk stress og depression og deraf følgende sygefravær (Edward m.fl., 2014; Lanctot & Guay, 2014). Vold kan også medføre udbrændthed hos ansatte – en tilstand karakteriseret ved udmattelse, kynisme og ineffektivitet (Lundstrøm, 2006). Studier af forholdene blandt ansatte på botilbud i USA og Norge indikerer, at manglende ledelsesmæssig opbakning i forbindelse med udsathed for vold kan have en stærkt negativ be-

tydning (Byrd, 2012) og øge risikoen for udbændthed (Søndenaa m.fl., 2013).

For arbejdspladserne kan forekomsten af vold betyde øgede udgifter på grund af fx sygefravær og øget personalegennemstrømning, ligesom behandling og omsorg kan forringes (Lantta m.fl., 2016). Også andre borgere – der fx selv er psykisk sårbare – kan påvirkes negativt af at overvære vold og aggression (Kontio m.fl., 2014), ligesom de selv kan blive udsat vold. Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at langt de færreste borgere på botilbud og forsorghjem opfører sig voldeligt. I nogle sammenhænge kan det være et fåtal af personer, der står for en betragtelig del af den vold, der forekommer (Lussier m.fl., 2010).

INDSATSER PÅ TRE NIVEAUER

En indsats for at forebygge forekomsten af vold, udøvet af personer med psykiske vanskeligheder, kognitiv funktionsnedsættelse og/eller sociale problemer, må tage afsæt i en forståelse af, hvad der kan udløse denne vold. Herom siger en af de skandinaviske forskere, der blev interviewet til denne undersøgelse, følgende:

Aggression kan være emotionel og instrumentel. Og hovedsageligt vil mennesker med alvorlige psykiske lidelser høre til den emotionelle voldskategori. Det har stor betydning at kunne forstå aggression som et sårbarhedsfænomen. Hvis vi følger den forståelse, så bliver en af de vigtige terapeutiske opgaver at kortlægge, hvilke sårbarhedssituationer der er voldsfremmende for den aktuelle person.

Vi ved, at 60-90 pct. af vold i institutioner sker i forbindelse med grænsesætning. Det er en sårbar interaktion. En sårbarhedsmodel af denne type knytter sig til dynamiske faktorer, der kan ændre sig, og vi må finde den aktuelle sårbarhedsprofil for den aktuelle patient (skandinavisk forsker, retspsykiatri).

Vold på botilbud og forsorghjem kan altså forstås som noget, der ofte opstår i interaktionen mellem borgere og personale, frem for som noget, der kun har rod i de enkelte borgere, hvorved ”dynamiske faktorer” – fx hvordan personalet griber forskellige situationer an – kan have stor betydning.

Ser man på konklusionerne i den litteratur, der forsøger at måle effekten af forskellige programmer til nedbringelse af denne vold, kan man konkludere, at effekterne er enten begrænsede eller blandede. Således finder nogle studier en positiv effekt af sådanne programmer, mens dette ikke er tilfældet i andre studier – noget, der til dels skyldes vanskelighederne med at måle klare effekter i den meget komplekse virkelighed, som disse voldsforebyggende programmer implementeres i (Lipscomb & El Ghaziri, 2013; Price m.fl., 2015). Som det også fremgik af Phillips (2016), kan forskningen altså ikke angive enkle løsninger, der vil kunne virke voldsforebyggende i alle sammenhænge.

BOKS 1.2

Voldsforebyggelse. Indsatser på tre niveauer.

- *Primære indsatser* er forebyggende og sigter fx mod at udvikle personalets færdigheder, arbejde med den professionelle kultur og forbedre arbejdspladsernes indretning mv.
 - *Sekundære indsatser* sigter mod at nedtrappe konflikter, der er under opbygning.
 - *Tertiære indsatser* retter sig mod, hvad personalet gør under konkrete voldsepisoder.
-

Kilde: Berring, 2015.

Litteraturen viser, at mange samvirkende faktorer påvirker omfanget af vold mod personale, der arbejder med blandt andet psykiatiske patienter. Derfor kan man med fordel inddele arbejdet med forebyggelse af vold i primære, sekundære og tertiære indsatser, se boks 1.2. (Berring, 2015).

Af denne opdeling af indsatserne fremgår det, at en meget stor del af det voldsforebyggende arbejde ligger på det primære niveau. Dermed får det generelle arbejdsmiljø stor betydning for voldsforebyggelse. Derfor inddrages i det efterfølgende også studier, der kigger på bredere faktorer som fx generelt arbejdsmiljø, relationerne mellem borgere og personale og botilbuddenes fysiske indretning. Dernæst behandles studier, der mere konkret fokuserer på sekundære og tertiære indsatser – når voldsepisoder er under optræk eller er blevet en realitet.

SAMSPIL MELLEMLER FORSKELLIGE DOMÆNER

En del nyere forskning i forebyggelse af vold mod personale, der arbejder med personer med psykiatiske udfordringer, stammer fra en forskningsgruppe omkring professor Len Bowers i London. Her har man opbygget den såkaldte ”Safewards”-model med henblik på at nedbringe

antallet af konflikter og kontrollerende handlinger i psykiatrien. Projektet har en hjemmeside, der også er tilgængelig på dansk (<http://www.safewards.net/da/>), og modellen anvendes også i Danmark i flere regioner.¹

Safewards-modellen tager afsæt i, at forskellige former for konflikter (hvorved menes blandt andet vold og selvmordsforsøg) og forskellige former for kontrollerende handlinger (fx magtanvendelse og restriktion i bevægelsesfrihed) ofte optræder samtidig: Er der et højt niveau af vold mod personalet på en afdeling, vil der fx ofte også være en del selvmordsforsøg og magtanvendelser. En indsats, der fx kan nedbringe antallet af magtanvendelser, vil derfor ofte også få omfanget af voldsepisoder til at falde.

På baggrund af blandt andet et meget omfattende litteraturstudie om forskellige former for konflikter og indsatser i psykiatrien (Bowers m.fl., 2014) opbygger Bowers og kolleger en Safewards-model, der består af seks domæner, der på forskellig vis kan være impliceret, når vold opstår – og dermed også, når man skal reducere omfanget af vold (Bowers, 2014; Bowers m.fl., 2010). Inden for hvert domæne er der også ”flashpoints”, som personalet kan modgå på forskellig vis. ”Flashpoints” er tidspunkter eller situationer, hvor tingene kan gå galt. Det betyder ikke, at de altid gør det, men det er en risiko.

De seks domæner – med eksempler på ”flashpoints” og på, hvad personalet kan gøre – fremgår af tabel 1.1 (se <http://www.safewards.net/da/model/overblik> for et mere bredt overblik). Som oversigten viser, kan voldsepisoder have deres udspring i forskellige – og ofte samvirkende – domæner. En voldsepisode kan fx udspringe af et forløb, hvor en ung, skizofren mand (5: patientkarakteristika) har modtaget en dårlig nyhed om sygdom hos sin mor (3: uden for hospitalet). Dermed er han dårligt rustet til at imødegå den stress, der opstår, da to andre mænd skændes højlydt på afdelingen (4: patientfællesskab). Han er dermed så meget ude af balance, at han – da personalet som del af deres rutine stiller krav til ham (1: personalet/intern struktur) – reagerer aggressivt.

1. Se fx <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm469681>

TABEL 1.1

Seks domæner, hvor fysisk vold opstår i psykiatriske afsnit. Med eksempler på flashpoints og mulige modificerende faktorer hos personalet.

Domæner:	Flashpoints, eksempler	Modifikatorer hos personale, eksempler
1. Personalet eller Intern struktur	Hvis personalet sætter grænser for patienternes opførsel. Hvis personalet af en eller anden grund ikke tager sig af patienternes ønsker eller behov.	Omhyggelig og omsorgsfuld håndtering af de tidspunkter, hvor personalet bliver nødt til at bede patienterne om at gøre noget eller holde op med at gøre noget. Godt, konsistent og tydeligt teamsamarbejde.
2. Fysisk miljø	Frustrationer over møbler eller udstyr, der er i stykker eller ikke virker, eller hvis indretningen er kedelig og deprimerende. Patienter, der er skærmede i længere perioder.	Opmærksomhed på behovet for reparationer og opfriskning af interiøret. Viden om, hvor patienterne befinder sig, og aktive valg i forbindelse med at tilpasse privatliv eller overvågning.
3. Uden for hospitalet	Patienter, der skændes med familie og venner. Patienter, der modtager dårlige nyheder om mennesker eller hændelser uden for afsnittet.	Kendskab til patienternes familie og venner. Opmærksomhed på de problemer, patienterne kan have uden for afsnittet.
4. Patientfællesskab	Patienter, der bliver negativt påvirket af andre patienters følelser eller opførsel. Patienter, der er ængstelige eller frustrerede, kan have endnu sværere ved at håndtere andre menneskers opførsel.	Personalet er rollemodeller, der med omsorg og forståelse viser, hvordan man håndterer svære følelser eller opførsel. Personalet sørger for, at patienterne har mulighed for at hjælpe og støtte hinanden.
5. Patientkarakteristika (fx patienter med særlige typer diagnoser, køn, alder mv.) ²	Hvis personalet er nødt til at bede patienterne om at gøre noget eller holde op med at gøre noget. Hvis personalet pålægger patienterne restriktioner.	Tilbyder den bedste behandling på rette tid og sted. Personalet forklarer om sygdommen.
6. Rammebetingelser	Hvis realiteterne i de kontrollerende handlinger, der udføres under psykiatriloven, skaber spændinger mellem patienter og personale. Hvis personalet set med patienternes øjne misbruger den magt, de har, eller ikke lever op til deres ansvar.	Påpasselighed med at sikre, at alle patienternes rettigheder tilgodeses, og giver patienterne oplysninger og hjælpe dem med anker og klager. Personalet er så fleksibelt som muligt for at kompensere for de meget reelle indskrænkninger.

² Erfaringsmæssigt bliver nogle typer af patienter oftere udadreagerende end andre.

I arbejdet med Safewards har forskningsgruppen udført et større, kontrolleret forsøg på engelske hospitaler. Her indgik 31 psykiatriske afdelinger, hvor halvdelen implementerede en indsats, der var designet til at nedbringe forekomsten af konflikter og kontrollerende handlinger. Indsatsen bestod af ti tiltag – se boks 1.3.

Halvdelen af de involverede psykiatriske afdelinger indførte de nævnte ti tiltag. Som sammenligningsgruppe indførte den anden halvdel af de psykiatriske afdelinger en indsats, som skulle forbedre personalets fysiske helbred. Uanset visse metodiske problemer viser studiet, at den konfliktforebyggende indsats nedbragte omfanget af ”konfliktepisoder” med 15 pct. og omfanget af ”kontrollerende handlinger” med 26 pct., sammenlignet med de afdelinger, der havde modtaget kontrolindsatsen. Forsøget dokumenterer altså såvel, at indsatsen kunne nedbringe omfanget af konfliktepisoder, som at omfanget af magtanvendelse samtidig falder til et lavere niveau.

Disse ti interventioner relaterer sig ikke specifikt til de seks domæner, men handler om, at personalet samlet set skal skabe en mere tryk hverdag på hospitalerne. Interventionerne er udformet, så personalet sikrer en hyppig dialog med patienterne (fx intervention 6 og 7), hvor de taler med ”milde ord” (intervention 2), og deeskalerer, hvis der er behov for det (intervention 3). Dermed agerer personalet på bestemte måder, hvilket tilpasses de konkrete patienter (domæne 5), og hvor personalet fx skal være opmærksomt på, om begivenheder uden for hospitalet giver behov for særlig omsorg i forhold til givne patienter (domæne 3).

Forsøget med ”Safewards” er udført i psykiatrien i Storbritannien, hvilket rejser spørgsmålet om, i hvilken grad fundene kan overføres til det voldsforebyggende arbejde på botilbud og forsorgshjem i Danmark. Forskerne bag ”Safewards” tager selv forbehold for, i hvor høj grad deres model kan overføres til andre kontekster. Her tager de såvel forbehold for modellens virksomhed i andre såvel typer af institutioner end hospitaler som for virksomheden i andre lande end Storbritannien (Bowers m.fl., 2015, s. 1420). Uanset at man dermed ikke kan konkludere noget sikkert om, hvilke resultater en ”Safewards”-tilgang ville have på danske botilbud og forsorgshjem, er der dog god grund til at tro, at en sådan tilgang også kan have en positiv effekt her. Dermed kan disse studier fx virke som inspiration for yderligere undersøgelser.

BOKS 1.3

Ti "Safewards"-tiltag til at nedbringe forekomsten af vold i psykiatriske afsnit.

1. *Afklare gensidige forventninger.* Afstemning af forventninger til opholdet på en psykiatrisk afdeling mellem personale og patienter.
2. *Milde ord.* Respektfulde og høflige formuleringer ved tiltale af patienterne og i det hele taget – anvendelse af sprogbrug, der fordrer dialog.
3. *Kommunikativ deeskalering.* Deeskalering i dagligdags praksis. Alt personale undervises i dette, og der skal være indtil flere tovholdere, der sørger for, at alle er opdaterede, samt at viden er tilgængelig, fx ved tips og tricks til beroligende metode, plakater på fælles kontor osv.
4. *Positive ord.* Ved rapportgivning fra personale til personale kommer der let fokus på patienters uhensigtsmæssige adfærd. Ved positive ord skal alle patienter også omtales ud fra det, de gør godt, og med positiv sprogbrug.
5. *Støtte ved dårlige nyheder.* Da dårligt nyt til patienten kan medføre konfliktfyldte situationer, skal personalet overbringe dette på en omsorgsfuld/empatisk og anerkendende måde. Det er okay, at patienten bliver vred, ked af det og frustreret.
6. *Lær hinanden at kende.* Relationen mellem patienter og personale er vigtig for at forebygge konflikter. Personale indgår i dialog med patienterne om, hvem de er. Personalet kan fx fortælle, hvem de er, hvor de kommer fra, og hvilke hobbyer de har, og hvad der gør dem glade.
7. *Hjælp hinanden.* Daglige (i hvert mindst tre gange ugentligt) møder mellem patienterne og personalet. Møderne kan omhandle alt mellem himmel og jord, men det kan fungere som et godt sted at informere om dagen og dagens plan.
8. *Beroligende metoder.* En fysisk kasse med diverse redskaber, som personalet kan bruge i samarbejde med patienterne, hvis patienter føler angst, vrede, uro osv.
9. *Genskabe tryghed.* Hvis der har været en voldsom hændelse på afdelingen, afholder personalet et debriefing-møde med alle patienter, enten i plenum eller i små grupper, for at mindske øget angst og utryghed, da konflikter let kan spredes ved kollektiv angst og uro.
10. *Udskrivelseshilsen.* Når en patient udskrives, spørges han/hun, om han/hun vil skrive en besked til nyindlagte patienter for at indgyde håb og tro på, at det hele bliver bedre.

Kilde: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm469682>, besøgt 01-09-2016.

DET GENERELLE ARBEJDSMILJØ

Nogle af komponenterne i "Safewards"-modellen vedrører det generelle arbejdsmiljø og personalets positive tilgang til og samspil med de borgere, det arbejder med. At sådanne komponenter er vigtige i forhold til at forebygge forekomsten af vold, fremgår også af anden forskning, der viser, at det ofte er på gode og velfungerende arbejdspladser, at personalet har de bedste betingelser for et godt samarbejde og har mest overskud til at håndtere stressende situationer.

NFA – Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har kortlagt, hvad man betegner som ”positive faktorer” i arbejdsmiljøet – altså komponenter, der kan formodes også at have betydning for forebyggelse af vold. Centralt står fx medarbejdernes indflydelse på arbejdet: at de oplever social støtte og tillid i forhold til både ledelse og kolleger, at medarbejderne er engagerede i og oplever identitet i forhold til deres arbejde, og at organisationen er velorganiseret. I en forskningsgennemgang af positive arbejdsmiljøfaktorer fremhæver NFA følgende faktorer som væsentlige (Klitgaard & Clausen, 2010):

- Medarbejdernes *indflydelse* på arbejdet
- *Social støtte* fra både ledelse og kolleger. Social støtte kan blandt andet fremmes via gruppeorganiseret arbejde
- Følelse af *tillid og retfærdighed* i forhold til blandt andet ledelsen
- At ledelse foregår som *vejledning, inspiration og stimulation* af medarbejdere frem for som kontrol
- At medarbejderne er *engagerede* i og oplever *identitet* i forhold til deres arbejde (noget, der blandt andet hænger sammen med rolleklarhed på arbejdspladsen).

NFA fremhæver dog også, at man ikke kan fremhæve disse aspekter som ”gode” i sig selv. For eksempel kan et stort engagement i arbejdet kamme over og blive til skadelig ”workaholisme”.

Modsat et godt arbejdsmiljø kan fx mangel på personaleressourcer, mangel på tillid, både horisontalt og vertikalt i organisationen, samt dårlige muligheder for at blive hørt i den bredere organisation udfordre pleje- og omsorgspersonalets arbejde (Blando m.fl., 2015; Overgaard & Ørsted, 2016; Hallberg, 2011; Hartvig, 2010; Totman m.fl., 2011).

I forhold til ledelsens betydning er det en generel observation, at arbejdspladser med dårlig ledelse fungerer dårligere, og at risikoen for vold dermed er højere (Lundstrøm, 2006). Specifikt har ledelsens generelle indstilling til sikkerhed stor betydning for forskellige organisationers ”sikkerhedsklima” – indstillingen til fx sikkerhedsprocedurer, også når fastholdelse af sådanne procedurer kolliderer med hensyn til fx effektivitet (Lipscomb & El Ghaziri, 2013; Zohar, 2010). Et ledelsesmæssigt engagement i indførte sikkerhedsprocedurer har tilsvarende klar betydning for, hvilken gennemslagskraft sådanne procedurer får i en organisation (Blando m.fl., 2015).

Da ledelse i høj grad er rammesættende for arbejdet på de enkelte botilbud og forsorgshjem, bliver ledelse altså også en central medspiller i det voldsforebyggende arbejde. Arbejdet på forskellige institutioner kan foregå ganske forskelligartet – svarende til den store diversitet blandt målgrupper, man henvender sig til (fx Bengtsson m.fl., 2013; Bengtsson, Rasmussen & Gregersen, 2015; Engen, 2014; Hoffmann, 2012). Ledelsen er i vid udstrækning retningsgivende i den kultur, der formes og vedligeholdes på en arbejdsplads, og spiller en central rolle for de redskaber og tilgange, medarbejderne anvender i arbejdet med borgerne.

Det er også ledelsen, der – inden for de rammer, som den er underlagt – rekrutterer medarbejdere, giver mere eller mindre rum og rammer til fælles refleksion og læring og har det afgørende ord i forhold til fx arbejdsorganisering og kompetenceudvikling. En god og støttende ledelse, der fx artikulere en vision for arbejdspladsen, går foran med et godt eksempel, opfordrer medarbejderne til at reflektere over, hvordan udførelsen af deres arbejde kan forbedres, og tager hensyn til de individuelle medarbejderes færdigheder og interesse i planlægningen af arbejdet, har derfor også en central betydning i det voldsforebyggende arbejde (fx Klitgaard & Clausen, 2010).

I ledelsen og organiseringen af arbejdet er det også vigtigt at have fokus på sikkerheden, når der kommer nye medarbejdere på arbejdspladsen. Det kan fx dreje sig om at sikre, at vikarer – der ikke har samme tætte kendskab til en institutions borgere som de faste medarbejdere – sættes forsvarligt ind i arbejdet, fx via en periode med sidemandsoplæring, og får retningslinjer for, hvilke opgaver en nyansat ikke bør udføre alene.

VOLDSFOREBYGGELSE OG PERSONALETS KOMPETENCER

I forhold til at forebygge og håndtere vold peger en del studier, ikke overraskende, på betydningen af at have veluddannede og engagerede medarbejdere, da de i højere grad vil have kompetencer til at håndtere vanskelige situationer (Daly m.fl., 2011; Lantta m.fl., 2016).

Samtidig er der dog ikke klare fund, der dokumenterer, at specifik træning i forebyggelse og håndtering af vold nedbringer forekomsten af vold (Blando m.fl., 2015; Gillespie, 2010). En forklaring på, at man ikke kan dokumentere, at fx kurser i voldsforebyggelse og voldshåndtering nedbringer udsathed for vold, kan handle om, at det er medarbejdere, der har en mere end gennemsnitlig risiko for at blive udsat for vold,

der hyppigere deltager i sådanne kurser. En anden forklaring kan være, at medarbejdere, der har været på kurser i fx voldshåndtering, efterfølgende oftere intervenserer i episoder, hvor der er optræk til vold. Endelig kan en øget viden på området også medføre, at sådanne medarbejdere i højere grad indberetter voldelige episoder. Dermed kan det synes, som om sådanne medarbejdere er mere udsatte for vold, end de var før kurset, uden at noget sådant dog reelt er tilfældet.

I sin bog *Managing aggressive behaviour in care settings – understanding and applying low arousal approaches* ser psykologen Andrew A. McDonnell blandt andet på studier af effekten af personaletræning i håndtering af vold (McDonnell, 2010b). Ud fra en litteratursøgning for perioden 1980-2008 finder McDonnell frem til 18 relevante studier (s. 156-179). Disse studier – primært udført med sundhedspersonale som fx sygeplejersker – giver dog ikke noget entydigt svar på, hvor effektive sådanne kurser i ”aggressions-håndtering” er, blandt andet fordi studierne er af svingende kvalitet, fordi de undersøger forskellige former for indsatser, og fordi de effekter, der måles i de forskellige studier, varierer betragteligt.

Uanset at nogle studier – blandt andet et større studie fra den svenske psykiatri – tyder på, at træning af personale kan reducere forekomsten af blandt andet vold (Björkdahl, Hansebo & Palmstierna, 2013), synes forskningen på området altså endnu ikke at være stærk nok til, at der kan drages mere præcise konklusioner. Et metastudie, der undersøger, hvor effektiv træning i aggressionshåndtering er for ansatte på psykiatriske hospitaler, når således frem til, at man ikke kan konkludere, at sådan træning nedbringer antallet af skader på personalet. Dog finder studiet belæg for, at denne form for træning kan nedbringe omfanget af magtanvendelse (Livingston m.fl., 2010). En vigtig konklusion må derfor være, at der er behov for mere forskning på området. I den forbindelse må det tilføjes, at de nævnte studier tager afsæt i studier af forebyggelse af vold i hospitalspsykiatrien – et område, hvor der er mange flere studier, end når det drejer sig om botilbud og forsorgshjem.

BORGERNE MED KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER

Der findes også forskning, der belyser sammenhængen mellem fx forskellige psykiatriske diagnoser og udøvelse af vold – forskning, der kan være relevant i forhold til de forskellige typer af borgere, der anvender bo-

tilbud og forsorgshjem. I den bredere offentlighed opfattes personer med alvorlige psykiatriske diagnoser ofte som potentielt farlige (Felton, 2015; Langan, 2010). Der er dog i dag ikke konsensus i forskningen om, hvorvidt denne frygt er begrundet eller ej. Hvor nogle studier viser, at der er en – om end begrænset – sammenhæng mellem bestemte psykiatriske diagnoser og vold, også når der kontrolleres for misbrug (Cornaggia m.fl., 2011; Desmarais m.fl., 2014), kommer andre studier til den modsatte konklusion: at det ikke kan dokumenteres, at personer med psykiatriske diagnoser hyppigere end andre udøver vold (Langan, 2010).

Det er dog veldokumenteret, at borgeres eventuelle alkohol- eller stofafhængighed spiller ind i forhold til forekomsten af vold på botilbud og forsorgshjem, da en sådan afhængighed øger forekomsten af vold blandt borgere med fx psykiske lidelser (Gillespie, 2010). Således viser en undersøgelse, at risikoen for voldskriminalitet og aggression bliver fire til ti gange så stor hos patienter med en psykiatrisk diagnose (fx skizofreni eller psykotiske lidelser), når de samtidig har et misbrug (Hvidhjelm, 2015). Risikoen for vold øges yderligere for borgere med psykiatriske diagnoser, når de har et samtidigt misbrug af flere forskellige stimulanser (Fosse, Olsen & Bjørkly, 2013; Witt, van Dorn & Fazel, 2013). Endelig kan nævnes et nyere norsk studie, der viser, at et misbrug af alkohol og cannabis i kombination med forekomsten af vrangforestillinger kan give borgere med alvorlige psykiske lidelser en markant højere risiko for at udøve vold (Bachmann, Fosse & Bjørkly, 2015). En effektiv behandling af misbrug er også med til at nedsætte antallet af magtanvendelser, som ofte korrelerer med voldsepisoder, hvorved antallet af begge kan nedbringes samtidig (Bak m.fl., 2012).

I en dansk tværgående analyse af ti cases om voldsepisoder på botilbud og forsorgshjem var misbrug af rusmidler impliceret i fire af episoderne (Overgaard & Ørsted, 2016). Faktisk ser kombinationen af psykiske lidelser og misbrug ud til at kunne forklare en stor del – og måske hele – den øgede forekomst af vold, der ses blandt personer med alvorlige psykiske lidelser (Roaldset, 2010).

Også personer med en kombination af lav intelligens og alvorlige psykiske lidelser kan have tendens til at opføre sig aggressivt (Newton m.fl., 2012). Dette fænomen kan knyttes til, at sådanne borgere ofte har store kommunikative vanskeligheder, og at volden kan være en måde at kommunikere på (Engen, 2014). Dermed bliver det også væsentligt, i hvor høj grad medarbejderne på botilbud kan forstå kommunikationen

fra borgere med kommunikative udfordringer, da medarbejdere med gode kompetencer her kan være med til at forebygge de kommunikationsvanskeligheder, der kan eskalere og eventuelt føre til udadreagerende adfærd.

Endelig kan det nævnes, at forekomsten af tidligere voldsepisoder er knyttet til en øget risiko for fremtidig voldelig adfærd (Langan, 2010; Lussier m.fl., 2010).

Andre faktorer kan også påvirke borgeres sandsynlighed for at udvise problemskabende adfærd. Personer med kognitive funktionsnedsættelser vil ofte have svært ved at gøre sig forståelige. Hvis de får en somatisk lidelse, der volder smerte – som fx en vabel eller en tandbyld – kan personalet opleve udadreagerende adfærd, da borgeren har svært ved at udtrykke sit ubehag på anden vis (Engen, 2014). Sammenhæng mellem smerter, man har vanskeligt ved at udtrykke sig om, og udadreagerende adfærd kendes også fra arbejde med ældre med demens (Fowler m.fl., 2015). Ud over smerter kan somatiske sygdomme også påvirke forekomsten af vold på anden vis. For eksempel kan en ubehandlet urinvejsinfektion udløse noget, der fremtræder som en psykose, men hvor der altså er en organisk årsag til delir-tilstanden³. Dermed er det vigtigt, at der sker en korrekt somatisk diagnosticering, da det vil være antibiotika, frem for fx antipsykotisk medicin, der udgør den korrekte behandling.

Endelig kan forekomst af vold også hænge sammen med demografiske variable som fx køn og alder, hvor blandt andet unge mænd hyppigere end andre grupper udviser aggressiv adfærd.

BETYDNINGEN AF DE FYSISKE RAMMER

Også de fysiske rammer på botilbud og forsorgshjem – et element, der også indgår i ”Safewards-modellen” – har betydning for forebyggelse af vold. Studier fra psykiatriske afsnit viser, at for lidt plads og for ringe mulighed for privatliv kan føre til mere aggressiv adfærd (Hvidhjelm, 2015). En tilsvarende effekt kan forekomsten af larm og uro også have (Welsh, Bader & Evans, 2013).

Modsat viser studier fra psykiatriske afsnit, at indretning med ordentlig plads til terapeutiske aktiviteter og gode muligheder for privatliv giver bedre muligheder for at begrænse oplevelser af stress. Da stress

³ <http://www.sundhedslex.dk/delir.htm>.

kan føre til forekomst af vold, kan gode fysiske rammer dermed virke voldsreducerende (Jenkins, 2015). I en dansk sammenhæng har Mændenes Hjem på Vesterbro i København gode erfaringer med at tilpasse indretningen, så den i højere grad imødekommer brugerne, som primært er borgere, som er hjemløse og/eller har et misbrug.⁴

Også institutionernes størrelse kan have betydning for såvel borgernes trivsel som for forebyggelse af vold. Her kan der på store institutioner være mere uro, og det kan være vanskeligere at udvikle de vigtige nære relationer med specifikke medarbejdere (Kittelsaa & Tøssebro, 2011).

Et dansk litteraturstudie, der ser på indretning af boliger til demente, viser også, at velindrettede boliger kan føre til øget trivsel. Virksomme elementer kan være veltilrettede udearealer, et roligt akustisk miljø, fokus på gode lyskilder (såvel dagslys som andre lyskilder) og på god cirkulation, dvs. at man fx undgår lange og smalle korridorer med dårlig plads til at passere andre (Folmer, 2014; Frandsen m.fl., 2009; Henriksen, Møller & Knudstrup, 2007). De fysiske rammers betydning for forekomsten af vold på botilbud og forsorghjem fremgår også af et studie af Overgaard & Ørsted (2016).

Faktisk taler man i nogle sammenhænge om ”helende arkitektur” (Folmer, 2014; Frandsen m.fl., 2009), en tilgang, der fx har spillet en central rolle ved udformningen af et psykiatrisk sygehus i Slagelse, der åbnede i 2015 (Due, 2016). Om helende arkitektur hedder det:

[Den] grundlæggende tanke [er] ikke, at arkitekturen alene kan helbrede, men at den arkitektoniske udformning, udtrykt i dagslysets kvalitet, rummets stemning, farver, lyd og muligheden for at være privat og tryk, kan understøtte den heling, der finder sted både fysisk og psykologisk. Arkitekturen spiller i denne begrebsramme en central rolle som understøttende faktor i den menneskelige helingsproces (Frandsen m.fl., 2009, s. 4).

Ud over at være lyst og venligt indrettet, at have tilstrækkeligt med plads på såvel de private som de fælles områder, kan konkrete elementer i den fysiske indretning også have mere konkret betydning for forebyggelse af vold. Det kan være et deeskaleringsrum, som man har erfaring med fra blandt andet England. Det er et roligt rum med få stimuli, og hvis spar-

4. <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/God-praksis/Vold/Lys-og-musik-daemper-gemytterne>

somme møblement enten ikke kan løftes eller er lavet af fx skum (Björkdahl m.fl., 2013; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

Indretningen kan også give personalet mulighed for overblik, og der kan være gode flugtveje i de forskellige lokaler (DEFACTUM, 2016; Lipscomb & El Ghaziri, 2013). Derudover kan institutioner vælge at indføre fx alarmer af forskellig slags, så personalet hurtigt kan tilkalde hjælp. Som et mere kuriøst tiltag har man i USA, som forsøg, malet væggene i nogle fængsler med en særlig pink nuance for at nedbringe antallet af voldsepisoder, dog uden dokumenterbar effekt (Genschow m.fl., 2015).

FYSISKE RAMMER – SANSETERAPEUTISKE MILJØER

Endelig kan de fysiske rammer også indrettes med sanseterapeutiske miljøer. Her kan rum indrettes med fx særlige muligheder for at kombinere fx lyd, lys og massage. Her kan fx være en massageseng og beroligende musik, der kan give beboerne mulighed for at få ”ro i kroppen”, når de er på vej til at blive agiterede og anspændte.

Forskning fra Sverige tyder på, at sådanne sanseterapeutiske miljøer kan have positiv effekt på patienternes velbefindende. Dermed har sådanne miljøer et potentiale i forhold til at forebygge vold ved at nedbringe personers ”arousal”-niveauer og hjælpe dem med at finde ro (Björkdahl, 2014; Björkdahl m.fl., 2016). Også personalet udtrykker, at det sætter pris på at have muligheden for at tilbyde adgang til sanseterapeutiske miljøer, når det oplever, at patienter har det svært.

ARBEJDET MED BOSTØTTE

Nogle borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer modtager bostøtte i eget hjem (SEL, § 85) (Bengtsson & Røgeskov, 2012; Thomsen, 2015). Der er meget lidt forskning, der specifikt undersøger voldsforebyggelse ved udøvelsen af bostøtte. Ifølge internationale studier er omfanget af vold mod medarbejdere, der arbejder i borgernes egne hjem, også generelt dårligt belyst (Campbell, 2016).

Et litteraturreview (Campbell m.fl., 2014) ser på forskning om voldsforebyggelse for sundheds- og omsorgsarbejdere, der arbejder med borgere i deres eget hjem. Uanset at reviewet inkluderer såvel en bred medarbejdergruppe (fra sygeplejersker over socialarbejdere til psykiatere) og en bred borgergruppe (fra personer med psykiske vanskeligheder til fx omsorgskrævende ældre), finder det kun frem til et begrænset antal (21)

studier på området. En stor del af de fundne studier har endvidere klare metodiske problemer (Campbell m.fl., 2014). Studiet konkluderer derfor, ikke overraskende, at der på baggrund af forskningen ikke er særlige redskaber eller politikker, der kan fremhæves som værende evidensbaseret ”best practice” (Campbell m.fl., 2014, s. 9).

Den generelle viden om forebyggelse af vold har dog også betydning ved arbejde i borgernes eget hjem. For eksempel ses også her, at kombinationen af psykiske lidelser og misbrug giver en øget risiko for vold, ligesom man også i denne kontekst kan arbejde systematisk med risikovurderinger (McPhaul, Lipscomb & Johnson, 2010).

DET PÆDAGOGISKE ARBEJDE

Ved forebyggelse af vold i arbejdet med personer med fx udviklingshæmning eller psykiatriske udfordringer på botilbud og forsorgshjem er dagligdagen og relationen mellem personale og borger af overordentlig stor betydning (Kelly m.fl., 2015). Et centralt element i denne relation er personalets opfattelse af borgerne – deres menneskesyn. Her viser talrige studier, at et øget fokus på borgernes egne ønsker til deres liv og fx en øget forståelse af, hvad disse borgere forsøger at udtrykke med deres eventuelle voldelige adfærd, kan nedbringe omfanget af vold markant (fx McDonnell, 2010b).

Et eksempel herpå er et casestudie fra Canada. Det beskriver en ændret tilgang til en kognitivt funktionshæmmet 47-årig mand. Manden havde i syv år været holdt isoleret 23 timer om dagen, syv dage om ugen, på grund af sin stærkt voldelige adfærd. Over en periode på adskillige måneder pågik en koncentreret indsats for at forstå og forandre denne borgers adfærd og tilrettelægge personalets arbejde med ham. Det handlede først og fremmest om at forbedre indholdet i borgerens hverdag, så han i langt højere grad fik mulighed for at komme ud af sin isolation og foretage sig ting, han godt kunne lide. To konsulenter, der arbejdede med den 47-årige borger, anviste personalet nye og positive måder at agere over for ham på. Med den ændrede pædagogiske tilgang blev det fx i stigende grad muligt for manden at komme ud og gå eller køre en tur sammen med personalet og fx at deltage i musikterapi, som han holdt meget af. I forbindelse med dette arbejde faldt omfanget af isolation fra

ca. 23 timer dagligt til næsten ingen isolation, da hans udadreagerende adfærd stort set forsvandt (Horn, Sunstrum & Kirilo, 2013).

Casen viser, at et ændret menneskesyn – et engagement i at give en borger de bedste muligheder for at ændre sig i mere positiv retning og se ham som et selvstændigt individ med udviklingspotentiale – kan reducere forekomsten af vold. Studiet viser også, at det at sikre borgeren et meningsfuldt indhold i hverdagen (at han fx havde mulighed for at gå en tur med én fra personalet frem for at være låst inde hele dagen) er særdeles vigtigt. Betydningen af et meningsfuldt indhold i hverdagen er et emne, der går igen, når borgere med fx psykiatriske diagnoser selv giver udtryk for, hvad der kan være vigtigt for at nedbringe omfanget af vold og aggression (Hvidhjelm, 2015).

Helt centralt i arbejdet med relationen mellem borgere og personale er også de positive forventninger til borgeren, og at en god kontakt får mulighed for at vokse frem (Andersen & Brasch, 2014; Elvén, 2010a; Kontio m.fl., 2014; Lantta m.fl., 2016). Da relationen mellem personale og patienter/borgere er noget af det allermest centrale i arbejdet med psykisk sårbare og kognitivt funktionshæmmede personer (Kelly m.fl., 2015), er tilstedeværelsen af et erfarent personale med relevante færdigheder af central betydning, også for det voldsforebyggende arbejde (Hvidhjelm, 2015).

INDDRAGELSE AF BORGERNE I VOLDSFOREBYGGELSE

I arbejdet med at forebygge vold er et vigtigt element, hvad man ser som grunden til, at givne voldsepisoder opstår. Her viser undersøgelser, at sundhedspersonale, der arbejder med borgere med psykiske lidelser, ofte fortolker voldsepisoderne som noget, der udspringer af givne psykiske sygdomme. Spørger man derimod patienterne om, hvad der ligger bag voldsepisoder, henviser de i langt højere grad til konflikter med personalet (Eidhammer, Fluttert & Bjørkly, 2014; Terkelsen & Larsen, 2014). Disse forskellige fortolkninger har betydning, da de er med til at sætte rammerne for, hvem der kan gøre hvad for at nedbringe forekomsten af vold: Ved den sidstnævnte fortolkning har personalet en handlemulighed i forhold til at nedbringe forekomsten af vold; det har det derimod ikke, hvis det bare forstår volden som noget, der udspringer af givne diagnoser (Elvén, 2010b; McDonnell, 2010b).

Det er dog kun et begrænset antal studier, der fokuserer på borgerperspektivet i forhold til forekomsten af vold, selv hvis man går ud

over den sociale sektor og trækker på studier fra både psykiatri og retspsykiatri. Således gennemgår et litteraturreview om borgerinddragelse til forebyggelse af vold i psykiatrien et stort antal studier og ender med at finde 13 relevante publikationer – ti kvalitative og tre, der anvender ”mixed methods”. Disse studier viser, at borgerne ofte beskriver voldsepisoder som udløst af følelser af, at personalet ikke opfører sig omsorgsfuldt over for dem, eller at de føler sig ignorerede (Gudde m.fl., 2015). Et andet review, der fokuserer på et andet aspekt af borgerinddragelse – i strukturerede risikovurderinger til forebyggelse af vold i retspsykiatrien – fandt kun tre relevante publikationer (Eidhammer, Flutttert & Bjørkly, 2014) og konstaterer en stor mangel på empirisk forskning i betydningen af brugerinddragelse for risikovurderingen blandt retspsykiatriske patienter.

I et review af Eidhammer, Flutttert & Bjørkly (2014) nævnes et studie af programmet ”Managing Problematic Anger” (MPA) (Jones & Hollin, 2004). I dette program gennemgår borgere i samarbejde med en mentor et psyko-edukationsprogram, tilrettelagt i tre moduler. Forløbet tilpasses den enkelte borgers funktionsniveau og sigter mod læring i forhold til, hvad der udløser egen aggression, og hvordan denne vrede kan håndteres. I forbindelse med programmet formuleres også en personlig behandlingsplan i samarbejde med den coachende mentor. Studiet følger otte personer på et sikret psykiatrisk hospital i Storbritannien og finder, at programmet ser ud til at nedbringe omfanget af vold.

Et andet program, ”Early Recognition Method” (ERM), er et struktureret samarbejde mellem patient og sundhedspersonale, der skal øge begge parter kendskab til de første tegn på optræk til voldelig adfærd. Et studie, der involverer 189 personer fra et sikret retspsykiatrisk hospital, peger også på, at denne tilgang har potentiale til at nedbringe omfanget af vold (Flutttert m.fl., 2010). Studier af lignende programmer findes også fra andre retspsykiatriske sammenhænge (se fx Jotangia m.fl., 2015). Fælles for disse tilgange er, at borgere/patienter inddrages som autonome individer med mulighed for udvikling og dermed også mulighed for at ændre adfærd og fx opnå øget selvkontrol.

Inddragelse af borgere med psykisk sårbarhed og/eller kognitive funktionsnedsættelser – uanset om det sker i form af strukturerede tiltag som fx psykoedukation eller øget samarbejde om de tidlige tegn på aggression, eller om det i højere grad sker i hverdagen på fx et botilbud – kan dog være ganske udfordrende. De implicerede borgere har vanskeligt

ved at kommunikere, og det kan være en central årsag til, at de tager kroppen til hjælp for at udtrykke frustration eller vrede (Overgaard & Ørsted, 2016; Elvén, 2010a; Engen, 2014). Denne virkelighed stiller store krav til medarbejderne og deres evner til at bevare det professionelle overblik og give den nødvendige omsorg og nærhed (Gillespie, 2010).

EN IKKE-KONFRONTERENDE, "LOW AROUSAL"-TILGANG

Når grænsesætning i forhold til borgerne kan være med til at udløse voldsepisoder, kan man også nedbringe omfanget af vold via fokus på samspillet mellem borgere og personale. Her har en ikke-konfronterende tilgang i forskellige udformninger i de senere år opnået betragtelig udbredelse, såvel internationalt (Daffern, Day & Cookson, 2012; Gillespie, 2010; Richmond m.fl., 2012) som – til dels på forsøgsbasis – i Danmark (Berring, 2015; Overgaard & Ørsted, 2016; Socialstyrelsen, 2016).

Det kan fx dreje sig om en såkaldt "low arousal"-tilgang, hvor (optræk til) konflikter søges nedtrappet (deeskaleret), så man forhindrer vold i at opstå. Det består blandt andet i, at personalet sænker sine krav til borgerne – først og fremmest krav, som det ikke er realistisk, at borgerne kan opfylde.

Endvidere er personalet meget bevidst om egen adfærd og eget kropssprog og søger at undgå at øge aggressionsniveauet – det kan fx ske ved at undgå bestemte kropssituationer eller undgå at stå for tæt på en borger. I tilgangen er der også fokus på at have velovervejede strategier til rådighed – både før episoder bliver en realitet, når en episode finder sted, og efter at episoder er afsluttet (Elvén, 2010b; Hallett & Dickens, 2015; McDonnell, 2010b).

Her viser en kvalitativ undersøgelse med såvel personale som psykiatriske patienter, at begge parter generelt ønsker at undgå vold og magtanvendelse, og at deeskaleringsteknikker kan være med til at gøre mere positive forløb mulige. For eksempel kan det, at personalet udviser empati eller griber kreativt ind i anspændte situationer, give mulighed for, at situationerne kan afsluttes på fredelige måder – noget alle involverede parter dybest set ønsker (Berring, Pedersen & Buus, 2016). Viden om teknikker til konfliktnedtrapping indgik også i arbejdet med "Safewards" (Bowers, 2014).

En ikke-konfronterende tilgang kan anvendes på forskellige måder. Fx kan borgerne inddrages med henblik på at øge forståelsen for, hvad der kan udløse vold, og hvilke strategier der kan anvendes for at

opnå andre former for handlingsmønstre. I dette arbejde er det vigtigt at fokusere på borgernes ressourcer og dermed øge deres evner til at mestre deres eget liv (Møller, Brasch & Pedersen, 2014; Region Nordjylland, 2014). I den forbindelse kan det nævnes, at et norsk studie tyder på, at fx retspsykiatriske patienters egne evner til at vurdere risikoen for, at de kommer til at udøve vold, er betragtelige (Roaldset & Björkly, 2010), og at sådanne borgere dermed ofte med fordel kan inddrages i det voldsforebyggende arbejde.

REDSKABER TIL RISIKOVURDERING

En central del af arbejdet med at forebygge vold er den primære indsats – altså at arbejde med at sikre et godt arbejdsmiljø, og en velegnet pædagogisk metode i arbejdet med borgerne. En sådan bred tilgang kan dog med fordel suppleres med mere specifikke indsatser i det voldsforebyggende arbejde.

Her kan botilbud og forsorgshjem fx anvende forskellige redskaber til at vurdere risiko, da forskning viser, at voldsepisoder i mange tilfælde kan forudsiges. Tidligere anvendtes ofte enten ustrukturerede eller aktuariske tilgange (Hvidhjelm, 2015; Roaldset m.fl., 2014). En ustruktureret tilgang er – som betegnelsen antyder – uden struktur og vil derfor i høj grad være en løs, subjektiv vurdering. Sådanne risikovurderinger blev sidst i 1980'erne til dels afløst af aktuariske (eller statistiske) tilgange. Her anvendes statistiske sammenhænge mellem risikofaktorer som fx køn, alder, tidligere begåede voldshandlinger, uddannelsesniveau mv. til at udregne, hvor stor en risiko der er for, at en given person begår vold. Sådanne tilgange giver bedre forudsigelser end ustrukturerede vurderinger. Aktuariske tilgange er dog meget lidt fleksible, idet de fokuserer på et lille antal risikofaktorer og udelukker andre variable og fx heller ikke har noget fokus på positiv udvikling hos givne borgere (Hvidhjelm, 2015, s. 18-19).

Den nyeste tilgang til risikovurdering er strukturerede kliniske tilgange, der blev introduceret i midten af 1990'erne. Her bruges tjeklister med variable, der er fundet relevante, både inden for forskning og praksis. Tilgangen er systematisk, samtidig med at den kan inddrage dynamiske faktorer som fx forandringer hos borgeren. Denne tilgang åbner også op

for, at man kan arbejde med at håndtere risikoen for aggressiv adfærd frem for udelukkende at forudsige den (Hvidhjelm, 2015).

En struktureret tilgang giver mulighed for at forebygge en del farlige situationer, fx ved at man sørger for, at der i arbejdet med en given borger altid er to medlemmer af personalet til stede sammen, indtil tegnene på øget risiko for vold har været væk i en given periode. En struktureret risikovurdering kan også sikre, at viden om de enkelte borgers tilstand ved vagtskifte formidles klart og koncist fra ét hold personale til et andet. Der findes i dag både en lang række værktøjer til vurdering af risiko og et stort antal studier, der søger at evaluere deres præcision – studier, der primært er udført i hospitals- og retspsykiatriske sammenhænge.⁵

BOKS 1.4

Eksempler på værktøjer til vurdering af risiko.

- Brøset Violence Checklist (BVC)
- Early Recognition Method (ERM)
- Historical Clinical Risk – 20 (HCR-20)
- Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)
- Short Term Assessment of Risk and Treatability (START).

Anm.: Hvidhjelm (2015) vurderer, at de mest anvendte redskaber i Danmark i dag er BVC, START og HCR-20.
Kilde: Hvidhjelm, 2015; Møller, Brasch & Pedersen, 2014.

På en række danske botilbud anvendes i dag Brøset Violence Checklist (BVC). Denne tjekliste er opdelt i seks adfærdstyper, som bruges til at forudsige sandsynligheden for en voldelig episode. De seks adfærdstyper er: forvirring, irritabilitet, støjende adfærd, verbale trusler, fysiske trusler og angreb på genstande. Den enkelte borger scores på disse seks typer adfærd i forhold til sin habitualtilstand – dvs. hvordan borgeren agerer normalt. Hvis borgeren har en forhøjet score på to ud af de seks typer af adfærd, træder forskellige sikkerhedsforanstaltninger i kraft, fx at al aktivitet ud af huset med borgeren suspenderes, og/eller at personalet arbejder parvis (Hvidhjelm, 2015; Møller, Brasch & Pedersen, 2014).

For at risikovurderingsredskaber skal kunne fungere godt og effektivt, er det vigtigt, at de ikke kun fokuserer på risici, men også inddrager faktorer, der kan reducere niveauet af aggression og forebygge den.

5. Hartvig (2010), Hartvig m.fl. (2011), O'Shea & Dickens (2014), O'Shea m.fl. (2013), Roaldset (2010), Roaldset m.fl. (2014).

Endvidere må redskaber til risikovurdering ikke være for komplicerede og ressourcekrævende i daglig brug, og deres resultater må kunne kommunikeres klart og effektivt (Hawley m.fl., 2010; O'Shea & Dickens, 2014).

Af en gennemgang af ti cases med vold på botilbud fremgår det, at der inden de undersøgte episoder generelt var ændret adfærd hos borgerne, fx tegn på et øget stressniveau eller højrodet adfærd, dvs. en ændret adfærd, der kunne have givet anledning til forebyggende handlinger fra personalets side (Overgaard & Ørsted, 2016). Samtidig må man dog også erkende, dels at redskaber til risikovurdering aldrig kan give en præcis forudsigtelse – dels vil der altid være en del ”falsk positive”, hvor borgers adfærd begrænses unødvendigt (Langan, 2010; Roaldset & Björkly, 2010), dels vil ikke alle voldsepisoder kunne forudses og forhindres (Felton, 2015; Langan, 2010).

EFTERBEARBEJDNING AF VOLDSEPISODER

Da det ikke er realistisk at forebygge eller inddæmme alle voldsepisoder, er det også vigtigt at have et beredskab for, hvordan man på et botilbud eller et forsorgshjem forholder sig, hvis en eller flere medarbejdere oplever at blive udsat for enten fysisk eller psykisk vold. Forløbet af en sådan efterbearbejdning kan blandt andet have betydning for, om voldsepisoden får længerevarende negative konsekvenser eller ej.

I forhold til efterbearbejdning anbefales det generelt, at der umiddelbart efter en given voldsepisode finder en ”debriefing” sted – en mulighed for at få talt episoden igennem i en professionel sammenhæng (Engen, 2014; McDonnell, 2010b; Møller, Brasch & Pedersen, 2013). En sådan bearbejdning kan være vigtig for fx at forebygge langvarige følelser af magtesløshed (Lundstrøm, 2006). Også mulighed for bearbejdning af det oplevede, fx i en gruppekontekst kan være vigtigt for at nedbringe omfanget af fx flashbacks og forhøjet angstniveau (Inoue, Kaneko & Okamura, 2011; Moylan m.fl., 2016). I denne efterbearbejdning kan der også finde værdifuld læring sted i forhold til at forebygge nye voldsepisoder. Afhængigt af episodens karakter og den/de berørte personalers ønsker kan der også være behov for fx kontakt med en psykolog.

Det er også vigtigt, at institutionen inddrager den eller de borgere, der indgik i voldsepisoden, med henblik på at undersøge, hvad der udløste episoden, og arbejde med, hvordan fremtidige tilfælde kan undgås. Også andre borgere, der har overværet en given voldsepisode, kan

have behov for øget opmærksomhed og omsorg (Overgaard & Ørsted, 2016).

Endelig kan der være behov for indberetninger til forskellige instanser. Som nævnt ovenfor er det langt fra alle tilfælde af psykisk og fysisk vold på danske institutioner, der indberettes. Dog viser et studie, at andelen af indberetninger i psykiatrien er højere end i fx ældresektoren – i (hospitals)psykiatrien indberettes to ud af tre tilfælde af fysisk vold, mens det samme kun sker i hvert andet tilfælde i ældresektoren (Rasmussen, Høgh & Andersen, 2013).

TO CASES OM VOLDSFOREBYGGELSE

INDLEDNING

Denne del af rapporten beskriver to botilbuds arbejde med det voldsforebyggende arbejde. De to cases er udvalgt af Socialstyrelsen, der anså botilbuddene for at være steder, der havde gode erfaringer med forebyggelse af vold. Formålet med denne beskrivelse er at give et indblik i dagligdagen på disse to botilbud og i faktorer, der kan være væsentlige i arbejdet med voldsforebyggelse.

DATA OG METODE

Beskrivelserne af de to cases bygger på interview, udført under to dages ophold på hvert af de to botilbud samt på observationer herfra. I alt 20 personer blev interviewet. De 14 interviewede medarbejdere blev udvalgt, så de repræsenterede såvel mænd som kvinder, og så de spændte over forskellige faggrupper, over medarbejdere med både kort og lang anciennitet og over ansatte i hhv. dag- og aftenvagt. I materialet indgår også to dobbeltinterview (ét på hvert botilbud), hvor medlemmer af personalet (der også blev interviewet individuelt) havde en særlig oplevelse i forhold til det voldsforebyggende arbejde, de havde oplevet sammen, og som de

gerne ville berette om sammen. Endelig iagttog SFI også nogle af aktiviteterne på de to botilbud, og efter aftale blev en mindre del af fx møde- og kursusaktivitet optaget på bånd. Observationer herfra, samt citater fra disse optagelser, indgår også i begrænset omfang i denne rapport.

BOKS 2.1

To cases, der eksemplificerer forebyggelse af vold. Oversigt over data.

De to besøgte botilbud:

- *Møllebo* (pseudonym): § 107- og § 108-botilbud for borgere med psykiske udfordringer og ofte et misbrug.
- *Strandengen* (pseudonym): § 107- og § 108-botilbud for domsanbragte borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Interviewpersoner:

- 2 ledere
- 14 medarbejdere
- 4 beboere.

I alt 20 personer blev interviewet.

Endvidere anvendes feltobservationer fra besøgene på de to botilbud.

Fire beboere blev interviewet, og forespørgslen skete efter samråd med personalet. De kontaktede borgere var blandt de bedst fungerende på de to botilbud. Såvel personale som borgere blev oplyst om undersøgelsens karakter, og at deltagelse var helt frivillig. I alle fire tilfælde foretrak borgerne at blive interviewet sammen med en medarbejder.

Alle 20 interview havde en semi-struktureret tilgang og tog afsæt i en spørgeguide, der fokuserede på det voldsforebyggende arbejde og dette arbejdes sammenhæng med det bredere arbejde på institutionerne. Interviewene blev tilpasset de enkelte respondenter og deres specifikke erfaringer.

De semi-strukturerede interview blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i detaljeret referat med støtte i databehandlingsprogrammet NVivo, og udvalgte citater er efterfølgende udskrevet ordret. Interviewene varede i hovedreglen 40-60 minutter. Enkelte interview var kortere, mens omkring en tredjedel af interviewene var længere – ofte på omkring 1½ time. Institutioner og respondenter optræder alle under pseudonym.

TO BOTILBUD

De to tilbud har vi givet pseudonymerne Strandengen og Møllebo.

Botilbuddet Strandengen ligger ud til vandet i et tyndt befolket område af Danmark. Stedet har eksisteret i seks år, har ni pladser og er for domsanbragte personer med kognitive funktionsnedsættelser. Borgerne her har også andre udfordringer i form af psykiatriske diagnoser og – i begrænset omfang – misbrug. Bag sig har disse borgere domme for fx drab, ildspåsættelse og vold, samtidig med at deres kognitive og kommunikative evner er nedsat i varierende – og ofte betragtelig – grad. Stedet har ca. 25 faste ansatte – primært pædagoger, fordelt på dag-, aften- og nattevagt, og der er omtrent lige mange mandlige og kvindelige ansatte. På en almindelig dagvagt er ca. ti medarbejdere på arbejde. Strandengen består af et ældre, men nyrenoveret, hovedhus, der indeholder fællesrum, personalerum og separate beboelsesrum til borgerne – med bad, men uden køkken. På grunden ligger også tre små, og ret nyopførte, beboelseshuse (med både bad og køkken). Her bor tre beboere, der alle har et stort behov for at undgå for megen støj og social kontakt.

Botilbuddet Møllebo ligger i udkanten af en landsby i et landbrugsområde, en halv times kørsel fra den nærmeste større provinsby. Botilbuddet har tre afdelinger for borgere med forskellige udfordringer. Vi besøgte en afdeling, hvor de 16 borgere hovedsagelig har en kombination af forskellige psykiatriske udfordringer og et misbrug. Der blev endvidere ydet bostøtte til tre borgere, der boede andetsteds. Der er 16 medarbejdere ansat, primært social- og sundhedsassistenter, og der er en klar overvægt af kvindelige ansatte. Stedet er bygget i to planer med store vinduesarealer og med veltilplantede udearealer. Her findes ligeledes en fordeling mellem fællesrum, personalerum og borgernes boliger – ligeledes værelser med bad, men uden køkken.

På begge botilbud er arbejdet tilrettelagt i teams, tilknyttet de forskellige borgere. Tilgangen til arbejdet går overordnet set ud på at styrke borgernes ressourcer og udvikling og forebygge konflikter i hverdagen. Begge steder anvendes endvidere – i lidt forskellige udformninger – Brøset Violence Checklist (BVC). Før arbejdet på disse botilbud beskrives nærmere, præsenteres en case med arbejdet med én borger med det formål at konkretisere arbejdet med at forebygge vold på botilbud i den komplekse sammenhæng, som det indgår i.

ARBEJDET MED BORGEREN – EN CASE

Casen drejer sig om beboeren Klaus på Strandengen, en borger med en kognitiv funktionsnedsættelse, et årelangt misbrug af alkohol og en tilsynsdom. Klaus har været hjemløs det meste af sit liv. Inden han seks år tidligere flyttede til Strandengen, havde han boet i en skurvogn ved et andet botilbud. Her havde hans konstante ”indsamling” af kasserede effekter, som han fyldte i sin skurvogn, ført til en brand. Medarbejderne på Strandengen fortalte, at der over tid var sket store forandringer, såvel med Klaus som med den måde, personalet greb arbejdet med ham an på. For eksempel fortalte lederen Christian, at på Klaus’ tidligere botilbud ”satte personalet maden ud på skraldespanden tæt ved [til ham], og så kunne han tage den derude, for han ville ikke have noget ellers.”

En ansat, Henrik, fortæller, at der har været mange konflikter mellem Klaus og personalet i de første år, Klaus var på Strandengen. Nogle af disse konflikter afspejlede, at der var en vis uenighed i personalegruppen i forhold til, hvordan Klaus skulle behandles – en uenighed, der i sig selv kan være ganske belastende for medarbejdere på botilbud (Høgsbro m.fl., 2012). Henrik, som blandt andet har haft ansvaret for arbejdet med Klaus, vurderer, at en tilgang til Klaus med for store krav dengang var medvirkende til, at Henrik kom til skade under en voldsepisode. Denne skade har Henrik stadig på interviewtidspunktet flere år efter mén af. Som Henrik beskriver hændelserne dengang:

I flere år var vi ganske få personaler, som havde mest med Klaus at gøre. [Dengang] var der en forholdsvis stram økonomisk styring, og der var en ugestruktur omkring, at vi skulle sørge for orden i hans skurvogn – dengang boede han i skurvogn – blandt andet skulle der være rent på toilettet, og det skulle gøres regelmæssigt hver uge. Der var bare ikke den personalemæssige opbakning til, at det kunne holdes i hævd ... Det var svært at motivere ham til det, og Klaus strittede hele tiden imod. På et tidspunkt var både ledelsens og personalets [syn på Klaus] noget i retning af, at ”han skal rette ind”. Vi skulle prøve at få ham til at holde op med at drikke med begrundelsen at undgå tilbagefald til kriminalitet.

[På et tidspunkt skulle Klaus have nye høreværn for at kunne beskytte sig imod støj...] og jeg var ”primær” på ham den dag. Så jeg siger til ham: ”Jeg vil gerne tage ud og købe de her hørebøffer, men [ikke alene], fordi det er dine penge, og hvis jeg

køber nogen til dig, er det sikkert ikke de rigtige – vi kan bare køre nu”, og så videre. Men han tænder fuldstændig af, og så går han bare amok – altså, dér stiller jeg krav i en situation, som han slet ikke kan håndtere. Men det er jo krav, der bliver stillet i forlængelse af alt det andet, der også foregår ... Vi har nogle meget komplekse borgere.

Så dér går han virkelig på mig. Han skubber til mig, og jeg prøver at tale til ham, men så skubber han igen, og jeg ved ikke, hvordan det sker, men jeg får ham i hvert fald med ud på terrassen udenfor, men så begynder han bare at gå på mig igen. Der er faktisk ikke lige noget opbakning på det tidspunkt. Så får jeg til sidst stukket en finger i halsen på ham og får ham bakket tilbage, og så snart jeg slipper taget, så går han bare på mig igen. Fuldstændig vanvittigt. Det medfører så, at jeg får en nakkeskade, som jeg døjer med den dag i dag (Henrik, Strandengen):

Efterfølgende er tilgangen til Klaus blevet ændret: Man forsøger i højere grad at komme ham i møde, hvor det er muligt, og har sluppet den stramme økonomiske styring og minimeret kravene til uge-strukturen. Det har klart nedbragt omfanget af vold og konfrontationer. I stedet for en skurvogn har Klaus fået et lille, selvstændigt hus (uden for hovedbygningen) at bo i. Det giver ham den ro, han vanskeligt kan klare sig uden. Man prøver endvidere at få ham til at holde op med at drikke. Mens der er regler for Klaus' omgang med alkohol, når han er på Strandengen, tager han hver weekend til København, hvor han drikker sig kraftigt beruset sammen med en gammel kammerat. I dag er der kun meget få konflikter med Klaus. Som Henrik fortæller:

Efter man har sluppet tøjlerne [i forhold til Klaus], er det bare gået fremad. Det er et helt andet menneske ... Vi har fx også givet hans økonomi fri – den styrede vi førhen med hård hånd. Klaus bliver mere mødt, dér hvor han er – og vi kan ikke lave om på ham. Det er han blevet et mere helt menneske af. Når man ser et mere helt menneske, så får man også et mere helt menneske (Henrik, Strandengen).

Den klare reduktion af de krav, personalet stiller til Klaus, har dog medført et dilemma mellem Klaus' selvbestemmelse og personalets omsorgspligt, når det kommer til Klaus' indsamling af diverse effekter (herunder affald), som han fylder sin bolig med. Her har man valgt med jævne mellemrum at

rydde Klaus' bolig – noget, der sker med hans vidende, men uden krav om hans medvirken. Som en anden medarbejder, Jacob, fortæller:

Vi har haft nogle snakke i teamet og nåede frem til, at det vil være lettest for Klaus at sige: ”Okay, go”, for projektet, hvis vores leder Christian kom over og argumenterede for, hvad der er virkeligheden omkring brandfare og hygiejniske niveauer, og at nu bor Klaus altså ikke i sin egen skurvogn, som han gjorde tidligere. Nu bor han i Strandengens bolig (Jacob, Strandengen).

Dagen inden SFI's besøg var Klaus' bolig (hvor der stort set ingen fri gulvplads var tilbage) blevet ryddet. Denne indsats var et vigtigt emne på mandagens ”overlap” mellem dag- og aftenvagten. Under denne rengøring var der blevet fjernet ca. 50 sække skrald. Som to medarbejdere fortæller til ”overlappet”:

Joakim [medarbejder] hoppede ind i soveværelset – kæmpede sig derind, og så begyndte han ellers at grave sig udad. Så da vi var kommet så langt, at vi kunne åbne vinduerne, så hoppede jeg op og åbnede, og så fik vi det ud ad vinduet. Så nu har han en seng derovre, og den er også blevet støvsuget. Vi har taget en let rengøring, og så er hovedgøringen i næste uge (Anna, Strandengen).

Altså, [vi har jo] overvejelser om mandens ejendele: De opfattes som guld for Klaus og noget andet af os, og der er jo en vanskelighed i at få det her til at lykkes. Men Klaus har taget godt imod det og er kommet glad hjem. Vi kan måske godt forvente nogle efterveer her i næste uge – den [ting], der lå der, ligger ikke længere dér, og det kommer han i tanke om. Men brand og hygiejne som argumentation har han [accepteret] (Jacob, Strandengen).

Med de færre krav til Klaus er han først og fremmest blevet gladere og mere social. Hvor man på hans tidligere botilbud havde måttet stille maden ud til ham, kommer han nu selv ind i køkkenet efter den. Her var han i starten meget højroset og vred. Men køkkendamen Kirsten observerede, hvad der foregik, og tolkede det som Klaus' bekymring for ikke at få nok at spise. Hun sørgede derfor for at have en tallerken mad gjort klar til Klaus. Når han forlod sit hus for at gå op mod køkkenet (der vendte ud mod Klaus' bolig), gik Kirsten ham smilende i møde, mens

hun forsikrede ham om, at der var mad til ham, og (hvad der var meget vigtigt for Klaus), at det kun var hende, der havde rørt ved den anrettede portion. Ved at møde Klaus på denne måde er han faldet meget mere til ro og får nu sin mad stort set uden højrøstede episoder.

Vi havde mulighed for at få en snak med Klaus under vores besøg. Uanset at det var dagen efter en hovedrengøring, var han i godt humør. Adspurgt om, hvordan han havde det med at bo på Strandengen, svarede han: ”Jeg har det rigtig godt. Jeg synes, jeg er blevet meget mere glad, efter at jeg flyttede ned til [Strandengen]. Det er et godt sted ... Jeg går og passer mig selv”. Adspurgt om, hvad han særlig godt kunne lide, var svaret: ”Det er, at der er meget god frihed”. Endvidere fortalte han, at, ”Hvis der er noget, så snakker man bare med personalet om det. Jeg gider ikke bruge min tid på, at man hidser sig op. Det er bedre at snakke med personalet, jo. De kan godt tackle problemerne”. Især synes Klaus, at nattevagten er god at tale med, fordi han altid har tid.

Casen med Klaus viser, hvordan voldsforebyggelse indgår som et aspekt ved medarbejdernes generelle arbejde. Dermed bliver det også centralt, hvilke rammer og ressourcer medarbejderne har for at udføre dette arbejde – med andre ord må forebyggelse af vold ses som tæt integreret med det generelle arbejde – og dermed også med arbejdsmiljøet og med den bredere tilgang til arbejdet med borgerne.

DET GENERELLE ARBEJDSMILJØ

Et godt arbejdsmiljø kan som nævnt styrke individers, grupper og organisationers evner til at håndtere krav og udfordringer. Dermed er arbejdsmiljøet relevant at inddrage, når det handler om botilbuds og forsorgshjems virksomme arbejde med at forebygge vold (Klitgaard & Clausen, 2010).

På de to besøgte botilbud talte medarbejdere (og ledelse) i høj grad om et godt generelt arbejdsmiljø, og om, at dette var centralt for mulighederne for at forebygge vold. Som det fremgår nedenfor, genfindes mange af de ovenfor nævnte positive arbejdsmiljøfaktorer i interviewene. Disse arbejdsmiljøfaktorer har et klart overlap med de modifikatorer hos personalet, der beskrives som centrale for arbejdet med Safewards – fx at der skal være et veluddannet og engageret personale, at arbejdspladsen er

velstruktureret og har en ledelse, og at man møder borgerne/patienterne med omsorg og tillid (Bowers, 2014; Bowers m.fl., 2014).

ARBEJDSPLADSERNES STRUKTUR OG ORGANISERING

Indledningsvist fremhævede medarbejdere på de to botilbud, at deres arbejdspladser var attraktive, og at det derfor var forholdsvis nemt at tiltrække og fastholde kompetente og motiverede medarbejdere. Begge botilbud synes også at have klart definerede strukturer – inklusive klart definerede sikkerhedsforanstaltninger – der lægger rammerne for det daglige arbejde. Strandengen – hvis borgere er såvel de mest udfordrede som underlagt tilsynsdomme – er i særdeleshed meget tydeligt struktureret. Som en forholdsvis nyansat pædagog, Anna, beskriver det:

En af de ting, jeg var meget imponeret over, da jeg søgte stillingen, var, hvor meget struktur der er på. For med struktur følger også sikkerhed. Det er jo supervigtigt. Jeg har været i praktik et sted, hvor der var det, man kalder ”farlige borgere”, men det hele det sejlede, og man var ikke sikker på, om alarmerne virkede. Her er det jo noget helt andet. Det er en god arbejdsplads (Anna, Strandengen).

I Annas videre beskrivelse af Strandengen genfinder man elementer som ledelsesmæssig og kollegial støtte, tillid, respekt, indflydelse og engagement:

Som leder gælder det om hele tiden at opelske et miljø blandt personalerne – fx sådan noget som det tværprofessionelle: Der er stor respekt for, hvem der kan hvad. Vi har allesammen det samme ansvarområde, mere eller mindre – vi er allesammen lige dygtige og opmærksomme på, hvem det er, der har nogle specielle kompetencer. Igen, det er ledelsen, der i første omgang har skabt det her miljø. Det er også den, der prioriterer tid til overlap, tid til personalemøder, tid til supervision og ikke mindst sådan nogen ”spidsdage” som mandag, hvor Klaus skal hentes, og der skal ekstra personale på. Det gør jo, at der er rum til at være her. Så det er en kultur – vi slår hovederne sammen, vi sidder ikke bare ved hver vores computer. Vi deler faktisk, og det er jo bare en skidegod kultur, som er dannet fra starten af (Anna, Strandengen).

Et personale, der er engageret i det fælles arbejde, er centralt for at sikre en fleksibilitet, der kan være nødvendig, når der pludselig opstår en po-

tentiel sikkerhedsmæssig udfordring. Under vores besøg på Møllebo var der fx en borger, der over nogle dage i stigende grad var blevet psykotisk. Det var derfor blevet besluttet, at borgeren, Jane, skulle indlægges, og at to medarbejdere skulle køre hende til hospitalet. En medarbejder, Lina, fortæller:

Da jeg [en time tidligere] kommer tilbage efter at have været på bostøtte ude i byen, kommer Mikkel og siger, at Jane skal indlægges. Så kigger vi på hinanden og siger, ”hvad gør vi så?” Så siger Ingrid, at ”jeg kan godt blive her”, selvom hun egentlig har fri klokken 12. Hun vil gerne blive. Vi kører ikke alene – for vi kan godt fornemme, at der kan godt ske noget, og [borgeren] har også forsøgt noget i går aftes. Så vi kører to. Bare den snak – så kan det godt lade sig gøre. Folk er large (Lina, Møllebo).

En anden aktuel sag handler om en borger, Viggo, der skal i retten, blandt andet for at have både slået og truet medarbejdere. På den ene side er det botilbuddet, der har anmeldt borgeren. På den anden side gør man på stedet, hvad man kan, for at retssagen skal forløbe så godt som muligt for Viggo. Som Birgitte fra Møllebo beskriver det:

Vi har diskuteret i personalegruppen, hvordan vi håndterer det – hvordan vi støtter ham og passer på hinanden. Der kan jo komme et efterspil, hvor han bliver vred. Han vil egentlig ikke i retten, men vi har snakket med ham om det, og han virker til, at han gerne vil nu og er egentlig positiv. Vi har valgt at sige, at den personale med den bedste relation til ham kommer ind, selvom vedkommende egentlig har en fridag. Det er jo at komme ham i møde, kan man sige – så rammerne i hvert fald er så gode som muligt (Birgitte, Møllebo).

På en arbejdsplads, der opfattes som god, vil medarbejderne være mere tilbøjelige til at udvise den høje grad af fleksibilitet, som der beskrives her – en fleksibilitet og omsorg, der kan få de berørte borgere til at opleve, at personalet er der for dem. Dette er med til at styrke relationen mellem personale og borgere og er et vigtigt element i forebyggelsen af vold.

STØTTE FRA LEDELSE OG MEDARBEJDERE

En tydelig ledelse, der bakker op om medarbejdernes udvikling og trivsel, bliver på begge botilbud fremhævet som væsentlig for en god arbejds-

plads. Denne ledelse er i høj grad til stede på – eller tilgængelig i forhold til – arbejdspladsen og kan tage et pres væk fra medarbejderne, når der er behov for det. Det ses blandt andet i eksemplet med Klaus, hvor det er botilbuddets leder og ikke en menig medarbejder, der stiller kravene om, at Klaus' hus skal ryddes med jævne mellemrum. Det kan også handle om, at lederen skaffer ekstra personaleressourcer med kort varsel, hvis en medarbejder udtrykker bekymring for sikkerheden i forhold til en given borger, eller at medarbejderne oplever, at de får tid til og mulighed for at reflektere over – og udvikle – deres arbejde og dermed både bliver inddraget og taget alvorligt.

Ledelsen har også en vigtig funktion i forhold til at bakke medarbejderne op udadtil. For eksempel har der på Møllebo for nyligt været en voldsepisode, hvor man valgte at tilkalde politiet. Her oplevede medarbejderne dog, at de betjente, der ankom, ikke tog personalets oplevelser alvorligt, og de afslog at tage borgeren med sig. Denne episode er ledelsen gået videre med i en kontakt til politiet på højere niveauer i et forsøg på at sikre, at de ansatte på botilbuddet en anden gang vil kunne få den ønskede støtte fra tilkaldt politi.

Også social støtte fra kollegerne bliver fremhævet som endog meget væsentlig, såvel i det daglige arbejde som i indsatsen med at forebygge vold. Som Lina fra Møllebo udtrykker det: ”Jeg ved, at hvis jeg nu går i hak [og ikke kan handle] ... så ved jeg, at Bettina kan tage over, fordi hun følger lige med.”

Tillid og respekt kollegerne imellem gør det også muligt at være åben over for de udfordringer, den enkelte medarbejder kan opleve i arbejdet. Uden en sådan åbenhed risikerer man at holde bekymringer for sig selv, og dermed vil man som arbejdsplads ikke kunne bruge denne bekymring i forebyggende øjemed. Samtidig kan en sådan mangel på tillid også være psykisk belastende. Som Anna fra Strandengen fortæller:

Det er supervigtigt med en kultur, hvor man kan snakke om tingene ... Et miljø, hvor man kan sige, at ”jeg blev kraftedeme bange”, uden at man derefter er ”hende den svage” ... Hvis jeg skulle gå og holde hemmeligt, at jeg er bange for Ali, så ville jeg knække sammen i løbet af ingen tid. Det er vigtigt, at jeg kan snakke om det. Det er vigtigt, at jeg kan sige, at jeg ikke er tryk ved ham ... Nogle gange har jeg stået og stampet i gulvet og sagt: ”Det er ikke nok, at vi kun er tre på arbejde. Ali er i huset. Vi skal have én ind – jeg kan simpelthen ikke forsvare, at vi kun står tre

her”. For han kan få dem allesammen [botilbuddets andre borgere] ud over grænsen og gerne på samme tid. Og så kan vi ikke gøre en skid. Så trækker vi os, for vi skal ikke komme til skade. Men hvad hvis Benjamin [= en anden borger] kommer op for at hente sin kaffekop, og han bliver slået ned (Anna, Strandengen)?

Anna fortæller, at det i sådanne situationer altid synes muligt at øge bemanningen. ”Jeg ved ikke, hvordan fanden Christian [lederen] gør det. Men det er altid muligt at få en vikar ind.” Samspelet mellem en støttende ledelse, åbne og tillidsfulde medarbejdere, en høj sikkerhedsbevidsthed og tilstrækkeligt med personaleressourcer er med til at forebygge vold.

På begge arbejdspladser sker der også en kontinuerlig videreuddannelse af medarbejderne. Som det generelt er tilfældet i Danmark, benytter begge botilbuddene sig af et antal forskellige metoder og tilgange i det pædagogiske arbejde (Bengtsson, Jacobsen & Gregersen, 2015). Afhængigt af medarbejdernes interesser og behov og botilbuddenes prioriteringer deltager de i forskellige uddannelsesforløb, der også kan indebære, at de får særlige opgaver med udvalgte borgere på deres arbejdsplads. Begge arbejdspladser har også kurser i fx frigørelsesgreb, som medarbejderne jævnligt får genopfrisket.

BORGERE MED KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER

Borgerne på de to besøgte botilbud har alle komplekse problematikker, og en del af dem har tilbragt størstedelen af deres liv på institutioner af forskellig slags. Som Hanne fra Møllebo fortæller om deres borgere:

Vi har jo alt, fordi herude ved os, dér rummer vi bredt. Vi får alle dem, som andre steder ikke kan overskue, eller som man har givet op overfor. Det er skizofrene, personlighedsforstyrrede, ADHD, you name it. Der er ikke nogen, der ligner hinanden. Man skal virkelig favne bredt herude og være alsidig og omstillingsparat (Hanne, Møllebo).

Derudover har en del af Møllebos borgere forskellige former for misbrug, hvilket kan gøre relationen til dem og det pædagogiske arbejde med dem vanskeligt og også øge risikoen for vold. Herom fortæller Hanne videre:

For mig er det ikke deres psykiatriske diagnose, som gør mig utryg. Det er mere i kombination med, at de er misbrugende ... Der er speed, amfetamin, rivotril, hash, coke, alt. You name it ... Det er tungt arbejde, fordi de er svære at motivere. Mange af dem har et ønske om, at tingene var anderledes, så de kunne komme ud af det, men de har ikke noget at stille i stedet (Hanne, Møllebo).

Arbejdet på botilbud centrerer sig i meget høj grad om den relation, der er mellem borgere og personale. Forståelsen for og synet på borgerne er derfor også vigtigt, både for det daglige arbejde og for indsatsen for at forebygge vold. På begge arbejdspladser fremhæver de ansatte, at de tillægger det stor vægt at se borgerne som hele mennesker – inklusive deres funktionshæmninger, misbrug og psykiske vanskeligheder – og behandle dem med omsorg og respekt. Som Bettina på Møllebo udtrykker det: ”Vi skal respektere de her mennesker, som de er ... Hvis man har den respekt, så kommer man rigtig langt”.

I arbejdet med borgere, der har alvorlige udfordringer, kan det være vanskeligt for personalet at fastholde en tilgang af ligeværd, hvor borgernes selvbestemmelse styrkes mest muligt. Men det gør ikke en sådan tilgang mindre vigtig at have. Som Henrik udtrykker det:

Der er stor forskel på, at jeg ligesom hele tiden skal *foregribe*, hvad der sker med borgeren, frem for at jeg stiller mig *ved siden af* borgeren – som et menneske på lige fod med andre selvstændigt tænkende væsener. For det er de jo også, selvom de kan have svært ved at rumme mange dimensioner i livet. De er jo stadigvæk selvstændige, tænkende væsener, som har et følelsesliv og så videre. Det er bare en dyb respekt for at være sammen med mennesker – for sin næste ... Og sige: ”Jeg tør godt møde borgeren med tillid – jeg tør godt at tage chancen.” Det er også en fed oplevelse for borgeren at mærke (Henrik, Strandengen).

TILPASSEDE KRAV OG EN IKKE-KONFRONTERENDE TILGANG

Centralt i begge botilbuddenes arbejde er, at man søger at forebygge vold ved ikke at stille for mange – og for svære – krav til borgerne. Man har derfor begge steder en ikke-konfronterende tilgang.

Hvor det overhovedet kan lade sig gøre, lader vi være med at konflikte med borgeren. Vi vil hellere have, at borgeren, i teorien, ødelægger køkkenet, og vi kan have en dialog om det bagef-

ter, end at vi stiller os ind og så siger: ”Okay, du må ikke kaste med den kop”. Og så laver vi ingen magtanvendelse. For jeg vil ti gange hellere have, at de her kopper – som vi har købt til formålet – flyver ind i væggen, end jeg vil have, at en medarbejder kommer til skade (Christian, Strandengen).

Også på Møllebo er tilgangen, at man skal opbygge en stærk og nær relation til borgeren og bruge denne relation i arbejdet med at nedtrappe konflikter. Et vigtigt element her er personalets nære kendskab til de borgere, der ofte har opholdt sig på botilbuddet i længere tid. Som Hanne fra Møllebo beskriver det:

[Når en borger hæver stemmen eller er udadreagerende] konfliktnedtrapper jeg, alt efter hvem jeg har med at gøre, og hvordan min relation er: Har du brug for nær kontakt? Eller at vi sætter os udenfor? Skal jeg handle? Det er meget forskelligt. Du kender borgerne og har et godt kendskab til deres historie og deres reaktionsmønstre og habituelle tilstand. Tit og ofte så ved du, hvad der gør, at man nu har den adfærd. Vi bruger mange ressourcer på at sætte os ind i de mennesker, vi har med at gøre (Hanne, Møllebo).

Samtidig er en tilgang med tilpassede krav ikke uden udfordringer. Arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder eller kognitive funktionsnedsættelser er fuldt af dilemmaer, og ønsker om at begrænse krav kan udfordre andre målsætninger, fx i det pædagogiske arbejde: Målsætninger og pædagogiske planer om, at en borger fx skal blive mere selvhjulpen, opnå en vis standard i forhold til personlig hygiejne eller bruge mere tid i samvær med andre mennesker, kan komme i konflikt med personalets ønsker om at begrænse de krav, der stilles. Ønsker om at begrænse krav til én borger kan også komme i konflikt med fx andre borgeres behov.

BETYDNINGEN AF DE FYSISKE RAMMER

På begge botilbuddene fremhæver man, at gode fysiske rammer er vigtige for det voldsforebyggende arbejde. Som det også fremgår af litteraturoversigten, kan støj, uro og mangel på privatliv såvel forringe borgeres livskvalitet som øge deres stressniveau og dermed risikoen for vold. I forlængelse heraf er det også vigtigt, at fællesarealer er indrettet, så de

både er behagelige og ikke giver uønskede sikkerhedsrisici. Som vi hører Christian nævne, var der fx brudsikre kopper og tallerkener på begge botilbud, ligesom der var tænkt over flugtveje og overblik. Personalet var selv opmærksomt på betydningen af den fysiske indretning og arbejdede kontinuerligt med at forbedre sikkerheden:

Der var fx nogen, der sagde, at man kunne komme op i en krog herovre [i personalerummet] – fordi skrivebordene stod for tæt op ad væggen. Jamen, det var jo bare at rykke de skriveborde, så man kan komme omkring. Det er jo bare at handle på det (Else, Møllebo).

Jeg bad om at få et spejl op [i køkkenet]. For der er nogen [af borgerne], der lister. De kan komme listende, og man er lige ved at dø af skræk, for de står lige pludselig lige bag én. Og så har vi lige haft en borger, som har været en reel risiko. Og jeg står herude [ved køkkenbordet] med ryggen til en 7-8 timer hver dag, så det har været godt (Kirsten, Strandengen).

Samtidig kan man i det daglige liv på botilbuddene af og til komme på kollisionskurs med behovet for sikkerhed. For eksempel er der en kvindelig borger på Strandengen, som holder meget af at strikke – hvilket man derfor støttede hende i. Man har dog oplevet, at hun, mens hun strikker med saks og strikkepinde i hænderne, pludselig bliver meget op-hidset på en anden borger og altså har noget, der nemt kan anvendes som ganske farlige våben. Begge gange er episoderne blevet håndteret, uden at nogen er kommet til skade, men eksemplerne viser, hvilke overvejelser personalet hele tiden må gøre sig – fx om man skal nægte denne borger adgang til strikkepinde.

Ligesom man på Strandengen vælger, at en borger havde adgang til strikkepinde (og saks), har man også et akvarium, uanset at det teoretisk set kan knuses. Og det fungerede fint. Som lederen Christian fortæller: ”Fisk virker beroligende ... Vi har haft det i 3½ år. Der har aldrig været smadret en rude i det. Vi har borgere, der står og kigger ind i det hver eneste dag. De kan godt smadre alt det andet – men lige præcis det her, det lader de være.”

Omhu ved indretningen drejer sig ikke kun om det visuelle, men også om det auditive. For eksempel vil man gerne afskaffe alle metalnøgler på Møllebo og erstatte dem med elektroniske ”brik”-nøgler af plastik. Dette vil gøre det nemmere at håndtere bortkomne nøgler. Personalet

har desuden erfaret, at især borgere, som tidligere havde været i fængsel, kan blive ilde tilpas af nøgleraslen, en lyd, som dermed kan modvirke en tillidsfuld relation mellem personalet og borgeren, i og med at den signalerer førstnævntes magt over sidstnævnte.

For at forebygge vold søger man endvidere at indrette botilbudene, så man påvirker borgernes sanser på ønskede måder. På Møllebo er der udendørsarealer med siddekroge og duftende blomster. På Strandengen har man indrettet et ”sanserum”, blandt andet med en massage-seng (Björkdahl, 2014; Björkdahl m.fl., 2016). Her, eventuelt med op til flere tunge kugledyner over sig, kan nogle borgere finde en ro, de ellers har vanskelig adgang til. Personalet kan også benytte faciliteterne som en måde at forebygge stress på.

I forhold til indretning og sikkerhed bærer personalet på begge botilbud alarmer. Her kan man hurtigt tilkalde forstærkning, ligesom alarmerne kan bruges som kommunikationsmiddel. For eksempel er der på Strandengen tilsluttet en døralarm til en bestemt lejlighed. Lejlighedens beboer skal altid skærmes af en medarbejder, når han opholder sig på fællesarealerne, og døralarmen giver personalet besked, så snart han forlader sit værelse.

DET PÆDAGOGISKE ARBEJDE

På begge botilbud forsøger man, inden for de givne rammer, at give borgerne en høj grad af selvstændighed. Denne tilgang står i klar kontrast til en højere grad af regelstyring, der tidligere har eksisteret. For eksempel fortæller en medarbejder, Helene, følgende om arbejdet på Møllebo, da hun startede på stedet godt ti år tidligere:

Dengang var det virkelig regelstyret ... Et billede, jeg tydeligt husker den dag idag, var, når jeg mødte ind på arbejde klokken 7. Så stod der en kø af beboere, der ventede på at få deres cigaretter, for de var nærmest konsekvent låst inde. Og kaffemaskinerne var låst inde – det var bestemte tidspunkter, man kunne få udleveret kaffe på. Alting var i rationer – det var virkelig rigtigt. Der var hele tiden regler, der skulle opretholdes, og det var os, der skulle gøre det. Det er virkelig konfliktoptrapende ... Det bliver meget: ”Jeg skal fandeme have mine smøger”. ”Nej, det skal du ikke – du skal først dit og dut og dat ...”. Det bliver en diskussion mere end en dialog... Vi har ikke så

meget af det mere – der er mere selvbestemmelse. Så det er blevet et bedre miljø at arbejde i (Helene, Møllebo).

Med den højere grad af selvbestemmelse må personalet dog også acceptere, at borgere måske træffer valg, man kunne ønske sig anderledes – om det så handler om usund levevis eller penge, der ikke rækker måneden ud. Andre udfordringer kommer til at handle om, hvordan den enkelte forvalter sin selvbestemmelse, set i forhold til de andre borgeres (og medarbejderes) behov.

Den lavere grad af regelstyring er i sig selv med til at øge betydningen af konstant, kollektiv refleksion i forhold til, hvordan man bedst kan forholde sig til de specifikke borgere. Sådanne refleksioner og de resulterende kollektive fortolkninger af borgeres adfærd og behov har stor betydning for, hvordan man efterfølgende forstår forskellige situationer og også handler i forbindelse hermed. Der er med andre ord et stort og løbende behov for, at personalet sammen reflekterer over begivenheder i arbejdet (Høgsbro m.fl., 2012).

På begge botilbud søger man endvidere at inddrage borgerne i planlægningen af arbejdet med dem – en tilgang, der i sig selv giver borgerne en højere grad af kontrol over, og ansvarlighed i forhold til, eget liv. Denne tilgang er mest eksplicit på Møllebo, hvor borgerne også er bedre fungerende end på Strandengen. Her fortæller Helene, at den højere grad af borgerdeltagelse i arbejdet også er en forandring, som personalet i fællesskab har valgt at foretage. Tidligere havde man ret hyppige personalemøder, hvor borgerne ikke deltog, men:

... vi blev enige om, at der var en risiko for, at det blev sådan et rum, hvor beslutningerne blev truffet hen over hovedet på [borgerne]. Derfor lavede vi det om, så der kun er personalemøde ca. hver fjerde uge, og så har vi ellers teammøder sammen med beboerne – med dem, der ønsker det. Der er også nogen, der ikke ønsker det, og der er nogen, der ikke magter det. Og der er nogen, hvor vi er nødt til at gøre det i nogle andre rammer, hvor vi fx kører en tur med dem, og så bliver det dér, vi gør det. Der er også nogen, hvor det helt formelt ikke skal hedde et teammøde, men hvor vi bare lytter til deres ønsker og så laver delmål ud fra det. Det har vi ikke haft førhen (Helene, Møllebo).

Som det fremgår, er borgerne dermed – på forskellig vis, og tilpasset til den enkeltes formåen – inddraget i personalets arbejde med dem. Den høje grad af åbenhed mellem borgere og personale på Møllebo kommer

også fysisk til udtryk i udformningen af personalerummet: Det har en glasvæg ud til botilbuddets fællesareal, og borgerne er velkomne til at komme ind og sidde i personalestuen. Mens en medarbejder var i gang med noget af dagens dokumentationsarbejde, så vi således en borger komme ind og sætte sig tæt op ad medarbejderen med sin malebog. Mens [borgeren] koncentreret farvelagde vilde dyr, småsnakkede han lidt med medarbejderen – en ganske anden relation og stemning, end hvis personalerummet havde ligget som et ”borgerfrit” område.

På Strandengen finder borgerinddragelsen blandt andet sted i form af lederens månedlige beboermøder, hvor de fleste af stedets beboere deltager. Emner kan fx være, hvad der skal ses på den store tv-skærm i stuen, så længe der er EM i foldbold, eller hvordan man kunne sikre, at folk tømmer lommerne i vasketøjet, før det kommer i maskinen. Lederen fortæller, at det kan kræve nogen planlægning at sikre, at mødet forløber på en konstruktiv måde, og for at forebygge, at der udvikler sig konflikter, er det heller ikke alle emner, der kan tages op på disse møder.

AKTIVITETER I BORGERNES HVERDAG

En del af det pædagogiske arbejde går ud på at give borgerne så meningsfuld en hverdag som muligt. Her tager man på Strandengen stedets store udearealer i brug til forskellige arbejdsopgaver. For eksempel står en borger med stærke autistiske træk for affaldssorteringen. Ansvar for at slå græs har en misbruger, og denne aktivitet bliver forsøgt anvendt i forhold til hans engagement i en behandling af sit misbrug:

Kaj ved, at næste gang det lykkes med misbrugsbehandling, så kan han begynde at køre havetraktor. Han bruger en håndskubber lige nu, og så er der altså langt at gå. Og drømmen for ham, det er jo at stoppe med at ryge hash og komme ud i livet igen (Christian, Strandengen).

På Møllebo kan et vigtigt indhold i en borgers hverdag fx være at komme ind til en nærliggende by. Her kan det dreje sig om en balance mellem at støtte borgeren i selv at tage bussen, uanset at han synes, det er svært. Her kan man måske hente ham i bil på halvvejen – men ikke agere chauffør for ham på hele turen. For andre på Møllebo kan musik være en vigtig aktivitet i hverdagen. Her har en musikterapeut fx hjulpet nogle beboere med at etablere et band, ligesom man årligt afholder en musikfestival, også for borgere på botilbud.

At det er vigtigt med en hverdag, hvor de daglige aktiviteter ligger på et passende niveau, hører vi om fra borgeren Lise. Hun er flyttet fra et tilbud i sin hjemkommune til Strandengen et år tidligere og fortæller følgende:

Ovre i [tidligere bopælskommune] følte jeg, at det var meget mere stressende at bo. Jeg havde mange flere opgaver. Jeg skulle arbejde i 30 timer hver uge, på trods af at jeg får førtidspension. Her er det blevet meget nemmere at håndtere i forhold til frustration og stress – så jeg kan rigtig godt lide at være kommet her. I min hverdag arbejder jeg meget færre timer. Jeg har også en fast hjemmedag, hvor jeg kan lave mine egne praktiske opgaver i min lejlighed – rydde op og vaske tøj og få gjort rent (Lise, borger, Strandengen).

OPMÆRKSOMHED PÅ ÆNDRINGER OG SKIFT

Et opmærksomhedspunkt i arbejdet med at forebygge vold er de mange skift, der foregår. Dels skifter personalet fx flere gange dagligt, dels kommer der nye borgere, dels skaber såvel indre som ydre faktorer ændringer i borgernes situation.

Et opmærksomhedspunkt er information til nye medlemmer af personaler og til vikarer, som ikke har det samme kendskab til borgerne og til organisationen som de faste medarbejdere. Her hører vi, at begge arbejdspladser så vidt muligt opererer med faste vikarer og/eller sikrede sig, at vikarerne fx ikke kommer til at arbejde med udfordrende borgere. For nye medarbejdere er der endvidere et struktureret indslusningsforløb, der skal sikre, at de bliver sat forsvarligt ind i botilbuddenes arbejde – herunder deres tilgang til sikkerhed – i den første tid på jobbet. Disse procedurer og opmærksomhedspunkter er med til at sikre, at uerfarne personaler ikke har så stor en risiko for at komme til at stå i udfordrende situationer alene, og de er dermed et element i det voldsforebyggende arbejde på botilbuddene.

En anden slags skift er, når der kommer nye borgere til botilbuddene. Her hører vi fra begge botilbud, at man på den ene side skal lære af den information, der følger med borgerne fra de institutioner, de tidligere har opholdt sig på. På den anden side skal man heller ikke lade sig præge for meget af denne information, for så kan det være svært at give borgeren den bedst mulige chance efter ankomsten. Som Malene fra

Strandengen fortæller om en særlig vanskelig borger, hun var med til at hente på et andet botilbud:

Vi fik overleveret en gut, der gik med sin hue i munden og så sur ud. Og vi fik at vide, at vi skulle holde to meters afstand. Vi skulle ikke gå hen og sige goddag til ham, og vi skulle ikke kigge ham i øjnene (Malene, Strandengen).

Uanset denne information om, hvordan man – ifølge det tidligere botilbud – burde behandle den nye borger, har Strandengen grebet arbejdet med ham anderledes an. Det har da også over en årrække ændret såvel hans adfærd som hans livskvalitet. At man skal passe på med at lade informationer fra tidligere botilbud være alt for styrende i tilgangen til nye borgere, hører vi også om fra Hanne på Møllebo:

[Nye borgere] har jo stakkevis af udredninger fra hist og pist. Mange af dem har jo været en del af systemet, lige siden de var teenagere ... Tit og ofte venter vi med at læse deres papirer [og] forsøger at skabe vores eget billede af den borger ... Det bruger vi mange ressourcer på. Også at holde møder i gruppen – med lederen (Hanne, Møllebo).

REDSKABER TIL RISIKOHÅNDTERING

På både Strandengen og Møllebo anvender man ”Brøset Violence Checklist” (BVC) i det voldsforebyggende arbejde. Som beskrevet i kapitel 1 tager BVC udgangspunkt i en beskrivelse af hver enkelt borgers ”habitualtilstand”. Borgeren scores i forhold til afvigelser herfra og tildeles en farvekode – grøn, gul eller rød. Borgere ”brøses” som røde, hvis de afviger negativt fra deres habitualtilstand på to eller flere faktorer. Det kan være, at en borger fx har været mere irriteret end normalt og også har været højroset. Er en borger ”brøset”, udløser det en specifik plan, for eksempel at al personalekontakt de næste 72 timer foregår med tomandsdækning, og at alle aktiviteter ude af huset suspenderes.

De enkelte borgers BVC-score (rød/gul/grøn) er også en effektiv måde at kommunikere hver enkelt borgers tilstand på og dermed pege på, hvem personalet skal være særligt opmærksom på. En sådan kommunikation har stor betydning for sikkerheden, da personalet på botilbud lø-

bende afløser hinanden. Store BVC-tavler (hhv. et whiteboard og en elektronisk tavle) har da også prominente pladser i de to botilbuds personalestuer.

I interviewene udtrykker næsten alle medarbejdere, at de er glade for at arbejde med BVC-systemet, som de har brugt i kortere (Strandengen) eller længere (Møllebo) tid. En væsentlig effekt ved systemet er det umiddelbare overblik over borgernes tilstand, som tavlen kan give. Som Jacob på Strandengen beskriver det:

Jeg synes, det nye projekt, vi har gang i, er sindssygt godt. Når aftenholdet møder ind, kan de ret hurtigt danne sig et overblik: Er der nogen her, der er en risiko? Er der nogen, vi skal være særligt opmærksomme på? Det er et rigtigt godt værktøj (Malene, Strandengen).

Brugen af BVC kræver, at personalet flere gange dagligt forholder sig til de enkelte borgere for at kunne ”score” deres tilstand. På Møllebo fremhæver en af de ansatte, at det sandsynligvis i høj grad er denne systematik i arbejdet med borgerne – frem for BVC som sådan – der har fået antallet af såvel voldsepisoder som magtanvendelser til at falde:

Da man havde anvendt Brøset [BVC] i halvandet år, lavede man en evaluering af det. Dér peges der på, det er ikke Brøset i sig selv – det er systematikken [der gør forskellen] ... Det handler simpelthen om, at vi er opmærksomme på hver evig eneste borger, hver evig eneste dag. Vi har en fælles forståelse af, hvordan og hvorledes. Vi har så også udvidet Brøset [og tilpasset den botilbuddets behov] (Poul, Møllebo).

Brugen af BVC gør også, at der er meget faste reaktioner på en given adfærd. Dette kan borgerne i nogle tilfælde opleve som en tryghed. En medarbejder fortæller:

Amalie havde simpelthen været så vred hele dagen. Det ender med, at hun får skaffet en kniv, [og] så bliver hun BVC-scoret. Hun kom faktisk og spurgte: ”Er jeg så brøset på det her?”, ”Ja, det er du godt nok.” Men hun virkede faktisk helt lettet over det ... Hun faldt fuldstændig ned: ”Kan jeg så ikke komme ud og handle i morgen?” ”Nej, det kan du ikke”. Det var, som om hun tænkte: ”Nå, nu behøver jeg så ikke være vred over tingene. Nu

er det, som det er. De har bestemt over mig, det har jeg brug for” (Helle, Møllebo).

I de fire år, man har anvendt BVC på Møllebo, har man endvidere udviklet systemet, så det er mindre sygehusbaseret og bedre passer til det sociale område. På Møllebo, der fysisk er en større institution end Strandengen, er BVC endvidere indarbejdet i det alarmsystem, som alle medarbejdere bærer på sig: Hvis en borger blive ”brøset” (hvilket kunne ske når som helst på et døgn, hvis der er en udfordrende episode), går der besked ud til alle personalealarmer:

Hvis en borger bliver vurderet til at have en score, der ligger over nul, så vil telefonen sige ”ping” ... Det har betydet, at nu får pedellen, der står på værkstedet, besked om, at den borger, der kommer derned, er én, han skal snakke med uden for værkstedet. ... Det er jo ikke, fordi han så ikke snakker med borgeren, men han får en mulighed for at tænke: ”Nu kommer Georg. Lad os lige stå uden for værkstedet og snakke” (Poul, Møllebo).

MESTRINGSSKEMAER OG FOKUS PÅ RESSOURCER

På begge botilbud kombinerer man BVC med en opmærksomhed på, hvordan borgerne kan støttes i at undgå udfordrende adfærd. På Strandengen indgår her et redskab ved navn ”mestringsskemaer”. Som Henrik beskriver det:

[Ud over BVC har du] også fokus på, at når nu borgeren gør sådan her, hvad er det så for nogle ressourcer, der kommer til udtryk? Hvad er det for en mestringsstrategi? Hvorfor er det, Klaus råber hver morgen, når han skal op til køkkenet? Det er fordi, at så kan han jo skærme sig selv – det er jo hans måde at mestre at møde andre mennesker på. Når man begynder at se det i det lys, kan man bedre acceptere, at han råber og så lige pludselig, så aftager det her råberi, fordi nu kan han jo mærke, at vi kan mærke, at det er okay, det han gør. Så nu råber han faktisk slet ikke mere (Henrik, Strandengen).

Mestringsskemaerne er også en mulighed for at inddrage nogle af borgerne direkte. Som Henrik fortalte: ”Borgerne kan mere, end vi tror. Det er punkt ét – og for mig har grænserne rykket sig med det her [mestrings-]projekt. Bare det at gå og spørge borgeren: ’Hvordan oplever du

selv din hverdag?’ Det at gå i dialog og opleve, hvor optaget borgeren kan være af det.”

En af de borgere, vi talte med, Lise, har selv været med til at udfylde og farvelægge sit mestringskema. Hun har tilbragt det meste af sit liv på institution og er i dag på Strandengen pga. en anbringelsesdom. Lise udtrykte, at hun var bevidst om vigtigheden af at ændre sin adfærd, og fortalte, at hun kunne bruge mestringskemaet i den forbindelse. Hun beskrev skemaet for os på følgende måde:

Jeg fik lov til at få det her skema oppe hos mig selv, så jeg selv kunne hive det frem og se, hvad situation jeg er i, og tackle mine egne ting ... Den gule [del af skemaet], det er sådan en ganske normal hverdag som den, jeg har i dag. Jeg står op om morgenen, klarer mig selv og tager bad og får tøj på. Kommer ned og får morgenmad og går på arbejde, som jeg skal ... Og når jeg har det bedre, så tager jeg måske initiativ til at spørge, om jeg må gå i massagesengen. Og er socialt sammen med de andre (Lise, borger, Strandengen).

Lise er ikke udadreagerende i forhold til de andre borgere og medarbejderne på Strandengen. Når hun bliver frustreret, kan hun derimod lave telefonchikane på fx sin kæreste og bestille to tons grus til levering på det botilbud, hvor han boede. Disse handlinger sker tit om aftenen, og personalet har derfor arbejdet på at få Lise til at aflevere sin telefon sidst på eftermiddagen. Hun fortæller:

Nu afleverer jeg min telefon om aftenen – altså frivilligt. For der har været noget med, at når jeg havde nogle frustrationer, så kunne jeg finde på at ringe til min kæreste og til min gamle mor, midt om natten ... Det giver jo dem nogle frustrationer og stress, nogle forstyrrelser. Og ligeså for mig selv. Så får jeg heller ikke den optimale nattesøvn ... Lige i starten, dér vrissede jeg lidt – men nu kan jeg se det gode formål med det. Så [teampædagog] forklarede, at det med, at jeg afleverer min telefon fast sidst på eftermiddagen, det rykker længere og længere ned [ad mestringskemaet], efterhånden som det bliver mere normalt (Lise, borger, Strandengen).

Som det fremgår af Lises forklaring, er mestringskemaet dynamisk: Det beskriver såvel den habituelle adfærd (placeret midt i skemaet og dermed i det gule felt), den udfordrende (røde) adfærd og den positive (grønne) adfærd. Hvor det på ét tidspunkt kan være ”grøn” adfærd for Lise at af-

levere sin telefon, så hun ikke laver natlig telefonchikane, skulle denne adfærd over tid gerne blive hendes habituelle adfærd og dermed flytte sig ”ned” i skemaets gule felt, efterhånden som Lise udvikler sin adfærd i positiv retning. Lise fortæller, at hun er rigtig glad for at være med i arbejdet med mestringskemaerne:

Jeg synes, det har været et meget spændende projekt [med mestringskemaet]. Og jeg ved, at jeg ikke er færdig med at snakke om det med mit team. Jeg er meget engageret i de her ting – jeg synes, det er lærerigt, også for mig. For der er mange ting, man snakker om, i forhold til ens fortid. Og så kan man også gå ind og hive frem: Hvad er det, jeg har gjort i min fortid? Hvad er det, jeg måske skal beherske? Og hvis jeg så kan sige: ”Hov, hvis jeg kan mærke, at jeg er ved at blive frustreret og irriteret og har lyst til at skælde min kæreste ud”, så kan jeg fiske denneher [skemaet] frem og sige: ”Hvad er det lige, jeg skal begrænse her?” For at komme videre selv. For jeg vil rigtig gerne videre. Jeg gider jo ikke bo på institution resten af mit liv (Lise, borger, Strandengen).

Som det fremgår, er idéen med at kombinere BVC og mestringskemaer, at man såvel fokuserer på de funktioner, som den udfordrende adfærd kan have, som på de muligheder, borgerne har for at ”mestre” egen adfærd på alternative og mindre udfordrende måder. Når for eksempel Lise gradvist bliver bevidst om sine egne handlemønstre, og hvordan hun kan handle i stedet, giver det også mulighed for, at hun kan ændre sin adfærd i en mere positiv retning.

Hvordan et fokus på borgernes egen mestring af vanskelige situationer kan være med til at nedbringe omfanget af konflikter, fortæller Lise også om. Hun har nemlig lært at blive bedre til at beskytte sig selv mod andre borgers konflikter:

I starten, når der var noget uro fra de andre borgere nede på fællesarealerne, kunne det godt påvirke mig. Og så kunne det godt sætte sig fast i mig – selvom jeg ikke selv havde været med – og så kunne jeg finde på at gå op og ringe til [kæreste] og skrive underlige ting til ham og kalde ham ... grimme gloser. Det har jeg været rigtig ekspert i. Nu er jeg blevet bedre til at forlade området, gå op i min egen lejlighed og se noget i fjernsyn – komme væk i stedet for at lade mig påvirke. Det har jeg fundet ud af, at det kan jeg sagtens klare. Jeg kan godt finde ud af at

sidde alene oppe hos mig selv og se noget godt i fjernsynet. Så får jeg det godt igen. Så kommer jeg væk fra det sted, hvor der er uro (Lise, borger, Strandengen).

Også en borger med stærke autistiske træk har lært at reagere på egen op-hidselse ved at trække sig tilbage til sin lejlighed frem for at blive udadrea-gerende. Denne vigtige strategi understreger såvel betydningen af at støtte borgerne i at udvikle deres egne mestringsstrategier som vigtigheden af privatliv – egne steder, hvor borgerne ved, at de kan få ro og tryghed.

Man kan se denne borgers mestring af egen adfærd som en brug af en form for ikke-konfronterende tilgang, som han har gjort til sin egen, personlige coping-strategi. I forlængelse heraf så vi under vores besøg, hvordan denne borger fik knus af personalet, der også fortalte om, hvor-dan de har haft ekskursioner ud af huset med ham for fx at gå på museer – noget, som han holdt meget af. Denne relation til personalet stod i klar kontrast til situationen på borgerens tidligere botilbud (nævnt af Malene ovenfor), hvor personalet holdt en sikkerhedsafstand på et par meter, og hvor det nok var været småt med nære og varme relationer. Man må formode, at denne borgers klart positive udvikling under sit årelange op-hold på Strandengen, blandt andet i forhold til at mestre sin egen vrede, i høj grad er båret frem af de positive relationer, han over tid har fået til personalet her.

VOLDSEPIDODER OG DEESKALERING

Som nævnt er et vigtigt element i forebyggelsen af vold at deeskalere kon-flikter, inden de udvikler sig. I interviewene hører vi om sådanne optræk til konflikter, som personalet succesfuldt har fået deeskaleret. I det helt små oplevede vi selv, under besøget på Strandengen, at en borger i køkkenet ville trække et stykke papirhåndklæde for at tørre sine fingre. Papirrullen var dog tom, så han fik kun fat i en alt for lille stump og sagde straks med høj og lettere ophidset stemme: ”Hvorfor er der ikke noget papir?” En gængs reaktion ville her være at bede ham om at dæmpe sig – noget, der kunne være første trin i en oprappende konflikt. I stedet svarede køkken-damen, Kirsten, smilende: ”Det er vel, fordi den er løbet tør. Tak, fordi du fortæller det.” Beboeren fik en positiv respons, der medvirkede til, at der ikke skete mere.

Ikke alle optræk til konflikter kan dog ”lægges ned” i starten – og så må personalet bruge både deres træning og deres umiddelbare reaktioner i arbejdet med beboerne. Centralt her er også samarbejdet mellem medarbejderne, hvor man skal hjælpe hinanden ud af vanskelige situationer. For eksempel fortæller Jacob følgende: ”Jeg havde en episode med en kollega, der blev overfaldet af en borger. Han fik med en meget høj brølen stoppet det. Borgeren tog så fat i mig, og så gjorde jeg sådan: ’Synes du, det er særlig smart at stå her og hive fat i personalet foran kamerate?’”

Hver situation er unik, og medarbejderne må derfor, som flere af medarbejderne formulerer det, ”være kreative”. Først og fremmest skal man undgå at lade sig rive med, for ”hvis man bare står og råber og skriger ad hinanden, det holder ikke” (Betina, Møllebo).

HÅNDTERING AF KONKRETE UDFORDRINGER

Fra Møllebo fortæller Helle om en episode med en borger, der var blevet meget ophidset. Han har et misbrug, og episoden udsprang af, at han var blevet bedt om at vente med at hente sine pensionspenge, der lige var kommet til udbetaling:

Der var en alarm, som jeg løb til. Der var to [medarbejdere], som Viggo var rigtig sur på ... Han var mega-vred, og så kom han ind med en kniv – dem kan de jo bare gå ned og købe ... Jeg blev nødt til at agere for at få ham væk fra de to. [Det lykkedes for mig ...] at få ham væk fra kontoret. Så tror jeg, at han vil slå mig, og så løfter jeg armen sådan her [beskyttende op foran ansigtet]. Og så tror *han*, at jeg er ved at gøre noget ved ham, og så er det, at han griber fat i mig [og hun får et større blå mærke]. Hvis jeg ikke havde løftet den arm, så er det ikke sikkert, der var sket noget ... En anden gang kan det godt være, at jeg ville vælge en anden tilgang. Jeg lærer jo også af tingene. Jeg kunne have valgt, at vi [alle medarbejderne] kunne gå ud ad bagdøren. Han kunne bare være blevet på kontoret, i stedet for at jeg skulle få ham væk fra det. Men jeg fik ham ud (Helle, Møllebo).

Ovennævnte episode viser personalets samarbejde – hvordan de skal være forberedte på at komme hinanden til undsætning, når det er nødvendigt. Samtidig er det et samarbejde, hvor der ikke er tid til at diskutere, hvad den enkelte gør, hvorfor en gensidig tillid kollegerne imellem er af meget stor

betydning. Helle fortæller, at for at forebygge lignende konflikter ”prioriterer vi nu højt at sikre, at han kan få hævet penge på dagen”.

En anden episode, hvor en potentielt farlig situation blev håndteret af personalet, så ingen kom til skade, hørte vi om fra Strandengen. Episoden er gengivet i boks 2.2 ud fra et redigeret dobbeltinterview med to medarbejdere, Henrik og Maja, der var til stede.

BOKS 2.2

Eksempel på voldsepisode på botilbud. Beboeren Esben på Møllebo.

Medarbejderne Henrik og Maja fortæller om episoden, der starter med, at borgeren Esben skal have sin insulin, som han plejer at få i en bestemt sofa. Camilla, en anden borger, har placeret sig på sofaen:

”Det er blevet italesat for hende flere gange, at hun kan sidde og hygge inde i tv-stuen, fordi Esben bruger den sofa om morgenen. Vi var også obs på, at hun sad der og havde en mine på som at: ’Jeg flytter mig ikke!’ Det er tydeligt at se på de der små trækninger i hendes ansigt, hvordan humøret er.

Malene [medarbejder] er hende og snakke med hende for at prøve at få hende til at rykke ind ved siden af, men det vil hun ikke. Malene spørger, om Camilla gør det med vilje for at irritere Esben, og det siger hun ja til – og ’hvad vil I gøre ved det!’ -agtigt. Jette [personale] kommer så ind og forsøger at få Camilla afledt med, at der er nogle papirer, der skal gennemgås, og Camilla flytter sig til sidst, men er ret sur. Esben kommer så ude fra køkkenet af, og lige idet de næsten møder hinanden, råber hun bøsserøv ad ham. Til at starte med går Esben lidt videre. Og så ramler det lidt for ham. Og han vender sig om og siger [højt og vredt]: ’Hvad var det, du sagde?’, og begynder at gå meget kraftigt hen mod hende. Han er hidsig og helt oppe og køre. Og [Maja] prøver at skærme døråbningen for at prøve at holde ham lidt tilbage, men han presser lige igennem.

Der, hvor Esben krydser ind i stuen, forsøger [medarbejderen Henrik] at gå imellem, uden at gå for meget imellem. Han prøver at afbryde blikket og få Esbens opmærksomhed ved at sige ’Hey, Esben!’. Men [Henrik] får bare et skub – der var ikke noget at gøre. [Henrik] suser så efter [Esben], der er hende og har fået fat i Camilla og skal til at slå. [Henrik] når at få en arm på Esbens arm og holder den ganske let og tænker, at lægges der pres på, så kommer armen bare – så er det et tegn til, at Esben bare skal igennem [og slå]. [Henrik], som står med siden til, og har den anden hånd på skulderen af ham og prøver at snakke beroligende – siger: ’Esben, prøv lige at stoppe’. Og bare den blokering var egentlig nok til, at Esben blinkede lidt med øjnene og kunne nå at trække vejret. Så han vender sig [fra Camilla] imod os og skælder ud over, at hun er, som hun er.

Så er der lige et scenskift, hvor [Maja] tager over og fører [Esben] ud i entreen og udenfor. Han sparker lige til [Camillas] ting ude i gangen – og så drøner han udenfor og over til sit hus. [Medarbejderen Henrik og en kollega] går efter Esben over til hans hus, hvor vi snakker om, at det var godt, at han kom ud og fik noget luft. At han var i stand til det. Vi taler ellers situationen igennem, og vi kan se, at han er vred, og han står og ryster osv. Jeg fortæller ham – også for, at han skal vide, at det ikke er ligegyldigt, hvad han gør – at han rent faktisk skubber til personalet på vej over mod Camilla, og det går jo ikke ... Han kan jo også godt se selv bagefter, at det ikke er smart, og det kommer til at gå ud over ham selv, hvis han får gjort et eller andet. Og så siger han selv, at hvis det havde været for et år siden, ’så havde jeg hakket hende til plukfisk’. ’Ja’, siger jeg – ’det er også flot, at du formår at gå ud i stedet.’”

Kilde: Interview på Møllebo.

Som det fremgår af interviewet med Henrik og Maja, forløber konflikten, der er beskrevet i boks 2.2, imellem de to borgere, Esben og Camilla, uden at nogen kommer til skade. Samtidig indeholder den også både en

episode, der indberettes som vold (da Esben skubber til en ansat), og en magtanvendelse (da Henrik rører ved Esben for at kunne forhindre ham i at slå Camilla). Episoden viser også, hvordan samspillet mellem forskellige borgere (i dette tilfælde Esben og Camilla) kan være ganske udfordrende. Her må man huske på, at disse borgere begge har forskellige komplekse problemstillinger og endvidere kun bor under samme tag, fordi de begge har en domsanbringelse på samme botilbud, frem for på nogen måde at have valgt at bo sammen.

Ifølge interviewet med de to medarbejdere udløses episoden af Camillas provokerende adfærd, hvor hun er lige ved at få Esben til at ”tænde af”. Det lykkes dog for personalet at nedtrappe konflikten, så den ikke udvikler sig alvorligt. Episoden viser også, i hvor høj grad personalet skal reagere på et split-sekund: Skal man stille sig (lidt eller meget) i vejen for en borger – eller måske helt trække sig? Skal man søge at aflede opmærksomheden, argumentere eller måske gøre noget uventet som at råbe op? Hvor er ens kolleger, og hvordan kan man bedst støtte dem?

EFTERBEARBEJDNING AF VOLDSEPIDODER

Forløb som det ovenfor beskrevne får ikke bare lov at passere. Ud over de indberetninger, der efterfølgende finder sted, er det også vigtigt, at personalet får reflekteret over, hvad der hændte, og hvad man eventuelt kan gøre anderledes en anden gang. Begge de to botilbud har en procedure for, hvordan man griber sådanne efterbearbejdnings an, og hvordan de kan gradueres, afhængigt af episodernes alvor og de berørte personalers behov. Første element er en kollegial debriefing, der kan udbygges med fx en mere struktureret debriefing/samtale med en særligt uddannet medarbejder eller med kontakt til en psykolog eller lignende. Vigtigst er, som lederen på Strandengen Christian udtrykker det, at medarbejderne ... ”får sat ord på, hvad det er, der trykker dem, og hvordan”. Denne refleksion er vigtig for fremadrettet at forebygge vold bedst muligt.

Samtidig er den fælles samtale om sådanne hændelsesforløb også med til at forebygge, at sådanne begivenheder bliver psykisk belastende.

Maja og Henrik fortæller, at forløbet først og fremmest viste, at personalets beredskab er på plads. Som Maja fortæller: ”Malene er der, Jacob kommer i løbet af to sekunder, Jette er der. Whoosh – alle er klar. Der er så meget beredskab – og det er rigtig vigtigt at sende det signal ud.”

På to punkter fører refleksion over episoden dog til ændringer i botilbuddets arbejde. Det ene er et opmærksomhedspunkt i forhold til

håndtering af alarmer. Maja fortæller, at da episoden eskalerede, ”tænker jeg, at nu skal jeg huske at trykke [på alarmer]. Og så trykker jeg ned i ingenting”. Grunden var, at Majas telefon/alarm havde ringet få minutter tidligere. Opkaldet viste sig at være til en kollega, og Maja havde derfor givet sin telefon/alarm fra sig, så kollegaen kunne besvare opkaldet, og var derfor ude af stand til at trykke alarm få minutter senere. Uanset at manglen på alarm ikke kom til at betyde noget i den givne situation, sikrer personalet sig nu, at man bytter alarmer og ikke blot giver sin egen fra sig, hvis et lignende opkald sker en anden gang. Episoden viser også, at der altid er en ”menneskelig faktor” i det komplekse arbejde, der dagligt foregår på botilbud og forsorgshjem.

En anden udløber af episoden har været en ændring i Strandengens fysiske indretning: Et rum er nu blevet indrettet som ”insulinrum”. Dermed er det ikke længere muligt for en borger at skabe det forløb, der førte til Esbens udfald mod Camilla.

Det er ikke kun personalet, men også de involverede borgere, der gerne skal lære af givne episoder. Ud over at tale forløbet igennem med Esben søgte man derfor også at tale forløbet igennem med Camilla. Henrik beskriver den samtale på følgende måde:

Om hun virkelig var klar over, hvor tæt hun var på at få kørt sig en? At det var rigtig tæt på denne her gang, og at hun ofte gør de her ting? Og spurgt ind til: ”Hvad følte du egentlig, da han stod ved dig?” Hun har rigtig svært ved at sætte ord på det, og det eneste, hun kunne sige, var, at hun ville have hentet sin kæreste Dennis [en anden borger på Strandengen], for så skal han ligesom beskytte hende (Henrik, Strandengen).

Netop det forhold, at Camilla og Dennis er kærester, var faktisk en faktor, der kunne have givet ovenstående episode et langt alvorligere forløb. Dennis var ikke til stede under episoden, og Camilla havde dermed ikke mulighed for at inddrage ham. Det er godt, for ”hvis der er nogen, der tænder af, så er det ham. Han kan gå rent bersærk. Så han er nok det farligste her, overhovedet” (Henrik, Strandengen).

Personalet talte også episoden igennem, og der blev indgivet en arbejdsskadeanmeldelse og en magtanvendelsesanmeldelse. Med hensyn til, at episoden førte til en arbejdsskadeanmeldelse, forklarer Henrik følgende:

Jeg melder som arbejdsskade, at jeg er blevet skubbet. Det gør jeg næsten, om han bare lige rører mig. Selvom det er en fysisk ting, kan der også være noget psykisk i det. Det kan godt være, at man skriver ”nul-nul-nul” i, hvor meget det har påvirket dig, men vi dokumenterer det. Og skulle en af os en dag få et eller andet – dråben, der får bægeret til at flyde over – så har du altså noget at gå til Arbejdsskadestyrelsen med. Det er for egen sikkerhed. Men det er også, så det ikke bare bliver hverdag for os. At det ikke er ligegyldigt – ”nå, men han gjorde det, fordi han ikke kunne gøre andet”. Alle de her ting, som egentlig negligerer denne slags adfærd. Vores normgrænser, de rykker sig jo også, fordi man går i det hver dag. Og så tænker man: ”Nå, men det er også bare helt almindeligt, at man bliver kaldt de her grimme ting hver eneste dag”. Det skal der også laves en arbejdsskadeanmeldelse på (Henrik, Strandengen).

Magtanvendelsesansøgningen består i, at personalet førte Esben ud af stuen. Som Henrik forklarer:

Så længe jeg nærmest bare rører ved ham. Bare det, at vi lægger hånd på ham og fører ham ud af stuen. Uden at vi presser. Man kan også kalde det en guidning, men vi bruger en eller anden form for magt til det. [At indberette det] er jo også en sund proces, selv ved de mindste ting, at vi beskriver dem. Det gør jo, at man også lærer noget om situationen. ”Hvad var det egentlig, der skete? Hvad kunne være gjort anderledes?” (Henrik, Strandengen).

Som det fremgår, endte denne episode på Strandengen langt mere fredeligt, end man kunne have frygtet. Som det fremgår, er personalets evne til at koordinere deres konflikthåndtering og samarbejde i en situation, hvor der ikke er tid til at diskutere, hvad man skal gøre, af meget stor betydning.

Det er dog ikke altid lige nemt for personalet at få bearbejdet ubehagelige – og farlige – hændelser, de har været involveret i. Her fortæller Helle fx om, at hun personligt har haft svært ved at få bearbejdet den tidligere beskrevne hændelse, hvor hun blev slået af en misbrugende borger. Om forløbet efter den episode fortæller hun følgende:

Jeg er typen, der gemmer det lidt – fortrænger det lidt. Jeg skal nok selv komme og sige, hvis der er noget. Men så min

omsorgsperson [som alle ansatte på arbejdspladsen har tilknyttet], hun ringer så og snakker med mig tusindvis af gange. Også på arbejde. Og andre kollegaer og lederen gjorde det også. Og så til sidst siger jeg, at nu skal I fandeme give mig lidt fred. Og så kommer jeg frem til, at jeg nok har brug for at se en psykolog (Helle, Møllebo).

Som professionel medarbejder på et botilbud kan det være vanskeligt at erkende, at man rent faktisk har det svært med nogle af de begivenheder, man oplever. Og som Helle beskriver det, kan det kræve en vedholdende indsats fra såvel kolleger som lederen, før man ”gør det rette” og får snakket vanskelige episoder ordentligt igennem. Dette er igen med til at understrege betydningen af tillid og samarbejde for det gode arbejdsmiljø.

Her er medarbejderne godt klar over, at man skal have en opmærksomhed på, hvad man bliver udsat for, fordi det ellers vil slide én ned i det lange løb. Som Maja på Strandengen udtrykte det: ”Hvis du har gået i to år, og den samme borger har kørt på dig hver eneste morgen fra klokken otte til ni med de samme grimme gloser, så lige pludselig knækker filmen måske.”

Der er med andre ord også fuld ledelsesmæssig opbakning til at anmelde de episoder, man udsættes for. Som Henrik udtrykker det: ”Retorikken [fra ledelsen] er nærmest, at det er bedre, der kommer nogle anmeldelser, end at der ikke gør. Hvis der ikke kommer nogen, så er det faktisk lidt mistænkeligt. Om det er blevet en vane.”

Ud over den konkrete efterbearbejdning af såvel voldsepisoder som langt mindre hændelser får begge botilbuddene også regelmæssig supervision fra en ekstern supervisor. Disse sessioner er også en vigtig mulighed for kollektivt at reflektere over egen praksis og for at få input i forhold til fx konkrete borgeres adfærd.

UFORUDSIGELIG VOLD, KNIVE OG STOFFER

Uanset at begge de besøgte botilbud har rigtig gode erfaringer med såvel at forebygge vold som at deeskalere episoder, der er under optrapning, er det dog ikke muligt altid at forhindre voldsomme episoder i at opstå. Og uanset at brugen af BVC (Brøset Violence Checklist) kunne give indikationer på, hvilke borgere der muligvis er på vej imod at blive udadreagerende, kan voldsom adfærd også opstå som et lyn fra en klar himmel. På Strandengen fortæller lederen Christian følgende:

Sidste år overfaldt [borgeren] Dennis [medarbejderen] John og en anden medarbejder, Kristoffer. Det kom fuldstændig ud af det blå. Det var søndag aften, og de havde siddet inde i fjernsynsstuen, og det havde været så hyggeligt. Så mener [Dennis] lige pludselig, at personalet har skiftet kanal. Han var faldet i søvn, og filmen er slut imens – og de kan ikke berolige ham. Det ender så med, at han går til angreb på John. Først slår [Dennis] efter [John] indenfor – hvor han afværger og trækker udenfor. Vi har en aftale om, at hvis vi kan trække konflikter udenfor, hvor der er videoovervågning, så gør vi det. Det er meget nemmere, når man står udenfor, at tage borgeren på skulderen og sige: ”Kig nu op på videokameraet, slap nu af. Prøv at lade os snakke om det her. Der er ingen grund til, at det skal ende sådan her.” Men dér var klappen allerede gået ned for Dennis, og han overfalder John og forsøger at tildele ham mange slag og spark. Det ender med, at Kristoffer og John lægger ham ned ude i hækken og fastholder ham i 25 minutter, indtil politiet kommer (Christian, Strandengen).

En anden faktor, der kan gøre vold både mere uforudsigelig og mere alvorlig, er den, ofte samtidige, tilstedeværelse af knive og stoffer. Borgernes muligheder for at skaffe sig såvel knive som rusmidler er et vilkår, når de fleste borgere frit kan bevæge sig uden for deres botilbud. På botilbud er borgernes værelser endvidere deres private boliger, og dermed har personalet sjældent mulighed for at holde dækkende opsyn med, om der er fx knive (eller andre genstande, der kan bruges som våben) på tilbuddet.

Hanne fra Møllebo beskriver de stofmisbrugende borgeres situation således:

De er jo under pres hele tiden – dem, vi har, der er misbrugere. Så får de penge den første, men dér skylder de allerede for det, de har fået af stoffer forinden. Det er hele tiden en skrue uden ende ... Men vi kan jo ikke holde [stofferne] ude. Vi har jo også folk, som kommer udefra – de overnatter så her ... Når [borgerne] så kommer med deres frustrationer og siger, ”nu er han her igen”, ”nu har han solgt mig det”, så kan vi støtte dem og sige ”har du prøvet måske at sige, at du synes, det er træls, han invaderer din sofa, er her i flere døgn og sætter ting af hos dig?” Det er det, vi kan gøre – rådgivning og vejledning i forhold til, hvordan vi tænker, at de skal tackle ting. [Men] det er svært, når man er afhængig af stofferne (Hanne, Møllebo).

Ovenfor hørte vi om Helle på Møllebo, der måtte gribe ind i forhold til en borger, der truede to kolleger med en kniv. Også på Strandengen var der en borger, Ali, hvor adgangen til knive udgør en klar trussel. Ali er en mandlig indvandrer, som kun taler begrænset dansk, og som kun har været på Strandengen i nogle måneder. Kort før vores besøg var han endvidere blevet arresteret for personfarlig kriminalitet, han havde udøvet, mens han (i strid med de regler, han er underlagt) havde opholdt sig borte fra Strandengen. Lederen Christian fortæller følgende om Ali og den store udfordring, hans adfærd udgør for botilbuddet:

Han har overfaldet andre borgere med kniv, han har slået andre borgere til ukendelighed med knytnæver i ansigtet. En af de sidste episoder, vi havde med ham, dér overfaldt han [borgeren] Klaus, truede ham med en kniv og tildelte ham knytnæveslag. Klaus havde været provokerende over for ham, [og] dér har [Ali] slet ikke noget filter. Jeg har mange gange været inde hos ham, hvor jeg har kunnet konstatere: ”Jamen, der ligger lige en joint, der ligger lige en hobbykniv.” Så har jeg sagt til ham: ”Det ved du godt, du ikke må have”, og så tager jeg det. Da han blev anholdt i sidste uge, tømte vi hans værelse. Jeg har ikke fået afleveret kassen til politiet endnu, men jeg tror, der ligger to hobbyknive og en proptrækker, sådan én, man kan holde i hånden som et knøjern. Vi fandt simpelthen alt for mange våben. Hamre, lægtehamre, stemmejern (Christian, Strandengen).

Alis tilstedeværelse er noget, der har sat sit præg på hverdagen på Strandengen, og flere medarbejdere fortæller, hvor lettede de er over, at han nu er i politiets varetægt. Medarbejderen Anna fortæller:

Alle er i risikogruppen for Ali, for han er konfliktsøgende og har ikke et filter. Jeg er aldrig nogensinde gået ned ad gangen her, mens Ali har gået bag mig. Aldrig nogensinde! Det kommer heller ikke til at ske. Når Ali er i huset, og jeg sidder i medicinrummet, så er døren låst, for der er ingen flugtvej. Jeg skal ikke stikkes ned (Anna, Strandengen).

Som det fremgår i tilfældet med Ali, er det ikke kun personalet, men også de andre borgere, der kan være i fare, når der fx er knive på botilbuddene. En sådan fare fortæller en borger på Møllebo, Nick, at han har oplevet – noget, der efterfølgende gjorde ham vred på en medarbejder:

Det var en episode til nytårsaften, hvor jeg blev truet med en kniv af en anden beboer. Jeg oplevede, at der stod fire personaler på afstand og så det hele. Der blev ikke engang trykket på en overfaldsalarm, ingenting overhovedet blev der gjort. [Den episode] begyndte vi at sidde og diskutere over aftenmåltidet. Jeg blev så tosset til sidst, at jeg tog en stol og var ved at kaste den ud ad vinduet, men stolen gik ikke igennem ... Der var ikke nogen forståelse for, at der ikke var sket andet, end at folk stod og kiggede ... Jeg er blevet spurgt om, hvordan jeg havde det i forhold til vedkommende, som jeg var udadreagerende overfor [da Nick kastede med stolen]. Nogle af personalet mente, at jeg ikke indeholder ret meget empati, fordi jeg reagerede, som jeg gjorde. Jeg følte, at jeg var i min fulde ret til at gøre det, og hvordan hun havde det bagefter, det vil jeg sådan set skide et stykke (Nick, borger, Møllebo).

Dette eksempel viser den tætte kobling mellem konflikter borgerne imellem og konflikter mellem en borger og personalet: Nick er vred over sin oplevelse af, at personalet ikke har beskyttet ham i tilstrækkelig grad og dermed ikke behandlet ham med den omsorg og respekt, han ønsker. Uanset at personalet efterfølgende har fortalt, at de er uenige i Nicks udlægning af hændelsen nytårsaften, ligger hans fortolkning af hændelsesforløbet til grund for hans efterfølgende udadreagerende adfærd. Havde den anden borger ikke haft en kniv at true med, var denne kæde af hændelser sandsynligvis ikke blevet sat i gang.

AFRUNDING

De to botilbud, Strandengen og Møllebo, er udvalgt af Socialstyrelsen, fordi de fremstår som gode eksempler på arbejdet med forebyggelse af vold. Samtidig er de også fungerende arbejdspladser, hvor alt, hvad der gøres, naturligvis ikke nødvendigvis er ideelt. Interviewene illustrerer mange af de pointer, der fremgår af litteraturen på området, så som at en meget stor andel af arbejdet består i at forebygge, at vold opstår, og at en ikke-konfronterende og ressourcefokuseret tilgang synes at virke positivt.

Som i arbejdet med "Safewards" er der mange faktorer, der spiller sammen. Det handler om, at botilbuddenes fysiske indretning er velegnet og at personalet arbejder på at optimere denne indretning. Det drejer sig om, at personalet føler sig trygge ved deres kolleger og bakket op af deres ledelse. Og det handler om, at personalet fx inddrager borgerne i forhold til deres egen håndtering af aggressiv adfærd.

De to cases viser også, at brugen af konkrete redskaber i arbejdet med at forebygge vold kan være væsentlig. Det kan fx dreje sig om personalets brug af risikovurderingsredskaber som BVC og deres håndtering af alarmer. Endelig er det afgørende, at personalet kan håndtere kritiske situationer – fra deeskalering til frigørelsesgreb – og at der er en organisationskultur, hvor man er kontinuerligt engageret i at forbedre arbejdet og lære af erfaringer. Det står samtidig også klart, at man, uanset hvor høj kvaliteten af dette arbejde er, ikke kan forebygge og forhindre alle tilfælde af vold i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder, funktionshæmning og sociale problemer.

CENTRALE OG TVÆRGÅENDE TEMAER I FORHOLD TIL VOLDSFOREBYGGELSE

INDLEDNING

Dette kapitel skitserer temaer, som går på tværs af litteraturstudiet og de to casebeskrivelser fra botilbud med positive erfaringer fra det voldsforebyggende arbejde. I denne del af rapporten inddrages endvidere interview med et antal forskere og ressourcepersoner fra ind- og udland (se bilag 1).

Som det er fremgået, er udfordrende adfærd og vold noget, som personalet på mange botilbud og forsorgshjem må forholde sig til, og som kan have anseelige omkostninger (Lanctot & Guay, 2014). Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem foregår i en kompliceret virkelighed, hvor der ikke er nogen nemme og almenlydige løsninger. Det står også klart, at en stor del af indsatsen med forebyggelse af vold bør ligge på det primære niveau: Det er dermed vigtigt at se på, hvordan hverdagen fungerer, frem for udelukkende at beskæftige sig med, hvordan man handler i tilspidsede situationer (Berring, 2015). Samtidig bør man naturligvis også have et passende beredskab til at håndtere sådanne situationer.

En stor del af det voldsforebyggende arbejde består derfor i at skabe ”gode arbejdspladser” – noget, der ikke kan sættes på en kort og nem formel. Samtidig er sådanne gode arbejdspladser også noget af det,

der er centralt for at skabe gode hjem for borgerne. Nedenfor gennemgås et antal, delvist overlappende, elementer, som ser ud til at have væsentlig betydning.

TILRETTELÆGGELSE AF ARBEJDET

Såvel litteraturstudiet som de to cases indikerer, at det voldsforebyggende arbejde med fordel kan tilrettelægges ud fra en ikke-konfronterende og borgercentreret tilgang, frem for at arbejde meget regelstyret. Da man ved, at voldsepisoder ofte udspringer af personalets grænsesætning over for borgere, kan en ikke-konfronterende tilgang altså i sig selv gøre en væsentlig forskel.

En inspiration til en sådan tilgang kan hentes i den britiske hospitalspsykiatris arbejde med ”Safewards” (Bowers, 2014; Bowers m.fl., 2015). At dette kan være en frugtbar tilgang, formuleres også af en af de interviewede forskere⁶:

Jeg synes, at ”Safewards” er en rigtig fin tilgang. Det handler i høj grad om interventioner på det primære niveau, og det er normalt det, som er mest effektivt på den lange bane ... Det er en tilgang som handler meget om forholdet mellem patienter og medarbejder: at man opfører sig godt, at man finder håb, at man påskønner hinanden (skandinavisk forsker, hospitalspsykiatri).

Også besøgene på Strandengen og Møllebo viser, at man med godt resultat kan anvende en ikke-konfronterende tilgang i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer. Samtidig må en sådan tilgang nødvendigvis tilpasses de konkrete borgeres udfordringer og de ledelsesmæssige, personalemæssige og fysiske rammer, som arbejdet foregår i. Som litteraturstudiet fremhæver, er der dermed ikke enkle løsninger, der vil kunne virke voldsforebyggende i alle sammenhænge (Phillips, 2016, s. 1661).

Behovet for lokal tilpasning af tilgange gælder ikke kun for de enkelte botilbud og forsorgshjem. Det gælder også på fx nationalt niveau: ”Safewards” stammer fra Storbritannien, og modellen som helhed kan dermed ikke nødvendigvis overføres direkte til Danmark. Denne

⁶ SFI har oversat citater fra de udenlandske forskere til dansk fra enten norsk eller engelsk.

pointe understreges af såvel dem, der har udviklet modellen (Bowers m.fl., 2015, s. 1420), som af en af de interviewede udenlandske forskere:

Jeg tror, at nogle af [Safewards] interventioner kan opleves som en smule underlige i en skandinavisk kontekst. Der er bare ting, som ikke kan overføres helt og fuldt, når det drejer sig om kulturen inden for psykiatri (Skandinavisk forsker, hospitalspsykiatri).

ARBEJDSMILJØETS OG LEDELSENS BETYDNING

Når det voldsforebyggende arbejde først og fremmest skal foregå på det primære niveau og dermed er uløseligt vævet ind i institutionernes daglige arbejde, får tilstedeværelsen af et godt arbejdsmiljø væsentlig betydning. Her viser litteraturstudiet, at fx mangel på personaleressourcer eller lav tillid i organisationen kan vanskeliggøre pleje- og omsorgspersonalets muligheder for at udføre deres arbejde (Blando m.fl., 2015; Overgaard & Ørsted, 2016; Hallberg, 2011; Totman m.fl., 2011).

Tilsvarende fremhæver medarbejderne på de to besøgte botilbud, at de har et godt arbejdsmiljø, hvor de blandt andet føler sig set og støttet af ledelsen. Omvendt kan dårlig ledelse, ud over at medvirke til et dårligt arbejdsmiljø, også øge risikoen for vold, blandt andet hvis ledelsen ikke tager arbejdet med forebyggelse af vold tilstrækkeligt alvorligt (Blando m.fl., 2015; Lundstrøm, 2006; Zohar, 2010).

En interviewet ressourceperson, der arbejder med ledelse af botilbud på overordnet niveau, fortæller, hvor vigtigt det er, at ledelsen tager arbejdet med sikkerhed alvorligt, herunder sikrer, at der anvendes egnede redskaber i de daglige rutiner:

Vi gør meget ud af ledelsesfokus i forhold til, hvordan vi arbejder forebyggende – at man hele tiden skal være bevidst om det her som en problemstilling. [Det indgår] enormt meget fx i supervisionen og ledelsen af medarbejderne. [Også fordi] der er medarbejdere, og især garvede medarbejdere, som – fordi de er dygtige og har den faglighed og erfaring – har en tilgang, der hedder, ”det ordner jeg” eller ”ham går jeg lige ind til”.

Så som ledelse er det hele tiden med at holde sine medarbejdere op på, at der ikke er noget ”bare”. Og at selvom en eller anden [borger] har været rolig i rigtig lang tid, så [kan man ikke tage sikkerheden for givet] ... Man skal fx arbejde meget systematisk med risikovurderinger af alle borgere hver dag. Så man hele tiden har et klart risikobillede af, hvad der er. Og gøre me-

get ud af at reflektere. [Og så skal brud på sikkerhedsprocedu-
ren] sanktioneres – det er noget, vi tager lige så alvorligt, som
hvis man fx ikke dukker op på arbejde.

Som det fremgår af dette citat, er der altså mange forskellige måder,
hvorpå man fra ledelsens side kan fokusere på arbejdet med forebyggelse
af vold.

Et andet aspekt ved institutionernes daglige arbejde er faglighed
og pædagogisk tilgang. Her er der – også målgruppens kompleksitet taget
i betragtning – store forskelle mellem de metoder og tilgange, der anvendes
på forskellige institutioner (Bengtsson m.fl., 2013, 2015), ligesom der
ofte er flere forskellige fagligheder, der skal arbejde sammen (Rothuizen
& Boldsen, 2016). Det er vigtigt at huske på, at arbejdet med borgere
med komplekse problemstillinger kan være særdeles krævende og løbende
stille medarbejderne over for dilemmaer og udfordringer, det kan være
vanskeligt at løse fuldt tilfredsstillende.

Vi hører i flere interview, at det er af stor betydning, at der foregår
en korrekt visitation, således at borgere og tilbud passer sammen. På
linje hermed hører vi under besøget på Strandengen om, hvordan en borger
– Ali – som man oplever som fejlvisiteret, vanskeliggør arbejdet på
hele institutionen, især fordi nogle medarbejdere ikke føler sig gearret til at
håndtere den særlige sikkerhedsproblematik, som Ali udgør.

Endelig er det vigtigt, at man på arbejdspladsen er opmærksom på
sikkerhed i forhold til overgange og skift. Det kan fx være, når der kommer
nye beboere eller sker ændringer i medicinering. Men det kan også
være, når der bruges vikarer, der i sagens natur ikke kender borgerne lige så
godt som de faste medarbejdere (Overgaard & Ørsted, 2016). På både
Møllebo og Strandengen er der stor opmærksomhed på, hvilke opgaver
vikarer får tildelt, og at man får holdt øje med deres tilgang til sikkerheden.
En interviewet ressourceperson (der arbejder med ledelse af botilbud på
overordnet niveau) fortæller om den problematik, som vikarer sikker-
hedsmæssigt kan udgøre:

Vi har haft en sag [for nylig]. Der var en vikar, der insisterede på,
at det [en udfordring med en borger] kunne hun da sagtens lige
fikse. Og hvor borgeren faktisk flere gange advarede hende –
sagde, at ”det har I jo beskrevet. Der står, at når jeg får det sådan
her, så skal du gå din vej. Så skal jeg kun tale med min kontakt-
person”. ”Ah, men, hør nu her”, [sagde vikaren] ... Og det gik

meget galt. Så det er typisk sådan noget, der er sårbart. Vikarer. Praktikanter. Som ligesom ikke forstår alvoren af, at det faktisk ikke er noget, man bare lige fikser.

Dette citat viser også, at det borgernære arbejde med at klarlægge både, hvor udfordringer kan opstå, og hvordan såvel personale som borgere bedst kan mestre sådanne situationer, har betydning.

DE FYSISKE RAMMERS BETYDNING

Også de fysiske rammer på botilbud og forsorghjem har betydning i det voldsforebyggende arbejde. Det gælder om at sikre rammer med lys og luft og tilstrækkelige muligheder for ro og privatliv, men også gerne rammer med adgang til fx en have eller naturen (Folmer, 2014; Frandsen m.fl., 2009).

På Strandengen fortalte både medarbejdere og borgere om, hvordan den nemme adgang til smuk natur og stedets udearealer – der skal vedligeholdes – kan være positive elementer i dagligdagen. Naturen giver mulighed for fx lange gåture, der kan danne ramme for nære samtaler mellem borgere og personale og bidrage med fysisk træthed og dermed bedre nattesøvn. Tilsvarende giver haven mulighed for, at borgere kan slå græs, fælde træer, stable brænde eller dyrke køkkenhave.

I forhold til den fysiske indretning har man på Strandengen endvidere indrettet et sanserum med blandt andet en massageseng og muligheder for særligt tilrettelagt brug af musik/lyde og lys. Adgang til sådanne faciliteter ser ud til at kunne have en positiv betydning for borgere med fx psykiske vanskeligheder ved at hjælpe krop og sind med at slappe af (Björkdahl, 2014; Björkdahl m.fl., 2016). En udenlandsk forsker fra hospitalspsykiatrien fortæller, at foreløbige studier i hospitalspsykiatrien indikerer, at adgang til sådanne faciliteter kan bidrage positivt til det voldsforebyggende arbejde:

Personalet, der er på nattevagt, er glade for rummet, fordi det ikke lukker – det er altid åbent om natten. Så når patienter bliver rastløse eller nervøse om natten, kan personalet ofte få beroliget dem ved hjælp af det her lokale. Det er en stor hjælp, når det handler om at falde i søvn. Så det har været meget positivt. Et af afsnittene, hvor vi havde et sanserum, er en psykiatrisk intensivafdeling. Patienter, der er der, har det virkelig, virkelig akut dårligt. Og de kommer dér, fordi de opfører sig uacceptabelt – det handler ofte om aggressiv eller voldelig adfærd. Personalet for-

tæller, at de indimellem er i stand til at undgå, at situationer eskaleres, når de opfordrer patienter til at bruge rummet... De oplever, at det er godt, at de har andre tilbud end bare medicin til at berolige med (skandinavisk forsker, hospitalspsykiatri).

Ved at kunne hjælpe borgere til at finde ro kan adgangen til sådan sanserum også være et element, der støtter op om det positive relationsarbejde.

Endelig demonstrerer besøgene på Strandengen og Møllebo også, hvordan arbejdet med sikkerhed kan indebære konstant at skulle forholde sig til de fysiske rammer og overveje, hvordan de eventuelt kan indrettes mere hensigtsmæssigt. Her kan refleksion efter farlige episoder fx medføre, at man ændrer på rums møblering eller tilpasser de anvendte sikkerhedsprocedurer. Vi ser igen, at lokal tilpasning og lokalt ejerskab har stor betydning, og at et sådant kontinuerligt arbejde med sikkerheden er tæt knyttet til et godt arbejdsmiljø, hvor engagerede medarbejdere har tid, rum og mulighed for sammen at reflektere og efterfølgende handle på deres erfaringer.

FOKUS PÅ DET PÆDAGOGISKE ARBEJDE

Som det også fremgik af arbejdet med ”Safewards”, kan et virksomt element i voldsforebyggelse på det primære niveau være en positiv tilgang til borgerne – en tilgang, der fokuserer på deres ressourcer og stiler imod, at der opbygges gode og stærke relationer (Kelly m.fl., 2015; McDonnell, 2010a).

En forsker (psykiatri/samarbejde) fremhæver i den forbindelse, at en mere positiv tilgang til borgerne i sig selv kan betyde en forandring i det daglige arbejde:

Det handler om, hvordan du taler til og om patienterne i medarbejderfællesskaber. For man har naturligvis en meget psykologisk forankret tendens til at tale om det negative. Pointen er så, at hvis man begynder at italesætte ressourcer – begynder at italesætte kompetencer, ting, der er gået godt – så vil du også kunne indgå i relationen anderledes.

I dette nære arbejde med borgeren er det også vigtigt at lære de enkeltes særlige profil og handlemønstre at kende. Det giver først og fremmest

bedre mulighed for at forebygge, at bestemte situationer opstår. Voldelige episoder udspringer nemlig ofte af bestemte sårbarhedsområder. Som en international forsker inden for retspsykiatrien forklarer:

Sårbarhedsområder [kan være ...] fx *fysisk nærhed*. Nogle personer har vældig stor invaderingsangst og tåler meget lidt fysisk nærhed. Nogle må til og med have en bufferzone for at kunne føle sig trygge. Det er vigtigt at kortlægge det – er det fx kvinder eller mænd, der er mest angstprovokerende [i forhold til nærhed]?

Omstilling er en anden risikofaktor for de allerfleste af vores patienter. Nogle gange, når vi er i en omstillingssituation, så oplever vi meget stress – hvis du skal rejse til et sted, du aldrig har rejst til før, en ny lufthavn osv. Omstilling kan stærkt påvirke risikoen for vold hos nogle mennesker. Det kan være alt, fx at nogle har problemer med at gå ind og ud af afdelingen.

Så er der *kommunikationsforstyrrelser* i form af psykotiske symptomer. Når en person føler sig bombarderet af hørelsehallucinationer: At vedkommende opfanger alt – bare nogle bidder af det – og lægger det sammen, og så bliver det et helt andet budskab, end det egentlig var. Og så er der fx nogle psykotiske mennesker, der overreagerer på dramatiske hændelser i massemedierne – eksponeringer til tragiske hændelser. I nogle situationer vil nogen mobilisere aggression som en respons på det.

Der er et mylder af muligheder. Men hvis man arbejder systematisk og kortlægger patienter, vil man kunne få en profil. ”Han har i to situationer vist ...” Der skal vi mobilisere meget i forhold til at forhindre, at han kommer i de situationer. Behandlingen skal hjælpe dem til at klare og mestre de her situationer, men i første omgang handler det om at forhindre. Man kan forebygge, at de bliver eksponeret for mere, end de kan håndtere.

Det nære arbejde med borgerne gør det muligt at lære såvel deres særlige profil – inklusive deres specifikke sårbarheder – som deres ressourcer og kompetencer bedre at kende (Elvén, 2010b; Kontio m.fl., 2014; Lantta m.fl., 2016). Borgerne kan derved støttes i at kende deres egne ressourcer og handlemønstre, hvilket kan ruste dem til at handle mere hensigtsmæssigt i vanskelige situationer (Eidhammer, Knutzen & Fluttert, 2010; Fluttert m.fl., 2010; Jotangia m.fl., 2015).

Udbyttet af et sådant arbejde med at styrke borgernes muligheder for at undgå at reagere med vold hører vi om på Strandengen. Her lykkes det fx for borgeren Esben – godt støttet af personalet – at beherske sig over for en anden borgers provokationer og forlade lokalet frem for at slå.

Forskning viser i den forbindelse, at borgerne med fordel kan inddrages direkte i det voldsforebyggende arbejde. De har fx ofte en betragtelig viden om, hvor stor risiko der er for, at de bliver udadreagerende (Roaldset & Björkly, 2010). Også en interviewet chefkonsulent med forstand på blandt andet arbejdsmiljø fremhæver vigtigheden af at fokusere på samarbejdet med borgerne og lade dette samarbejde indgå i forebyggelsesarbejdet på de enkelte institutioner:

[Det er vigtigt, at man på arbejdspladserne] siger: ”Selvfølgelig skal vi tale om det.” Vi ved, der er en stor risiko på det her område. Så jeg kan godt tillade mig at spørge en nyindflyttet [borger]: ”Hvordan har du det egentlig? Når du bliver gal, hvordan reagerer du? Og er der nogen ting, du ved, du bliver vred over, hvis vi kommer til at gøre?” Netop med det udgangspunkt at [borgerne] gerne vil hjælpe med at undgå sådanne nogle situationer. Og [at personalet] tager de episoder, der har været, efterhånden som de opstår. Så det ikke bliver så konfliktbetonet, eller at man ikke tør tale om det – men at man netop afliver det tabu, der er nogle steder.

Voldsforebyggelse handler jo utrolig meget om det samarbejde, der foregår mellem borgeren og den ansatte, og derfor ville det også være oplagt at tage borgerne med i de arbejdsgrupper, hvor man arbejder med voldsforebyggelse.

Som det fremgår, kan en nær relation mellem medarbejdere og borgere være af stor betydning for at sikre viden om, hvad der erfaringsmæssigt kan udløse udfordrende adfærd, og hvad der omvendt kan gøres for at undgå en sådan adfærd.

Samtidig bør hverdagen på institutionerne også være tilrettelagt, så den danner en velegnet ramme for dette relationsarbejde. Her er muligheden for meningsfulde aktiviteter af central betydning (Horn m.fl., 2013).

REDSKABER TIL RISIKOVURDERING

Specifikt i forhold til det voldsforebyggende arbejde viser såvel litteraturen som arbejdet på de to besøgte botilbud, at systematisk arbejde med risikovurderinger kan være med til at nedbringe omfanget af såvel vold som magtanvendelser. Både Møllebo og Strandengen brugte BVC – Brøset Violence Checklist. En af de interviewede internationale forskere (retspsykiatri) fortæller, at:

Danmark tydeligvis er blandt de bedste i verden til systematisk at bruge risikovurderinger. Ikke bare i retspsykiatrien, men i alle sektorer – i socialektoren og fx på autismeafdelinger.

Arbejdet med risikovurderinger kunne være en måde at nedbringe såvel voldsrisikoen som omfanget af magtanvendelser på. Men samtidig skal arbejdet udføres med omhu, og borgerne kan med fordel inddrages i det. Samme forsker siger:

Vi har en forpligtelse, ikke bare over for personalet og kollegaer, men også over for patienten: Vi skal hjælpe patienten til ikke at føle sig presset til at bruge vold. Og alle risikovurderinger – særligt brug af BVC – har som mål at forebygge den voldelige hændelse. Det hjælper at forebygge. Så får man mindre vold, og man forebygger mekaniske tvangsmidler [og fx] ekstramedicinering. Risikovurderinger og risikohåndtering må gå hånd i hånd. Man må se sammenhængen mellem de to.

Man bør også både forklare og inkludere patienten for at sikre en god behandling. [Men indtil for] ganske få år siden var det vanligt med risikovurderinger, at patienten ikke var inkluderet.

[Og så må] risikovurderinger også have en høj etisk standard, for [der kan være] falske positiver ... Det er overordentlig vigtigt, at de, som foretager risikovurderinger, faktisk kan jobbet. Fordi det at bruge et risikovurderingsværktøj forkert kan være værre end ikke at bruge det i det hele taget.

En international forsker (retspsykiatri) nævner, at forkert anvendte risikovurderinger kan gøre mere skade end gavn, fordi en meget rigid implementering i nogle tilfælde kan give unødvendige restriktioner, der be-

grænser enkelte borgeres hverdag på en måde, der kan opleves som provokerende.

På de to botilbud, der er brugt som cases, er medarbejderne generelt positive i forhold til at bruge BVC i deres daglige arbejde. De understreger i den forbindelse vigtigheden af at forebygge – altså støtte borgernes arbejde med bedre at mestre deres egen adfærd. Og at arbejdet med BVC blandt andet virker gennem den systematik, brugen af BVC bidrager med i det daglige arbejde. Denne systematik sikrer blandt andet god overlevering af viden om de enkelte borgere, fx når personaler afløser hinanden.

VOLDSEPIDODER OG EFTERBEARBEJDNING

Uanset hvor godt et forebyggende arbejde man udfører, kan ikke alle episoder af vold og udadreagerende adfærd undgås. Det er derfor vigtigt, at institutionerne har grundlæggende sikkerhedsprocedurer og færdigheder på plads. Hvordan disse præcis bør tilrettelægges, giver litteraturen dog ikke noget klart svar på.

Fra den ikke-konfronterende tilgang kan man tage med sig, at personalet i en del situationer bør søge at deeskalere og/eller trække sig frem for fx at sætte grænser. Personalet bør også have overskud til at handle hensigtsmæssigt i tilspidsede situationer, hvor beslutninger skal træffes her og nu. I den sammenhæng er det også af stor betydning, at medarbejderne føler tillid, såvel til hinanden som til ledelsen. Man skal dog holde sig for øje, at sådanne beslutninger kan være svære at træffe, og at de sjældent vil være uden omkostninger.

Både forskningen og besøgene på de to botilbud viser desuden, at efterbearbejdelse af kritiske hændelser er et vigtigt element i forebyggelsen af vold fremadrettet. Dette arbejde kan inkludere en ”debriefing”, hvor medarbejderne får talt episoden igennem og har fælles refleksioner over, hvad man kan lære af en given episode. Denne bearbejdning kan også være vigtig for de ansattes psykiske arbejdsmiljø (Inoue m.fl., 2011; McDonnell, 2010a; Moylan m.fl., 2016).

EN VIRKELIGHED I BEVÆGELSE

Både litteraturstudiet og interviewene på de to botilbud viser med stor tydelighed, at det voldsforebyggende arbejde indgår i en kompleks virke-

lighed. Dels er det borgere med meget komplekse problematikker, personalet arbejder med, dels spiller arbejdet på de enkelte botilbud og forsorghjem sammen med andre aktørers arbejde – et emne, der belyses yderligere i denne undersøgelses anden del. Endelig er dagligdagen på de enkelte botilbud og forsorghjem ikke statisk. Der sker kontinuerlige forandringer, hvilket igen understreger væsentligheden af medarbejdernes muligheder for i fællesskab at reflektere over, og eventuelt tilpasse, deres arbejde. At også borgergruppen forandrer sig over tid, fremhæver en af de interviewede ressourcepersoner, der arbejder med ledelse på overordnet niveau:

[På botilbuddene har vi jo] dem, vi normalt kalder dobbeltdiagnoserne – dem med tungt misbrug og tunge psykiske lidelser oveni. Så er der også folk, der aldrig har fået den diagnose, de skulle have haft. Det er jo folk, der bare har knaldet rundt hele deres liv, [og som tit] er meget udadreagerende. Dem har vi tit svært ved at gøre noget for og gøre noget med.

På nogle af vores tilbud er vi også begyndt at høre om [nye former for udfordringer fra] borgere med anden etnisk baggrund, som typisk har en eller anden form for posttraumatisk problemstilling. Vi har fx lige haft en situation med en afghansk ung mand. Det er jo tit nogle, der ikke har fået en diagnose ...

[Og de kan] oven i det have nogle kulturelle udfordringer, først og fremmest sprogligt. Det gør, at selve relationsarbejdet – som er noget af det, der skal forebygge den her adfærd – er svært ... Og det er en gruppe, der bliver større.

Denne forklaring stemmer godt overens med beskrivelsen af de vanskeligheder, som man på Strandengen har oplevet med borgeren Ali. Her er Alis begrænsede dansk kundskaber med til at vanskeliggøre arbejdet med ham. Hvis borgerne på forskellige botilbud og forsorghjem ændrer sig over tid, fx hen imod, at flere har etnisk minoritetsbaggrund, kan dette også have konsekvenser for, hvordan det voldsforebyggende arbejde kan tilpasses bedst muligt.

BEGRÆNSET VIDEN PÅ MANGE OMRÅDER

Et sidste tværgående tema er den store mangel på forskningsbaseret viden. Denne mangel fremgår tydeligt af litteraturstudiet. Uanset at SFI også har inddraget litteratur, der ikke stammer fra botilbud og forsorgshjem, men som er udført i hospitals- og retspsykiatrien, er der en udpræget mangel på evidens i forhold til mange emner. Af specifikke emner kan nævnes følgende:

- Der mangler sikker viden om omfanget af vold (Blando m.fl., 2015).
- Der mangler klar forskningsmæssig viden om, hvordan vold kan nedbringes, herunder om effekten af forskellige programmer, der søger at forebygge og håndtere vold (Gillespie, 2010; Lipscomb & El Ghaziri, 2013; McDonnell, 2010b; Phillips, 2016; Price m.fl., 2015).
- Der mangler forskning om inddragelse af borgerperspektivet i forhold til at begrænse forekomsten af vold (Eidhammer, Fluttert & Bjørkly, 2014).
- Der findes kun begrænset forskning om, hvorledes forskellige pædagogiske metoder virker i forhold til forskellige typer af borgere på botilbud (Bengtsson m.fl., 2015), herunder specifikt i forhold til reduktion af forekomsten af vold.

Også flere af de interviewede forskere og ressourcepersoner fremhæver, at forskning i problematikker om fx borgere med kognitiv udviklingshæmning eller med dobbeltdiagnoser og om praksis på botilbud, forsorgshjem og i bostøtte er begrænset. Man må håbe, at forskningen fremover vil dække flere sådanne emner.

AFRUNDING

Vold kan forebygges på primære, sekundære og tertiære niveauer. Det er den primære voldsforebyggelse, der har størst betydning, da det er her, at man kan forebygge konflikter, udadreagerende adfærd og vold. Nedenfor oplistes et antal punkter, der kan have betydning for det voldsforebyggende arbejde. Betydningen af disse punkter kan være forskellig, afhængigt af hvilke dele af den meget komplekse og forskelligartede borgergruppe givne botilbud og forsorgshjem arbejder med.

I forhold til personalets arbejde med borgerne kan fremhæves følgende:

- Et positivt relationsarbejde med borgerne er generelt af stor betydning. Et godt relationsarbejde handler i høj grad om god kommunikation, og her må man have blik for de særlige kommunikative udfordringer, der kan være i arbejdet med forskellige borgere.
- I det daglige arbejde kan en ikke-konfronterende tilgang og kompetencer i forhold til at deeskalere eventuelle konflikter være med til at forebygge vold.
- Inddragelse af borgerne kan have en stor, positiv betydning. Det kan fx ske ved, at man går i dialog med borgerne om, hvordan de oplever deres hverdag, og hvad der kan gøre dem stressede og udadretterende. Det kan også bestå i at understøtte borgernes kompetencer i forhold til at mestre deres egne handlemønstre på forskellig vis.
- Personalet skal være opmærksomt på, at borgernes liv påvirkes af begebenheder og relationer i forskellige domæner. Forhold uden for tilbuddet (fx familierelationer), inden for tilbuddet (fx relationen til andre beboere) og i borgeren selv (fx psykiske og fysiske udfordringer) kan påvirke hinanden. Her kan et opmærksomt personale tilbyde støtte til de enkelte borgere, når der er særlige behov, hvilket kan være vigtigt for fx at reducere stress.
- Et godt indhold i hverdagen, fx med mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter, har betydning.
- Det er vigtigt, at personalet viser god og tilstrækkelig omsorg, hvad angår borgernes psykiske og fysiske helbredstilstand.

I forhold til arbejdets tilrettelæggelse kan fremhæves følgende:

- Det generelle arbejdsmiljø har central betydning for botilbuds og forsorgshjems muligheder for at arbejde med forebyggelse af vold.
- Centralt for arbejdsmiljøet er god og støttende ledelse. Særlig vigtigt i forhold til forebyggelse af vold er ledelsens holdning til sikkerhed. Her kan forskellige organisationer have et forskelligt ”sikkerhedsklima” – indstillingen til fx sikkerhedsprocedurer, også når fastholdelse af sådanne procedurer kolliderer med hensyn til fx effektivitet.
- Samarbejdet mellem medarbejderne har også stor betydning. Her har oplevelser af social støtte fra kolleger positiv betydning. I medarbejdergrupper med et højt niveau af tillid og åbenhed vil der endvidere være bedre muligheder for at tale åbent om sikkerhedsspørgsmål. En sådan åbenhed, også i forhold til de enkelte medarbejdere,

bejderes oplevelser af fx utryghed i arbejdet, er vigtig og fremmes af et godt samarbejds-klima.

- I det komplekse arbejde med borgere med psykiske lidelser, kognitiv funktionshæmning og/eller sociale problemer er det vigtigt, at medarbejderne har mulighed for refleksion og læring, både i forhold til arbejdet generelt og specifikt i forhold til det voldsforebyggende arbejde.
- De fysiske rammer har betydning for forebyggelse af vold. Her er det fx vigtigt at give borgerne gode muligheder for ro og privatliv. Behagelige og vel vedligeholdte omgivelser kan også have positiv betydning. Andre opmærksomhedspunkter kan fx være sikring af gode lyskilder, indbydende udearealer og fraværet af fx lange, smalle korridorer.
- Sanseterapeutiske miljøer kan være et redskab, hvormed borgere kan reducere deres stressniveau, hvilket kan være med til at forebygge forekomst af vold.

Specifikt i forhold til det voldsforebyggende arbejde kan fremhæves:

- Struktureret arbejde med risikovurderinger kan være med til at forebygge vold. Det er her vigtigt ikke kun at fokusere på risici, men også at inddrage faktorer, der kan sænke niveauet af og forebygge aggression. Redskaber til risikovurdering bør endvidere ikke være for komplicerede og ressourcekrævende i daglig brug, og bør ikke anvendes på en for rigid måde.
- Det er vigtigt at være opmærksom på botilbuddets eller forsorgshjemmets fysiske indretning, herunder om der er gode flugtveje og muligheder for, at personalet kan skabe sig et tilstrækkeligt overblik.
- Alle medarbejdere på arbejdspladsen bør vide, hvordan man forholder sig til potentielt eller aktuelt truende situationer og her være i stand til at handle proaktivt i forhold til at sikre egen, kollegers og borgeres sikkerhed.
- Det er vigtigt at sørge for debriefing og støtte efter voldsepisoder – dels i forhold til de berørte medarbejdere, dels i forhold til andre borgere, der fx har overværet episoden. Endvidere kan det være væsentligt at bearbejde episoden med den borger, der har udvist uadædagerende adfærd.

DEL II

LITTERATURSTUDIE II – DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE OG FOREBYGGELSE AF VOLD

INDLEDNING

Temaet for denne anden del af rapporten er det tværsektorielle samarbejdes betydning for forebyggelse af vold på botilbud og forsorgshjem for borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Sådanne borgere har ofte ganske komplekse problemstillinger – fx en kombination af psykiske lidelser og misbrug – og de har ofte behov for støtte og behandling fra en række forskellige indsatser, samtidig med at de selv hverken kan eller skal koordinere disse indsatser.

Særlig væsentligt her er, at borgere med psykiske vanskeligheder ofte modtager – eller har modtaget – psykiatrisk behandling, der hører under sundhedsområdet og varetages af regionerne. Dermed skal der arbejdes på tværs af sundhedssektoren og den sociale sektor. Der har i en årrække været opmærksomhed på, at opdelingen mellem disse to forskellige sektorer kan skabe udfordringer for indsatsen for denne gruppe af borgere, og at indsatsen ofte med fordel kan integreres, samtidig med at en sådan integration ofte viser sig svær at gennemføre i praksis (Bengtsson & Knudsen, 2013).

Denne anden del af rapporten er, ligesom den forrige, opbygget i tre dele: et kapitel med et litteraturstudie, et kapitel med to cases og et

kapitel med tværgående temaer. De to casestudier tager afsæt i hhv. et botilbud og et forsorghjem, der – ud fra Socialstyrelsens viden – har gode erfaringer med det tværsektorielle samarbejde. Denne del af analysen bygger på interview, udført med ledere og medarbejdere fra de to udvalgte institutioner samt samarbejdspartnere. Her er i alt interviewet 18 personer. Et overblik over alle undersøgelsens interview findes i bilag 1.

EKSISTERENDE VIDEN PÅ OMRÅDET

I dette andet litteraturstudie indgår der – som i rapportens første litteraturstudie – både videnskabelige artikler og ”grå litteratur”, dvs. rapporter og afhandlinger, der ikke er publiceret via gængse, videnskabelige kanaler. Der anvendes litteratur forfattet på sprogene dansk, svensk, norsk og engelsk, og geografisk er studierne afgrænset til EU-lande, Norge, Schweiz, USA, Canada, New Zealand og Australien.

Litteratursøgningen var tilrettelagt til at fremfinde relevante studier fra perioden 2010-2016, der kombinerede følgende tre elementer:

- Tværsektorielle samarbejdsformer
- Botilbud eller forsorghjem for borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer
- Reduktion af fysisk eller psykisk vold.

Det viste sig, at den planlagte søgning gav et meget begrænset udbytte: Som beskrevet i kapitel 1 er litteraturen, der fokuserer på socialpsykiatri – frem for på hospitalspsykiatri – ikke særlig omfattende. Når der hertil knyttes, at bidrag samtidig skulle belyse både tværsektorielle samarbejdsformer og reduktion af vold, svandt antallet af titler yderligere ind, og de få kilder, som søgningerne i forskningslitteraturen frembragte, viste sig i praksis at have begrænset relevans. Dette er med andre ord også et område, hvor der mangler forskningsmæssigt velfunderet viden.

På grund af dette begrænsede resultat fra de planlagte systematiske søgninger går litteraturstudiet også i dette kapitel lidt ud over det oprindelige opdrag. Således inkluderes også studier, der belyser det tværsektorielle samarbejde generelt, uden at dette har et eksplicit voldsforebyggende sigte, og studier, der ser på tværsektorielt samarbejde mellem fx

hospitalspsykiatri og den sociale sektor, uden at fokus specifikt er på samarbejdet med botilbud og forsorgshjem.

ET UDFORDRENDE SAMARBEJDE

Litteratursøgningen viser, at der er mange ligheder på tværs af landegrænser i såvel udfordringer som løsnings tiltag i forhold til det tværsektorielle samarbejde, der sigter mod at forbedre indsatsen for borgere med fx alvorlige psykiske lidelser. Et litteraturreview fra 2012, der primært trækker på kilder fra perioden 2005-2011, viser således, at det er et gennemgående træk på tværs af mange lande, at der er et skel mellem den specialiserede hospitalspsykiatri og mere generelle sociale indsatser – et skel, der udspringer af et grundlæggende forhold i organiseringen af arbejdet med borgere med alvorlige psykiske lidelser i den vestlige verden i dag. I forskellige lande forsøger man ofte at overkomme de udfordringer, dette sektorskel kan medføre, på måder, der tit ligner hinanden. Internationalt søges skellet overkommet ved hjælp af fx formaliserede samarbejder af forskellig slags og via brug af opsøgende teams, case management og lignende (Johansen, Larsen & Nielsen, 2012).

Det tværsektorielle samarbejde fokuserer endvidere i nogle tilfælde på specifikke overgange og dermed på en specifik form for samarbejde mellem to instanser. Det kan fx være samarbejde mellem psykiatriske eller retspsykiatriske afdelinger og den sociale sektor, når patienter udskrives efter at have været indlagt (Fernandes & Flak, 2012; Forchuk m.fl., 2013; Cherner m.fl., 2014).

Litteraturen viser også, at det tværsektorielle samarbejde i forhold til den undersøgte type af borgere langt fra altid fungerer optimalt i praksis (Johansen, Larsen & Nielsen, 2012; Reilly m.fl., 2012; Martin & Hirdes, 2014), uanset at sådan et samarbejde har stor betydning for god omsorg og behandling, blandt andet af borgere med dobbeltdiagnoser (altså samtidigt misbrug og psykisk lidelse) (Phillips, McKeown & Sandford, 2010).

At der er ligheder internationalt, fremgår også af et studie af policy-dokumenter om tværsektorielt samarbejde i forbindelse med borgere med alvorlige psykiske lidelser. På grundlag af dokumenter fra engelsktalende lande som Australien, New Zealand, Canada, Irland og Storbritannien viser studiet, at det i vidt omfang er de samme sektorer og de samme samarbejdsudfordringer, der går igen på tværs af national og regional geografi. Ud over at der er betragtelige ligheder i politikkerne, viser dette

studie også, at man generelt forsøger sig med flerstrengede tiltag, når man ønsker at forbedre det tværsektorielle samarbejde i forhold til indsatser for de ovenfor nævnte borgere (Diminic m.fl., 2015).

STUDIER FRA EN IKKE-SKANDINAVISK KONTEKST

Et land, hvorfra der kan findes flere studier om tværsektorielt samarbejde i forhold til borgere med psykiske lidelser, er Australien, der i de seneste år har søgt at forbedre indsatsen på dette område (Chong, Aslani & Chen, 2013). Et internationalt metastudie herfra om emnet (Whiteford m.fl., 2014) belyser forskellige former for systemintegration – hvor eksisterende systemer ændres på forskellig vis. Studiet ser ikke på indsatser, der søger at optimere brugen af eksisterende systemer, uden at disse ændres.

Til studiet har Whiteford m.fl. screenet ca. 1.600 studier, og de inkluderer 40 i reviewet. I forhold til denne rapport's fokus må det fremhæves, at de udvalgte indsatser inkluderer nogle, der er rettet mod en langt bredere gruppe af borgere end dem, der i Danmark bor på botilbud og forsorgshjem.

På baggrund af de gennemgåede studier klassificerer forskerne de beskrevne samarbejdsformer i følgende ni kategorier, hvor en given indsats samtidig kan indeholde elementer fra flere kategorier (Whiteford m.fl., 2014):

- *Koordinationsgrupper* – Tværsektorielle koordinations- eller samarbejdsgrupper
- *Samlede indsatsplaner* – En samlet indsatsplan for den enkelte borger, hvoraf de forskellige partners ansvarsområder fremgår
- *Samarbejdsaftaler* – Formelle tværsektorielle samarbejdsaftaler
- *Uddannelse* – Uddannelse af personale på tværs af sektorer, blandt andet med henblik på at øge forståelse for hinandens kulturer og rammevilkår
- *Informationssystemer* – Fælles informationsudvekslingssystemer
- *Fælles finansiering* – Fælles finansieringsgrundlag ("blended funding") for at sikre sammenhæng mellem den økonomiske og den indholdsmæssige side af integrerede forløb

- *Samarbejdende teams* – Tværsektorielle teams, der samarbejder løbende om at sikre givne borgere en samlet service
- *”Co-location”* – Samling af forskellige tilbud/indsatser på samme adresse
- *Fælles ledelse* – Samling af forskellige indsatsers ledelse i en enkelt instans.

I metastudiet konkluderer forskerne endvidere, at tværsektorielt samarbejde ser ud til at kunne bibringe en lang række positive resultater: Fx ser det ud til, at borgerne opnår bedre resultater, såvel i forhold til deres mentale udfordringer som på andre områder, når der samarbejdes godt på tværs af sektorer. Et sådant samarbejde ser også ud til at kunne sikre en bedre udnyttelse af økonomiske ressourcer, ligesom det gør ikke-sundhedsfagligt personale bedre i stand til at håndtere udfordringer forbundet med psykiske lidelser (Whiteford m.fl., 2014).

I forhold til, hvad der fremmer det tværsektorielle samarbejde, fremhæver studiet følgende faktorer:

- Forbedret kommunikation mellem forskellige instanser og efterfølgende adgang til tværfaglige ressourcer og netværksrelationer.
- Klar ledelsesmæssig opbakning til integration og sikring af måder, hvorpå man tidligt kan løse udfordringer og konflikter.
- Opbygning af en større gensidig forståelse på tværs af sektorgrænser.
- Klar fordeling af roller og ansvar.

I forhold til, hvad der hæmmer det tværsektorielle samarbejde, fremhæves følgende faktorer (Whiteford m.fl., 2014, s. 900-903):

- Mangel på tilstrækkelige økonomiske ressourcer og tilstrækkelig teknologi.
- For store arbejdsbyrder for de involverede medarbejdere.
- Kampe eller uenigheder om forskellige partners kompetence- og ansvarsområder.
- Manglende sikring af, at integrationsstrategier implementeres som planlagt.
- Udfordringer om informationsudveksling/tavshedspligt.
- Vanskeligheder ved at opretholde de involverede parters engagement over tid.

De studier, der anvendes i dette litteraturstudie, har undersøgt det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med indsatser over for forskellige typer af borgere med psykiske udfordringer (fx unge, arbejdsløse eller hjemløse). Studierne er udført i forskellige nationale kontekster og har haft forskellige tilgange til at forbedre det tværsektorielle samarbejde. Samlet set viser de inddragede studier, at tværsektorielt samarbejde dels kan medføre forbedringer af forskellig slags, dels at det ofte kan være udfordrende at opnå og fastholde de ønskede forandringer. Som det også gjorde sig gældende i forhold til voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem generelt, kan man på baggrund af dette review dermed ikke pege på en enkelt løsning i forhold til at skabe et godt samarbejde på tværs af sektorer.

I Whiteford m.fl., 2014, påpeges det også, at der er en mangel på metodisk velfunderet forskning på området: Uanset at man begyndte med ca. 1.600 studier, blev kun 40 af disse fundet gode nok til at blive inkluderet i metastudiet. Af disse 40 studier var det endvidere kun 14 studier, der trak på et design med en kontrolgruppe i en eller anden form. Især med hensyn til indsatser over for voksne borgere var der en mangel på veludvalgte studier, der inkluderede kontrolgrupper. Der var med andre ord en særlig mangel på metodisk stærke studier i forhold til den gruppe, som har størst relevans for indeværende rapport.

Ovenstående konklusioner genfindes i vidt omfang i et andet australsk metastudie – baseret på et litteraturstudie og input fra en ekspertgruppe, der skulle sikre, at de forskningsbaserede forslag til forbedringer af det tværsektorielle samarbejde havde størst mulig relevans i forhold til praksis (Fuller m.fl., 2011). Dette studie ender med at komme med fem anbefalinger om, hvordan det tværsektorielle samarbejde i forhold til borgere med fx psykiske lidelser kan forbedres (Fuller m.fl., 2011, s. 6):

- Det skal sikres, at der er organisatorisk støtte til samarbejde og integration.
- Muligheder for fælles planlægning og problemløsning skal faciliteres.
- Der skal udvikles fælles lokale retningslinjer (fx i forhold til kriseplaner, henvisningsprocedurer og retningslinjer for opfølgning) gennem jævnlige møder og fælles planlægningsprocesser.
- Der skal tilbydes kurser og lignende til medarbejdere, der arbejder på området.

- Der skal etableres måder, hvorpå samarbejdspartnere kan modtage feedback om resultaterne af deres indsats.

Det sidste punkt – vigtigheden af feedback om resultaterne af en given indsats på tværs af systemgrænser – fremhæves af Fuller m.fl. som værende et centralt punkt. Samtidig kan det dog være svært at sikre, at noget sådant sker, blandt andet på grund af manglende kommunikationskanaler og på grund af regler om fx tavshedspligt.

I forhold til arbejdet med borgere på botilbud viser litteraturstudier, udført i Danmark, tilsvarende, at integrerede indsatser generelt er bedre for borgerne end opdelt indsatser (Bengtsson & Gregersen, 2013; Johansen, Larsen & Nielsen, 2012). En nærmere beskrivelse af en række forskellige integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser fremgår af en forskningsoversigt fra 2013 (Bengtsson & Gregersen, 2013), hvor blandt andet følgende indsatser beskrives:

- Home Treatment
- Assertive Outreach/Assertive Community Treatment
- Shared Care, Collaborative Care
- Care Management/Case Management
- Netværksmetoder, Åben Dialog.

Forskningsoversigten konkluderer, at der er ganske stærk evidens for at anvende den amerikanske model Assertive Outreach/Assertive Community Treatment. Modellen – hvor et opsøgende og integreret team er samlet omkring borgeren, og en socialarbejder har myndighed til at træffe afgørelser – er ganske omfattende og indebærer dermed en høj grad af tværsektorielt samarbejde. Også den britiske model, Shared Care, er baseret på en vis grad af evidens.

For andre metoder, der belyses i forskningsoversigten, er der ikke nogen særlig stærk evidens, blandt andet fordi en del af indsatserne ikke er undersøgt tilstrækkeligt. Forskningsoversigten konkluderer også, at den danske opdeling mellem regioner (der står for behandling) og kommuner (der står for sociale indsatser) kan vanskeliggøre implementering af en model som Assertive Community Treatment (Bengtsson & Gregersen, 2013). Endvidere vurderes integrerede indsatser ofte positivt, såvel af borgerne selv som af medarbejderne (Bengtsson, Jørgensen & Grønfeldt,

2013). En sådan indsats ser også ud til – ved korrekt planlægning og implementering – at kunne spare økonomiske midler (Ovretveit, 2011).

Uanset at de her refererede studier ikke beskæftiger sig specifikt med forebyggelse af vold, dokumenterer de altså, at nogle af de integrerede indsatser har dokumenterede positive effekter i forhold til borgerne. Sådanne indsatser må dermed formodes også at være velegnede til voldsforebyggelse på det primære niveau, hvor en sikring af fx god behandling og omsorg blandt andet forebygger stress hos borgerne.

Til slut kan nævnes, at indsatsen i forhold til borgere med psykiske lidelser også kan tilrettelægges på en måde, hvor der som udgangspunkt ikke bliver nogle sektorgrænser, som skal krydses. Her kan nævnes den såkaldte ”Trieste-model”, en tilgang til behandling og støtte af personer med psykiske lidelser, der er udviklet i den italienske by Trieste. Tilgangen, der er blevet kaldt ”verdens mest progressive” af verdenssundhedsorganisationen WHO, blev igangsat i 1970’erne (Portacolone m.fl., 2015). I forbindelse med en reform af den italienske psykiatrilovgivning flyttede man over tid borgere med psykiske lidelser ud af datidens store psykiatriske hospitaler og ind i lokalsamfundet. Her var – og er det fortsat – ambitionen, at der skal være plads til borgere med psykiske lidelser, og at man i den integrerede indsats i forhold til disse borgere sætter mennesket, frem for lidelsen, i centrum.

I Trieste er der derfor opbygget en infrastruktur med en lang række forskellige servicier, hvoraf nogle har åbent 24 timer i døgnet, syv dage om ugen. Centralt i denne tilgang er etablering af såkaldte CMHC’er – ”community mental health centers”, altså lokale centre for psykisk sundhed. Disse centre står i centrum for en lokal indsats, hvor man henvender sig ét sted med alle typer af psykiatriske behov, og hvor alle behov som udgangspunkt kan dækkes lokalt (Rosen m.fl., 2012, s. 32).

Trieste har fire sådanne centre, der hver dækker et område på omkring 60.000 indbyggere. I tilknytning til hvert af disse fire centre er der beskyttede boliger, dagcenter, jobmuligheder (blandt andet muliggjort af regler om skattefritagelse ved ansættelse af borgere på særlige vilkår), akutte sengepladser med kvalificeret personale tilknyttet mv. Man har med andre ord opbygget ét lokalt forankret system, der kan dække borgernes mangeartede behov, uden at de behøver at forlade det lokalsamfund, hvor de bor. Det har vist sig, at man med denne fuldt integrerede tilgang kan undgå mange af de problemer, der kan opstå, når borge-

re skal bevæge sig mellem forskellige sektorer, som det fx normalt er tilfældet i Danmark.

Trieste-modellen har inspireret arbejdet med borgere med psykiske lidelser i en lang række lande. Erfaringerne fra disse lande, såvel som fra resten af Italien, viser dog, at det kan være vanskeligt at eksportere Trieste-modellen til andre kontekster (fx Portacolone m.fl., 2015; Røelandt m.fl., 2014; se Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, for inspiration fra andre lande på dette område).

SKANDINAVISKE ERFARINGER

Også i Sverige og Norge har man ønsket at forbedre det tværsektorielle samarbejde i forhold til personer med blandt andet psykiske lidelser. I Sverige førte en psykisk syg mands mord på den svenske udenrigsminister Anna Lind i 2003 til en undersøgelse, der konkluderede, at der var behov for at forbedre samarbejdet, hvorefter den svenske regering afsatte 70 mio. euro til at forbedre integrationen på området (Liljegren, 2013). I Norge blev der i 2010 vedtaget en ”Samhandlingsreform”, der skulle forbedre sammenhængen inden for sundhedssektoren (Andvig, Syse & Severinsson, 2014).

Også fra disse lande fremgår det, at samarbejde på tværs af sektorer til gavn for borgere med fx alvorlige psykiske lidelser langt fra altid fungerer optimalt. Et svensk interviewbaseret studie fremdrager således faktorer som kommunikationsproblemer, uklarheder i forhold til roller og ansvar og en kultur med ”os og dem” (i hhv. hospitalspsykiatrien og i den sociale sektor) som noget, der hæmmer det tværsektorielle samarbejde (Magnusson & Lützné, 2009).

Fra Norge, hvor der også (på linje med i Danmark) er en udvikling imod kortere hospitalsophold og en øgning af det kommunale ansvar for personer med psykiske lidelser, har man blandt andet set på, hvordan et kommunikationsværktøj som videokonferencer kan være med til at forbedre samarbejdet mellem aktører, som geografisk befinder sig langt fra hinanden (Trondsen m.fl., 2012).

Endelig kan nævnes et svensk studie, som har fulgt møderne i otte forskellige strategiske samarbejdsråd (på svensk: ”strategiske samverkansråd”; Liljegren, 2013). Studiet viser, at disse fora fungerer på meget forskellig vis forskellige steder i Sverige. Vigtigst for rådene er ud-

veksling af informationer mellem de parter, der mødes, og i nogle råd er dette den eneste aktivitet. Andre råd kan i forskelligt omfang også arbejde med at identificere tværgående problemer og organisere fælles begivenheder. Endelig kan noget af rådernes arbejde handle om, hvordan de organiserer sig selv. Dermed består en del af rådernes arbejde af at afgøre, hvor og hvor ofte man afholder møder, hvad man skal beskæftige sig med og hvordan man træffer beslutninger (noget, der kunne ske på ganske forskellig vis i forskellige råd; Liljegren, 2013). Der kan med andre ord være betragtelige forskelle i det tværsektorielle samarbejde, selv på tværs af den samme form for forum og inden for et enkelt lands grænser. Sådanne forskelle kan gøre det vanskeligt at generalisere omkring det tværsektorielle samarbejde, selv når det drejer sig om arbejdet i den samme form for samarbejdsinstans.

DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE I EN DANSK KONTEKST

Ligesom i udlandet udspringer en væsentlig del af udfordringerne ved det tværsektorielle samarbejde i Danmark af skellet mellem en specialiseret hospitalsbaseret psykiatri i regionerne og forskellige kommunale aktører. Historisk er situationen altså præget af den opsplittning, der skete mellem hospitals- og socialpsykiatri i 1980'erne (Mikkelsen m.fl., 2013), og af de strukturelle ændringer, der har været inden for de seneste årtier, fx med kommunalreformen og nedlæggelsen af amterne i 2007 (Bengtsson, 2011). Endvidere peger Johansen, Larsen & Nielsen (2012) på, at der i de seneste år også er sket en opgaveglidning, hvor kommunerne nu skal løfte opgaver, som sygehusene tidligere varetog. Dels kan kortere indlæggelser og mere ambulante behandling give kommunerne nye opgaver, dels kan involveringen af mange aktører skabe et stort behov såvel for koordinering som for afklaring af både centrale begreber og sektorgrænser (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011).

Et indblik i udfordringerne i en dansk kontekst fremgår af studiet ”Cross-sector problems of collaboration in psychiatry” (Mikkelsen m.fl., 2013). Studiet anvender interview med ansatte fra såvel hospitals- som socialpsykiatri og belyser deres oplevelser af det tværsektorielle samarbejde. Et generelt tema er, at der fra hvert system mangler forståelse for, hvordan det system, man ikke er en del af, fungerer. Endvidere synes koordineringen af de to systemer ikke at fungere optimalt.

Forfatterne mener, at en multidimensionel tilgang er nødvendig, hvis man skal forbedre samarbejdet og dermed hæve kvaliteten af den

service og behandling, som borgerne modtager. Her skal man dels forbedre koordinationen af borgernes behandling, dels øge interaktionen, forståelsen og respekten imellem de to systemer. Konkrete tiltag kan være bedre procedurer i forbindelse med fx ind- og udskrivning, en mere klar fordeling af roller og et tættere samarbejde, også når en borger fx er blevet indlagt. Et tættere samarbejde kan også modvirke stereotypificering af medarbejderne i det system, man ikke selv er en del af, og øge forståelsen for hinandens forskelligartede vilkår og muligheder (Mikkelsen m.fl., 2013). Dette danske studie lægger sig dermed op ad konklusionerne fra de ovenfor nævnte australske metastudier (Fuller m.fl., 2011; Whiteford m.fl., 2014). Vigtigheden af forståelse for andre faggrupper på tværs af sektorer fremgår også af en ny undersøgelse af sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (Folker m.fl., 2017).

En undersøgelse af ti cases med vold på botilbud og forsorgshjem viser i forlængelse heraf, at der i en del af de undersøgte problemer var en manglede videndeling og koordinering, når borgere fx bevægede sig frem og tilbage mellem botilbud/forsorgshjem og psykiatriske indlæggelser (Overgaard & Ørsted, 2010).

En gruppe, der har et særligt behov for et godt tværsektorielt samarbejde, er som sagt borgere med samtidigt misbrug og psykiske lidelser (Henriksen m.fl., 2013). Her konkluderer en undersøgelse fra 2011, der bygger på empiri fra en række danske kommuner, at der er behov for følgende:

Udvikling af effektive og hensigtsmæssige koordinerings-/samarbejdsmodeller internt i den enkelte kommune på tværs af myndigheder og sektorer med inddragelse af alle relevante aktører; herunder socialpsykiatri, socialforvaltning, beskæftigelsesindsats, misbrugsbehandling, pårørende med flere. Samtidig er det afgørende at udvikle hensigtsmæssige koordinerings-/samarbejdsmodeller mellem kommunale og regionale tilbud; herunder behandlings- og socialpsykiatri og misbrugsbehandling samt Kriminalforsorgen (Hagensen m.fl., 2011).

BOKS 4.1

Udvalgte redskaber til koordinering af enkeltsager.

Social handleplan (SEL § 141)

Redskab, der benyttes i den sociale indsats, som skal indkredse de kort- og langsigtede mål for borgeren, og hvilken indsats der skal til, for at borgeren kan nå målene. Der kan være operationelt underniveau til handleplanen. Det kan eksempelvis være pædagogiske planer, samarbejdsaftaler mv.

Behandlingsplan (psykiatriloven, § 3 stk. 3)

Alle mennesker, som indlægges på en psykiatrisk afdeling, får udarbejdet en behandlingsplan jf. psykiatriloven. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten, som skal have udleveret en kopi. Af behandlingsplanen fremgår målet med indlæggelsen, hvilke undersøgelser og behandlinger der er påtænkt. Desuden indgår en vurdering af behovet for sociale tiltag, patientens holdning til planen og tidspunkt for opfølgning.

Udskrivningsaftale (psykiatriloven § 13a)

I forbindelse med udskrivning af en patient, som må antages ikke selv at opsøge den nødvendige behandling og støtte efter udskrivning, skal der jf. psykiatriloven indgås en udskrivningsaftale. Denne aftale indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

Koordinationsplan (psykiatriloven § 13b)

Hvis en patient ikke vil medvirke til at udarbejde en udskrivningsaftale, skal den psykiatriske afdeling i stedet udarbejde en koordinationsplan. De nødvendige samarbejdsparter må gerne kontaktes og informeres om patientens tilstand og behov – uden patientens samtykke. Målgruppen for koordinationsplanen er mennesker med svær sindslidelse, misbrugsproblemer og/eller store sociale udfordringer, som er vanskelige at fastholde i en nødvendig behandling efter udskrivning.

Koordinerende indsatsplaner

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udgivet retningslinjer for indsatsen for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Retningslinjerne skal give bedre mulighed for en koordineret og mere individuel indsats, og fungere som udgangspunkt for, at regioner og kommuner kan lave lokalt tilpassede modeller.

Kilde: Henriksen m.fl., 2013; Sundhedsstyrelsen, 2014.

Også i forhold til borgere med dobbeltdiagnoser synes integreret behandling (hvor begge lidelser behandles samtidigt) at give de bedste resultater (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010, s. 17). Fire væsentlige redskaber til koordinering af enkeltsager fremgår af boks 4.1.

FORSKELLE OG FORANDRINGER I DANSK TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

Facilitering af det tværsektorielle samarbejde kan være ganske kompliceret, da samarbejdet potentielt involverer en lang række forskellige partnere. Her er der i Danmark (tilsvarende eksemplet fra de svenske ”strategi-

ske samverkansråd” (Liljegren, 2013)) endvidere regionale forskelle på, hvordan forskellige indsatser i praksis tilrettelægges. Det er også et område, hvor der pågår forskellige aktiviteter for at forbedre det tværsektorielle samarbejde, fx på forsøgsbasis. Dette gør feltet kompliceret at overskue og beskrive. Af en redegørelse fra 2013 fremgår det således, at man i en kortlægning af psykiatriområdet identificerede over 80 igangværende samarbejdsprojekter mellem kommuner og regioner, der skulle skabe bedre sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, s. 26). For eksempler på forskellige former for samarbejde, se fx Ballesby, 2011; Buch, Thygesen & Johansen, 2014; FOA m.fl., 2012; Petersen, Wiuff & Buch, 2014; Vitus & Kjær, 2011.

Konteksten for samarbejdet er en virkelighed i stadig forandring. Det belyses blandt andet senest i rapporten *Opgaveudvikling på psykiatriområdet – Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger* (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011, s.7). Rapporten konkluderer blandt andet følgende:

- Antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget.
- Kortere indlæggelser og mere ambulante behandling giver kommunerne nye opgaver.
- Mange aktører giver et stort behov for koordinering.
- Der er behov for at afklare centrale begreber og sektorgrænser.
- Der er behov for en samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommunerne.

Ifølge rapporten er det samlede antal sengedage i psykiatrien faldet med 20 pct. i perioden 2000-2008. De kortere indlæggelser giver kommunerne flere opgaver i relation til borgere med alvorlige psykiske lidelser, da ”de borgere, som bliver udskrevet fra de psykiatriske hospitaler, er mere syge og dermed mere omsorgs- og plejekrævende” (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011, s.27). Sådanne borgere kan dermed sjældnere klare sig uden hjælp og kan have behov for enten plads på et botilbud eller for bostøtte.

En yderligere årsag til udfordringer i det tværsektorielle samarbejde er løbende forandringer, der ikke er koblet på tværs af sektorer. Som en rapport om det tværsektorielle samarbejde i én del af Danmark

(på tværs af psykiatrien i Region Sjælland, Vordingborg Kommune og almen praksis) formulerer det i forordet:

En væsentlig årsag til, at samarbejdet er vanskeligt at koordinere, er, at det berører flere enheder og sektorer, som løbende gennemgår større indholdsmæssige og/eller organisatoriske ændringer og derved ændret ansvarsfordeling og ændrede arbejdsgange. En anden væsentlig årsag er løbende lovændringer, som også betyder ændrede samarbejdsflader såvel internt i kommunen og regionen som på tværs af sektorerne (Petersen, Wiuff & Buch, 2014, s. 3).

Løbende forandringer er altså endnu en udfordring for etablering og fastholdelse af et godt, tværsektorielt samarbejde.

En anden potentiel udfordring for samarbejdet er en kompleks lovgivning på området. Et overblik over den relevante lovgivning kan findes i publikationen *Beskrivelser af initiativer og lovgivning på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet vedrørende sikkerhed og forebyggelse af vold* (Socialstyrelsen, 2016a).

TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE OG FOREBYGGELSE AF VOLD

Som det fremgår af ovenstående, handler studier af det tværsektorielle samarbejde sjældent specielt om at forebygge vold. Samtidig kan et godt samarbejde dog være væsentligt, da det medvirker til primær voldsforebyggelse (Berring, 2015) – dvs. at behandling og omsorg fungerer godt, og at man herigennem forebygger, at der sker optræk til vold.

Det gode samarbejde kan fx være med til at reducere mængden af stressende situationer – hvor en borger fx skal vente på at modtage en nødvendig indsats. Det kan desuden støtte op om bevarelsen af nære relationer mellem borgeren og relevante professionelle, sikre, at alle involverede parter deles om væsentlig viden om borgeren og koordinere dennes behandling, samt sikre, at ansvar i forhold til borgeren er klart placeret.

På sekundære og tertiære niveauer kan et godt tværsektorielt samarbejde også bidrage til voldsforebyggelse. Her handler det fx om, hvilke muligheder et botilbud har for at få tilset, og eventuelt indlagt, en borger, der i stigende grad bliver urolig eller psykotisk, hvordan behand-

lingen her efterfølgende forløber, og på hvilken måde borgeren vender tilbage til botilbuddet. Vigtigt er også, hvordan samarbejdet er med fx politiet, der kan tilkaldes i forbindelse med (optræk til) voldsepisoder. Også god kommunikation omkring risikovurderinger, fx når borgere udskrives efter en indlæggelse, kan være væsentligt.

Omvendt kan et mangelfuldt samarbejde forringe virkningen af forskellige indsatser og fragmentere relationer med negative konsekvenser for forebyggelsen af vold. Et dårligt/mangelfuldt samarbejde kan naturligvis også have negative konsekvenser, når der er optræk til – eller når der forekommer – vold. Dette fremgår blandt andet af en gennemgang af ti cases om voldsepisoder på botilbud og forsorgshjem, der konkluderer følgende:

[Casene] bærer præg af en manglende helhedsorientering i relation til det tværsektorielle samarbejde. Dette gælder både videndeling og koordinering på tværs af sektorer og internt i kommunerne og i forhold til at gøre brug af eksisterende redskaber til understøttelse af et tværsektorielt samarbejde. Manglende videndeling og koordinering er særligt et problem i sager om borgere med psykiske lidelser og social udsathed. I disse sager modtager borgerne behandling fra mange forskellige aktører i forskelligt offentligt regi. Dette kræver et tæt samarbejde med brug af koordinerende redskaber til at understrege sagens komplekse problemstillinger og fastholde ansvar og aftaler. Det kan konkluderes af undersøgelsen, at lovgivningen på området allerede understøtter det tværsektorielle samarbejde via muligheden for brugen af § 141 handleplaner, koordinationsplaner, udskrivningsaftaler, koordinerende indsatsplaner og PSP-samarbejde. Der mangler således ikke redskaber eller retningslinjer. Der er snarere tale om, at der ikke sker en tilstrækkelig brug af disse redskaber, ligesom der sker en ansvarsfraskrivelse, når borgerne sendes videre fra det ene system til det andet (Overgaard & Ørsted, 2016, s. 8).

AFRUNDING

Dette litteraturstudie viser, at der er en meget begrænset mængde litteratur, der specifikt beskæftiger sig med, hvordan det tværsektorielle samarbejde, som botilbud og forsorgshjem indgår i, kan forebygge forekomsten af vold.

På den ene side kan det konkluderes, at der er evidens for, at integrerede indsatser ofte virker godt for borgerne og dermed kan være med til

at forebygge vold. En fuld integration, som man fx finder det i den italienske by Trieste, har således vist sig at være gavnlig for borgere med psykiske udfordringer, uden at den fx koster flere ressourcer. Også studier, der belyser andre former for integration på tværs af sektorgrænser, viser generelt, at disse indsatser giver bedre resultater for borgerne, uden at de nødvendigvis er dyrere end de ordinære indsatser. På den anden side viser litteraturen også, at der er mange udfordringer i at etablere og fastholde en tværsektoriel integration i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer.

I Danmark har man årelang erfaring med det tværsektorielle samarbejde. Det drejer sig både om etablerede samarbejdsformer som fx PSP-samarbejdet, om særligt tilrettelagte samarbejdsprojekter (som der har været, og er, en lang række af) og om lokale samarbejder, som finder sted hver eneste dag landet over.

Når samarbejdet fungerer mindre godt, kan det, som rapporten fra Overgaard & Ørsted (2016) fremhæver, medvirke til at øge forekomsten af vold på botilbud og forsorgshjem. Der kan fx være manglende deling af viden om risikofaktorer, eller et dårligt samarbejde kan resultere i en dårligere behandling af borgerne, end de ellers ville få. Hvordan samarbejde med forskellige instanser kan udfolde sig, belyses i næste kapitel, der trækker på materiale fra to tilbud og fra en del af deres samarbejdspartnere.

TO CASES OM DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

INDLEDNING

Til dette kapitel har SFI udført interview, dels med ledere og medarbejdere på to institutioner, dels med et udvalg af professionelle, der samarbejder med disse to institutioner. De to institutioner er udvalgt af Socialstyrelsen, der anser dem for at være steder, der kunne bidrage med gode erfaringer med det tværsektorielle samarbejde.

- Det første botilbud, kaldet *Bakkehuset* (pseudonym), er et kommunalt tilbud med 16 pladser til borgere med svære sindslidelser og misbrug (serviceloven § 108). En stor del af borgerne har dom til behandling. Til denne del af undersøgelsen er interviewet en leder, tre medarbejdere samt tre samarbejdspartnere.
- Det andet tilbud, kaldet *Egedal* (pseudonym), drives ligeledes i kommunalt regi. Stedet har flere forskellige former for tilbud samlet på samme matrikel, blandt andet midlertidige og længerevarende botilbudspladser under servicelovens §§ 107 og 108 og pladser på forsorgshjem (serviceloven § 110). En del af borgerne har psykiske lidelser og dom til behandling. Målgruppen for pladserne på forsorgshjemmet er hjemløse, der ofte også har andre udfordringer, fx i

form af misbrug. Til denne del af undersøgelsen er interviewet en leder, fire medarbejdere og seks samarbejdspartnere (se bilag 1).

Borgerne på de to besøgte tilbud har ganske komplekse problemstillinger. En stor del har såvel psykiske lidelser som misbrug, og nogle kan til tider være udadreagerende.

For at sikre en god omsorg er det for begge botilbud vigtigt at samarbejde med en lang række instanser. Som lederen på Egedal udtrykker det: ”I et voldsforebyggelsesperspektiv kan man sige, at jo flere funktionsnedsættelser, desto højere grad af koordinering og forventningsafstemning er nødvendig: Hvem har hvilke roller?” Af væsentlige samarbejdspartnere (der kan være placeret i den regionale, den kommunale eller den private sektor) kan nævnes fx hospitalspsykiatri, distriktskykiatri, retspsykiatri, misbrugsbehandling, praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, kommunale sagsbehandlere (evt. fra forskellige forvaltninger), kriminalforsorg og politi.

En yderligere udfordring kan udspringe af nogle borgeres indstilling til at modtage behandling. Som en psykiatrisk overlæge udtrykker det:

[Disse borgere kræver en særlig indsats, for de] er vanskelige. De er meget ressourcekrævende: De er misbrugere, de mener ikke, de er syge, og de synes ikke, de skal tage deres medicin. De gør, hvad de kan, for at unddrage sig alt, hvad der hedder psykiatri.

I det følgende beskrives det tværsektorielle samarbejde omkring disse borgere, fortalt af såvel medarbejdere på Bakkehuset og Egedal som af deres samarbejdspartnere.

SAMARBEJDETS START – VISITATION OG INDSKRIVNING

Arbejdet på og samarbejdet med de to tilbud afhænger i høj grad af, hvilke borgere de har boende, dvs. at visitationen til de to institutioner er af central betydning: Det er her, man kan søge at sikre, at borgerens profil passer til tilbuddet, og her man kan etablere en samarbejdsrelation med fx den kommune, der ønsker, at en given borger tager ophold. På dette tidspunkt kan der også med fordel etableres en god samarbejdsrelation med borgeren selv.

Da Bakkehuset er et § 108-tilbud – altså et varigt tilbud – med kun 16 pladser, er det begrænset, hvor ofte her kommer nye beboere. Botilbuddets borgere har i mange tilfælde været institutionaliseret i hovedparten af deres voksne liv og er ankommet til Bakkehuset fra fx retspsykiatrien, hospitalspsykiatrien eller fra et andet botilbud. Bakkehusets leder fortæller følgende om samarbejdet i forhold til at sikre en rolig indslusning af nye borgere:

[Nye borgere] kommer på besøg med en medarbejder [fra fx retspsykiatrien] og deres sagsbehandler fra kommunen. Og så kigger de på, hvad vi er for et sted. Hvis de siger ja til [at komme på Bakkehuset], aftaler sagsbehandleren det videre forløb med den afdeling, de er indlagt på – med hensyn til udskrivning og indflytning og hjælp til møbler, og hvad de ellers skal have. Så tager vi ud og besøger dem på deres afdeling og i sidste ende til en udskrivningssamtale om medicinering og den slags. Det, der er vigtigt i den indføringsfase, er, hvordan de har fået hjælp til økonomi, cigaretter, medicin osv. Meget af arbejdet med den her målgruppe handler om meget lavpraktiske ting, så de kan overskue livet.

Som det fremgår, sikrer man, at en ny beboer får en rolig og velplanlagt overgang til Bakkehuset. Med besøg, udskrivningssamtale og grundig informationsudveksling stiler man mod at sikre, at borgerens indflytning på Bakkehuset bliver så glat og ustressende som muligt. Da skift generelt kan være meget stressende for borgere med fx alvorlige psykiske lidelser, er denne omhu i samarbejdet om indflytning også en del af det voldsforebyggende arbejde.

På Egedals forsorgsdel (§ 110) er forholdene omkring visitation og indskrivning noget anderledes. I sagens natur er der her en ganske stor gennemstrømning af personer på korterevarende ophold, og indskrivningen kan foregå ”fra gaden” og således uden kendskab til en borgers fortid. Egedal har derfor heller ikke nødvendigvis nogen umiddelbar viden om, hvem relevante samarbejdspartnere til en given borger er. Lederen fortæller:

Mange af dem, der kommer her, har ikke deres papirer med. Så vi gør en stor indsats for at snakke med dem og virkelig at prøve at grave tilbage: Hvor kommer de fra, hvilke nogle kontakter har de? Få indhentet alle de oplysninger, der er. Det er en meget in-

tensiv proces, men når vi har de oplysninger, så laver vi altid en kontakt til den kommunale sagsbehandler: ”Vi har fået en borger ind her, han kommer og fortæller sådan og sådan. Har I et andet tilbud?”

Denne afklaringsproces leder frem til en beslutning om, hvorvidt en borger skal forblive på Egedal eller ej.

Andre borgere kommer til Egedal på foranledning af en kommune, der forespørger om muligheden for at få en plads. Her fortæller medarbejderne, at de på dette tidspunkt lægger en stor indsats i at få rammer og vilkår afklaret og lagt fast, inden de eventuelt siger ja til, at en borger kan flytte ind. En medarbejder fortæller:

Vi får henvendelser fra kommunen om borgere, som de ønsker at sende til Egedal. Dér sætter vi nogle høje krav på forhånd og sender faktisk kommunen en opholdsaftale, som vi gerne vil have, at den forholder sig til, inden de sender borgeren. Det er for at sikre, at vi har forventningsafstemt samarbejdet med kommunen, men så sandelig også med borgeren.

Uden sådanne klare aftaler kan man risikere, at en borger ankommer uden at vide, at man fx skal betale for at bo på Egedal. En sådan klar forventningsafstemning kan forebygge, at der efterfølgende bliver behov for at tage konfliktfyldte samtaler med den nyligt indflyttede borger. Dette giver bedre muligheder for at skabe en positiv relation med borgeren – noget, der (som nævnt tidligere i denne rapport) er centralt i det voldsforebyggende arbejde.

Andre forhold, Egedal søger at afklare ved indflytning, er, hvordan den nye borgers kontakt med fx psykiatri, misbrugsbehandling og kriminalforsorg skal videreføres. Her er medicin og eventuel substitutionsbehandling som metadon vigtige emner at få afklaret for at sikre en så smidig og ustressende overgang som muligt.

Et sidste, vigtigt element ved indflytningen – som dermed skal indgå i opholdsaftalen med kommunen – er at afklare, hvad der skal ske, hvis det viser sig, at institutionen ikke kan rumme borgeren, fx på grund af udadreagerende adfærd. Denne afklaring er ikke aktuel på Bakkehuset, da man på et § 108-bertilbud ikke kan bortvise borgere, når de først er flyttet ind. Modsat er en sådan afklaring vigtig på Egedal og noget, som man kræver, at hjemkommunen forholder sig til, inden der gives grønt

lys for en indflytning. Egedal gør dette for at forebygge, at man senere bliver nødt til at sætte en borger på gaden.

Omvendt kan Egedal – i sin egenskab af forsorgshjem – også opleve et pres fra andre instanser i forhold til at tage imod borgere, som ellers er i overhængende risiko for at ende på gaden. En medarbejder fortæller:

For eksempel var der et andet forsorgshjem, hvor det endte i en konflikt med en borger. Han var åbenbart i et misbrug, og han kunne ikke rummes dér. Han har så en behandlingsdom, hvor de henviste til den, og han bliver indlagt, men kun i 12-14 timer – indtil næste dags morgen. Så bliver han udskrevet igen, og så kommer kommunen jo lige pludselig på overarbejde, for de kunne heller ikke bare lade ham gå på gaden. ... [De ville gerne have ham ind på Egedal], så alle kommer jo på overarbejde dér – ikke mindst borgeren. Det var meget stressende. Vi holdt hårdt på vores opholdsaftale: Der var nogle ting, vi absolut ville have på plads. [Fx] hvem han skulle udskrives til, såfremt vi står i samme situation med ham [som det tidligere forsorgshjem, der ikke kunne rumme borgeren.] Det vil vi have på skrift. Og også i forhold til hans medicinering: Hvem står for depotmedicin, og kommer de fortsat til os? Pludselig flytter han jo region. Alle de ting. Det blev meget i hast, men heldigvis gik det fint.

Dette citat viser dels, at Egedal prioriterer, at der laves klare aftaler om forskellige forhold, *inden* en borger flytter ind, og dels, at der kan være forskellige interesser i forhold hertil, hvor en kommune eventuelt kan have en interesse i, at en borger flytter ind på Egedal, uden at den eksplícit har forholdt sig til, hvad der skal ske, hvis borgeren igen viser sig vanskelig at rumme på det forsorgshjem, hvor han/hun er blevet placeret. Tværsektorielt samarbejde og aftaler mellem forskellige instanser kommer dermed også til at handle om, hvem der har hvilket ansvar, og hvem der – fx i krisesituationer – har ansvaret for borgere, der erfaringsmæssigt kan udgøre ganske store udfordringer.

Som det fremgår, er der klare forskelle mellem de to tilbud Bakkehuset og Egedal, når det gælder samarbejdet med andre instanser i forbindelse med modtagelse af nye borgere. Et fælles træk er dog, at man på begge tilbud søger at sikre en rolig og velstruktureret overgang med overdragelse af relevant information fra involverede parter og med afklaring af, hvordan samarbejdet om fx medicin skal foregå efter indflytning.

MANGE SAMARBEJDSPARTNERE OG SAMARBEJDSFORMER

Med deres forskelligartede udfordringer modtager borgerne på Egedal og Bakkehuset flere forskellige former for behandling og indsatser. Det kan som nævnt dreje sig om psykiatrisk behandling, om misbrugsbehandling, om behandling hos egen læge og om kontakt med kommunal sagsbehandler.

Med så mange involverede parter er der en risiko for, at forskellige tiltag kommer til at modarbejde hinanden, og også for, at en manglende afklaring af forskellige roller og ansvarsområder gør, at borgerne ikke får den optimale indsats.

I forhold til andre professionelle har medarbejderne på Bakkehuset og Egedal en tættere og mere langvarig kontakt med borgerne, end andre professionelle normalt får. Dermed er det også disse medarbejdere, der kan fortælle, hvordan fx en medicinændring, foretaget af personale fra hospitalspsykiatrien, påvirker en borger i hverdagen. Hvis en sådan medicinændring fx fører til et øget misbrug af hash, er dette en vigtig tilbagemelding at give psykiatrien i forhold til, om medicineringen skal justeres.

Hvordan en sådan tilbagemelding kan forløbe, hører vi om fra en af Egedals bostøttemedarbejdere (§ 85) Her er en borger, der er flyttet til Egedal fra en anden del af Danmark, begyndt at forøge sit misbrug. På baggrund af det øgede misbrug indkalder Egedals medarbejder ...

... til et møde, hvor vi får fulgt op på det. Her kom [medarbejder] fra misbrugscentret, og [borgerens] kontaktperson [fra hjemkommunen]. Og så sætter vi os sammen med borgeren og laver en plan ... Så ved vi alle tre, hvad der er af aftale, og hvad vi kan bakke op om. Borgeren får lov at definere, og sammen spørger vi: "Kan vi det?" Det, oplever jeg, er rart. Og det sker hurtigt, så misbruget ikke eskalerer. Der kommer rigtig meget godt ud af en hurtig tilgang ... Fysisk er vi tæt på hinanden, [og et møde] behøver ikke vare i timevis. Det er bare lige at få snakket sammen, så vi kan forebygge, at der sker nogle dårlige oplevelser på grund af et massivt misbrug.

På sådan et møde – her mellem Egedals bostøttemedarbejder, kontaktpersonen fra hjemkommunen, misbrugsbehandlingen og borgeren selv – kan der træffes aftaler, som strukturerer det efterfølgende forløb, typisk i form af en handleplan. I dette tilfælde medvirker borgeren selv og er

dermed med til at indgå aftalen. Egedals medarbejder fortæller også, at denne koordinerede tilgang gør, at det ikke er muligt for borgeren efterfølgende at ...

... rende ned til misbrugscentret, og at de så siger ét, og vi siger noget andet. Det er dér, jeg synes, at guldet ligger i vores tætte samarbejde: Det giver troværdighed for borgeren: ”Jamen, det hjælper ikke, at du fortæller mig noget om misbrugsrådgivningen, for jeg ved, hvad der er blevet sagt – det er tydeligt for både mig og dig.” Det styrker borgeren til selv, på sigt, at kunne håndtere nogle ting – det giver borgeren ro. Det er en vigtig del, når vi samarbejder. For det er nøjagtig det modsatte, når vi ikke samarbejder.

Et sådant koordinerende møde kan altså opfylde flere formål på én gang: udveksling af viden, tilrettelæggelse af en fælles indsats, opbakning fra borgeren, værn imod borgerens eventuelle forsøg på at spille forskellige parter ud mod hinanden og herigennem undergrave det koordinerede forløb. Muligheden for at afholde sådanne møder faciliteres af, at medarbejdere fra forskellige instanser er i fysisk nærhed af hinanden, og også af, at de relevante medarbejdere har mulighed for at deltage inden for en kort tidshorisont. I Overgaard & Ørsteds gennemgang af ti cases af vold på botilbud og forsorgshjem (2016) fremhæves, som nævnt sidst i det foregående kapitel (side XX), at redskaber som fx § 141-handleplaner ikke synes anvendt i tilstrækkelig grad i en del af de undersøgte cases.

BORGERE MED DOM TIL BEHANDLING – EN CASE

En del af borgerne på både Bakkehuset og Egedal har dom til behandling, og samarbejdet om disse borgere er derfor underlagt særlige rammer. På begge tilbud hører vi, at medarbejderne er meget positive i forhold til det gode samarbejde, de oplever med retspsykiatriske afdelinger.

Et eksempel på et sådant samarbejde angår borgeren Stefan (pseudonym), der bor i Bakkehuset. Historien om samarbejdet omkring Stefan fortælles i boks 5.1 dels af en retspsykiatrisk sygeplejerske, (der varetager hans behandling), dels af en af Stefans to kontaktpersoner på hans botilbud.

BOKS 5.1

Eksempel på tværsektorielt samarbejde omkring beboer i botilbud. Stefan på Bakkehuset.

Stefan er midt i trediverne. Bag sig har han lange indlæggelser og ophold på forskellige institutioner og ankommer til Bakkehuset et par år tidligere fra en langvarig indlæggelse på lukket psykiatrisk afdeling. Han har en dom til behandling og en historik med kraftigt udadreagerende adfærd. Efter indflytningen på Bakkehuset får Stefan en stofudløst psykose, hvor han bliver meget voldsom. Han indlægges efterfølgende i adskillige måneder. Da han skal tilbage til Bakkehuset, sker det gradvist. Den retspsykiatriske sygeplejerske, som Stefan har haft meget kontakt med under sin indlæggelse, varetager hans behandling efter indflytningen.

Retspsykiatrisk sygeplejerske: "Da han skal til at udskrives, kommer personalet fra Bakkehuset og tager ham med hjem på korte hjemmebesøg. Det bliver så til weekendbesøg, hvor han overnatter, og til sidst sluses han ud. Al den tid han har været indlagt, er jeg kommet og har besøgt ham jævnligt for at opretholde den relation, vi har. Jeg besøger ham på Bakkehuset, efter at han bliver udskrevet – næsten dagligt [i starten]. Jeg sparrer med personalet på Bakkehuset: Hvis de har nogle observationer, de er bekymrede over, så drøfter vi dem i fællesskab: Skal en læge ind over og vurdere, om han er farlig? Eller om han har brug for genindlæggelse eller justering af medicin? Vi har også haft vores psykolog ude og fortælle om en sikkerhedsvurdering, han har foretaget. Noget personale kan blive skræmt over at høre, hvad patienterne har begået af kriminalitet tidligere ... [Og] hvis de [på Bakkehuset] er bekymrede over noget, så ringer de til mig. Det kan også bare være: 'Vi er ved at løbe tør for medicin, gider du tage noget med, næste gang du kommer?' Det er jo meget syge patienter, vi har med at gøre. Jeg går aldrig fra Bakkehuset uden lige at have talt med personalet: 'Ser I det samme, som jeg gør? Er det en god dag [for Stefan], er det en dårlig dag? Har der været noget i løbet af ugen, jeg skal vide noget om?' Fordi de ser ham jo oftere, end jeg gør."

Fra en af Stefans to kontaktpersoner på Bakkehuset hører vi følgende om samarbejdet:

Medarbejder, Bakkehuset: "[Den retspsykiatriske sygeplejerskes] opgave er at følge den her borger, som har været på retspsykiatrisk afdeling. Når borgeren går ud ad døren derfra, siger de ikke: 'Farvel, nu smutter du over til et nyt system'. De siger: 'Vi har en masse kendskab til dig, vi har en kontaktpersonantegang'. Relationen er bygget op – borgeren er rigtig glad for det her personale. Og vi tager jo imod det med kyshånd, fordi vi tænker: 'Det handler om borgeren det her, og hvorfor skal al deres gode viden ude fra [retspsykiatrien] blive inden for de vægge? Vi vil gerne have den viden'. [Så sygeplejersken] følger ham – kommer og ser til ham en til to gange om ugen. Og man har altid mulighed for at ringe ... Vi kommunikerer, og hvis der er noget, så går [sygeplejersken] til den ansvarlige overlæge, og det gør hun prompte ... Så bliver der taget hånd om problemet. Det er vigtigt, for borgerne kan ikke vente, vente og vente. Så ender det med politi ... I år har Stefan kun bedt om én indlæggelse. Så man kan se, at der er noget, der fungerer for ham i det her system ... Vi skal jo tænke helhedsorienteret. Borgeren har enormt meget brug for begge systemer. Vi skal stoppe med at slå hinanden oven i hovedet og få det gode samarbejde i gang – vise, at man vil det her, for de her borgere ... [Det opsøgende arbejde med den retspsykiatriske sygeplejerske] er en investering. Det er tegn på, at man tænker ud af boksen og tænker i systemer, der virkelig hjælper borgeren. Det er en anden måde at tænke ressourcer på. Det ville også være meget ressourcekrævende, hvis vi skulle ringe efter politiet konstant, så på den lange bane er jeg ikke sikker på, at det er dyrere at have en sygeplejerske, der kommer ud en gang om ugen."

Kilde: Interviews med medarbejder på Bakkehuset og samarbejdspartner fra retspsykiatrien.

Som det fremgår af beretningerne i boks 5.1, er der omkring Stefan et tæt samarbejde mellem en retspsykiatrisk sygeplejerske og Stefans to kontaktpersoner. Som beskrevet i denne rapports første del er relationsarbejde af allerstørste betydning i arbejdet med borgere som Stefan, og ved at tilrettelægge samarbejdet mellem retspsykiatrien og botilbuddet på den ovenfor beskrevne måde, kan man sikre, at en vigtig relation (til den retspsykiatriske sygeplejerske) bibeholdes, når Stefan flytter fra én sektor til en anden. Om dette relationsarbejde siger den psykiatriske sygeplejerske:

Hvis vi ikke har en god relation til patienterne, så fortæller de os jo ikke, hvordan de har det. Hvis vi bare er en *pain in the ass*, så gider de ikke snakke med os. Hvis vi lytter til dem og hjælper dem, når de har problemer, så kommer vi hurtigere længere med det, som vi gerne vil – at få dem ud af kriminalitet, sørge for, at de bliver i deres behandling, hjælper dem til at nedsætte deres misbrug. Det kan også have med deres sygdomsbillede at gøre: Det kan være, man har en patient, der har vrangforestillinger, men du ved ikke, hvad de går ud på. Der har man nemmere ved at spørge ind til, hvis patienten synes, at man er et lyttende, rart menneske, end hvis de bare synes, at man sidder og udspørger dem til journalen.

Relationsarbejdet på tværs af institutioner og sektorer er derfor med til at sikre en god indsats. Det er betinget af, at man har et velfungerende samarbejde – i det konkrete tilfælde i en meget personbåret form, hvor man over tid udvikler stor tillid og kendskab til hinanden og dermed også hurtigt kan reagere, hvis der er behov herfor. Samarbejdet bygger endvidere på, at sygeplejersken har ressourcer til at yde det omfattende opsøgende arbejde. Et sådant godt samarbejde kommer på denne måde til at være en del af den primære voldsforebyggelse på et botilbud som Bakkehuset.

KOORDINATIONSPLANER OG KLARE LINJER

Samarbejdet omkring Stefan er rammesat af, at han har en dom til behandling. Også på Egedal hørte vi om et velfungerende samarbejde i forhold til en del af borgerne med en behandlingsdom. Sådanne borgere har en koordinationsplan, for hvilken en psykiatrisk overlæge har det overordnede ansvar (Socialstyrelsen, 2016b). I et interview fortæller den psykiatriske overlæge, der har ansvaret for en del af Egedals behandlingsdømte borgere, at hun sikrer, at de relevante koordinationsplaner har en

meget høj detaljeringsgrad, som skaber klare linjer for, hvornår Egedals medarbejdere skal handle på hvilke måder.

Overlægen fortæller fx, at man ikke nøjes med at skrive, at en behandlingsdømt borger, der ikke må misbruge, skal have taget ”jævnlig urinprøver”. I stedet specificerer planen dels, at der skal tages urinprøver mandag, onsdag, fredag (for at screene for ulovlig brug af stoffer), dels, at en borger, der nægter at afgive en prøve, får fire timer til at give en sådan, og at det, hvis der efter fire timer stadig ikke foreligger en prøve, skal sidestilles med en positiv test for stofmisbrug. Overlægen fortsætter:

Så skal [Egedal] ringe enten til klinikken eller til psykiatrisk dagvagt, der så beslutter, om der skal indlægges. Det vil sige, at personalet på Egedal, der fungerer efter serviceloven, har fået påbud af os, der opererer under straffeloven, om at tage urin-screeningerne. Så når patienterne siger: ”Det er også jer, der siger, at jeg skal tage urin-screeningerne”, så vil personalet sige: ”Nej, det er det ikke. Vi har besked fra klinikken, at de skal tages”... Så der påtager vi os skylden og ansvaret og myndigheden. På den måde kan man beskytte personalet [på botilbuddet], så de ikke kommer i en konflikt, fordi de skal tage urinprøver. En pædagog skal jo ikke tage stilling til, om en domspatient skal indlægges. Det er overlægen og kriminalforsorgen, der sammen skal vurdere det.

Dette klart specificerede samarbejde – altså en klarhed i procedurer, roller og ansvar – udtrykker medarbejderne på Egedal stor tilfredshed med. Det modstilles med koordinationsplaner, hvor der er mindre klare retningslinjer. Her kan Egedals medarbejdere opleve, at de bliver nødt til at tage beslutninger, der egentlig ligger uden for deres faglighed. Som en medarbejder fortæller:

Der er andre, der laver sådan nogen bløde koordinationsplaner, der hedder: ”Han må godt drikke inden for rimelighedens grænser, men bliver det for meget, kan I prøve at ringe.” Det bliver lidt svært at forholde sig til, for så bliver det igen en vurdering af det enkelte menneske, der er på arbejde. Hvis bare de kunne lave sådan noget, at ”hvis promillen overstiger 2, så skal de indlægges, og I ringer øjeblikkeligt.” Sådan nogle formuleringer, som betyder noget og så ingenting alligevel, dem bryder jeg mig ikke om. For så er det svært helt præcist at lave aftaler med hinanden.

Som nævnt har nogle borgere med dom en uklart formuleret koordinationsplan. Dette kan nødvendiggøre, at man får afholdt et koordinationsmøde for at sikre, at forskellige parter forholder sig på samme måde i praksis. En anden medarbejder på Egedal fortæller om en borger, der for nylig er flyttet ind fra en anden region:

Vi har lige aftalt [et] netværksmøde, så vi kan blive helt klare om, hvad det egentlig er, det her drejer sig om, fordi det står slet ikke tydeligt i de papirer, overhovedet. Så både vi professionelle omkring ham, men så også borgeren ved, hvad det egentlig er for nogle aftaler, vi laver, når han flytter herover. Det er altid positivt, når vi sætter os ned og får koordineret tingene. Både til gavn for os og borgerne i sidste ende. Det er meget vigtigt.

KLARHED I FORHOLD TIL ANSVAR OG ROLLER

Medarbejdere på såvel Egedal som Bakkehuset indgår i forskellige samarbejdsrelationer, der er organiseret forskelligt. Den mest udbyggede form er et omfattende samarbejde, som ansatte på Egedal omtaler som et ACT-samarbejde (Assertive Community Treatment), som institutionen har indgået i på forsøgsbasis (Bengtsson & Gregersen, 2013). Her samler man et team af medarbejdere fra institutioner som fx misbrugsrådgivning, botilbud, psykiatri og jobcenter om borgere med meget komplekse problemstillinger for dermed at kunne give en hurtig og afklaret indsats. Denne indsatsform indgår i en evaluering af implementeringen og forankringen af hjemløsestrategien ("Housing First i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner") (Benjaminsen m.fl., under udgivelse).

I forlængelse af dette forsøg med et meget udbygget samarbejde omkring udvalgte borgere formulerer en kommunal samarbejdspartner til Egedal sig på følgende måde:

En helhedsorienteret indsats kan godt lyde lidt primitivt, men det er det eneste, der virker ... Det er vigtigt, at man clearer med hinanden, inden man sætter indsatsen i gang til de her borgere. Man skal lave en præcis arbejdsfordeling: Hvem tager sig af hvad? Det skal gøres fra dag ét.

Også andre samarbejdsfora har relevans for Egedal og Bakkehuset. Fra en af samarbejdspartnerne til Egedal – en psykiatrisk sygeplejerske – hører vi fx om følgende faste mødeforum:

Vi har fællesteammøder med nogen nede i kommunen en gang om måneden, hvor regionspsykiatrien møder sammen med mig, og der sidder én fra rusmiddelcenteret, én fra visitationen, nogen fra psykiatri og handicap, og der tager vi personsager op, der er virkelig komplicerede sager. Der er der en stor grad af networking, hvor man også kan flytte en patient fra én til en anden kasse. Det arbejder jeg ofte med, hvis patienten er i jobcenteret, får jeg lavet en sagsåbning til psykiatrien, så man bedre kan støtte en patient.

Sådanne mødefora er dermed en mulighed såvel for at koordinere arbejdet i forhold til givne borgere, såvel som for at opbygge et personligt netværk, der kan anvendes i andre sammenhænge.

I forhold til det løbende samarbejde om borgerne fremhæver medarbejdere og samarbejdspartnere flere faktorer, der går igen fra litteraturen om det tværsektorielle samarbejde. Centralt står følgende, ofte sammenflettede, elementer, der bør være til stede:

- Klarhed i forhold til, hvem man skal samarbejde med
- Klarhed og enighed i forhold til parternes ansvar og roller
- Gode og tillidsfulde relationer, hvor kommunikationen fungerer
- Ressourcer og ledelsesmæssig opbakning til at indgå i samarbejde.

Klarhed i forhold til, hvem man skal samarbejde med, kan være nemmere at opnå, når man samarbejder med mindre, og dermed mere overskuelige, enheder. Det fremgår fx, når en af Bakkehusets samarbejdspartnere – fra retspsykiatrien – fortæller om, hvad man sætter pris på i samarbejdet:

Det betyder rigtig meget, at Bakkehuset er så lille et sted. Det er nemmere at lave aftaler med en lille personalegruppe, end hvis der er tyve forskellige folk. Det kan være, du er blevet helt enig med sygeplejersken om, hvordan vi gør, og at når patienten siger ”Det vil jeg ikke”, så siger vi: ”Sådan er det!” Men hvis kun én ud af hundrede medarbejdere siger sådan, så kan man godt føle, at man løber hovedet mod en mur ... På andre bosteder har de jo også teams og faste kontaktpersoner, men [beskeder] drukner alligevel – og det gør det altså ikke på Bakkehuset. Der kan du give en besked og være sikker på, at den når frem. [Det er også fordi] personalet på Bakkehuset er fast. Andre steder er det jo 30

pct. af personalet, der bliver skiftet ud ad gangen, så de når aldrig at få et fælles fodslag.

Dette citat viser, at Bakkehuset er en samarbejdspartner, man trygt kan interagere med: Den overskuelige størrelse og lave personalegennemstrømning (blandt andet på grund af – lader det til – et godt arbejdsmiljø) gør, at man kan lave aftaler og stole på, at disse aftaler vil blive ført ud i livet, og at beskeder vil nå frem til rette destination. Som beskrevet i første del af denne rapport har et godt arbejdsmiljø på de enkelte botilbud, og et godt forhold til botilbuddets samarbejdspartnere, betydning, hvis man skal opnå et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Over tid kan et sådant godt samarbejde – og den tillid og det gensidige kendskab man her kan opbygge – også medvirke til, at de samarbejdende parter er parate til at gøre en ekstra indsats for at få noget til at lykkes for borgerne og for hinanden. Den retspsykiatriske sygeplejerske fortsætter:

Vi har jo en arbejdstelefon, som vi forsøger at tage, hvis vi tænker, at det er til gavn for patienten. Så hvis Bakkehuset ringer til mig klokken 11 om aftenen, så tager jeg den. Det kan så gøre, at de har adgang til en indlæggelse lidt hurtigere – hvis jeg kan ringe ud og sige: ”Nu kommer der én, som I skal tage imod, fordi sådan og sådan i henhold til dommen.” Det er jo det, vi lover i pakken – det er os, som har behandlingsansvaret.

Også fra anden side hører vi, at klare strukturer i forhold til ansvar og roller er vigtige for samarbejdet mellem fx botilbud og andre instanser. Mangler en sådan klarhed, kan man ikke etablere den kommunikation og lave de aftaler, som er vigtige for et godt samarbejde. En psykiatrisk overlæge fortæller følgende om samarbejdet med Egedal:

Nogle bosteder har gruppepleje, hvor alle og ingen har ansvaret. På sådan et botilbud kan det være svært at få fat i nogen, der ved noget, og én, der kan tage en beslutning. ”Skal Kurt på fisketur i morgen?”; ”Hvad synes gruppen?” Det ved den enkelte [medarbejder] ikke, for gruppen har ikke siddet sammen og besluttet, om han skal eller ikke. Så kigger de på psykiatrien og siger: ”Kan I tage en beslutning?” Og hvis man så tager én, så er det selvfølgelig den forkerte. På Egedal er det nemmere, for dér er der to

faste kontaktpersoner, som tager ansvar og får samlet indtrykket og får fortalt, hvordan det er gået.

Klarhed i kommunikationen kan fremmes af personligt kendskab. Og her er fysisk nærhed en fordel. Som en kommunal samarbejdspartner til Egedal udtrykker det: ”Det er meget nemmere at cykle ud til Egedal, end det er at tage til [by, 120 km borte].” Tilsvarende er medarbejderne på Egedal glade for at have en fysisk nærhed med bestemte personer, som de samarbejder fast med. Det personlige kendskab gør det nemmere for medarbejderne at ringe og fx spørge om råd i forskellige situationer. Vi hører dog også, at den gode og fleksible kontakt i sådanne etablerede netværk kan udfordres ved organisationsomlægninger og når en højere grad af specialisering opsplitter institutioner og fysisk flytter samarbejdspartnere væk fra hinanden.

KULTURFORSTÅELSE OG GOD KOMMUNIKATION

Et andet element, der bliver fremhævet som positivt for det tværsektorielle samarbejde, er, at man hos de samarbejdende parter har en god forståelse for hinandens faglige kultur. Som det fremgik af foregående kapitel, kan der fx imellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien være en manglende forståelse for hinandens vilkår, rammer og indsatser (Mikkelsen m.fl., 2013). Flere interviewpersoner oplever dog, at man i de senere år er blevet bedre til at forstå hinanden på tværs af sektorgrænser:

Nu har jeg været her i snart fire år, og jeg synes, der er sket en positiv udvikling i psykiatrien i forhold til den gamle strid, vi har haft om, hvor borgeren hører hjemme. Der har ikke været den her boldkastning, som der har været tidligere. Vi er begyndt at deltage i dialogmøder med psykiatrien jævnligt. Det fungerer fint. Vi ved godt, at vi hver især er presset på ressourcer (medarbejder, Egedal).

Der er et godt samarbejde med Egedal, for de har fattet, at vi prøver at gøre det bedste, vi kan. Vi skal gøre det bedste for patienten, og så kan vi komme til at gribe ind i deres systemer, lige såvel som de griber ind i vores. Der er somme tider nogle, der foreslår, at vi skal gøre ting, som slet ikke kan lade sig gøre, fordi vores system slet ikke kan yde det. Men der er forståelse for det, i stedet for at det bliver til en kamp og ”det er også for ringe, at I ikke kan gøre det”... Vi har det ikke sådan, at vi er to systemer,

der kæmper *mod* hinanden. Vi kæmper *med* hinanden (Psykiatrisk overlæge).

Flere interviewpersoner nævner, at en øget forståelse på tværs af sektorgrænser til dels er båret frem af ændringer i tilgangen til arbejdet med borgerne, som har fundet sted i begge systemer. Her har såvel en *recovery*- som en rehabiliterings-tankegang gjort, at det over tid er blevet nemmere for medarbejdere fra de to systemer at tale og arbejde sammen. En medarbejder fra Bakkehuset formulerer det således:

I starten troede behandlingssystemet ikke rigtig på det sociale system ... [Men] jeg synes, at der er blevet en større bevidsthed og måske også lidt et paradigmeskift i tænkning om det her sociale system: Lige pludselig snakker vi *recovery* – man kan komme sig. Hele tænkningen har udviklet sig med tiden ... Vi [i det sociale system] har jo nærmest talt *recovery* fra *day one*. Og man kan høre, at det også er begyndt i behandlingspsykiatrien nu – at de snakker *recovery*. Så har vi også lidt taget rehabiliteringsbegrebet til os, et begreb, der var meget i behandlingspsykiatrien. Så på den måde synes jeg, at der er sket en tilnærmelse. Systemerne taler lidt mere det samme sprog.

At behandlingspsykiatri og socialpsykiatri i vidt omfang trækker på de samme former for logikker, blandt andet om *recovery*, fremgår også af Petersen (2013). Noget, der kan bringe denne gensidige kulturforståelse et trin videre, er, når der i samarbejdet indgår personer, der kender ”det andet” system indefra. Fx er der på Bakkehuset ansat en sygeplejerske, der kommer ugentligt og giver depotmedicin til mange af Bakkehusets borgere. Hun har tidligere arbejdet på lukket psykiatrisk afdeling. Som hun formulerer det: ”Jeg har været begge steder. Så jeg kan sagtens sætte mig ind i begges [dvs. social- og hospitalspsykiatriens] situation og kommunikere uden at sige, at ”I er også nogle idioter”.

At blande faglighed på tværs af sektorgrænser kan altså være med til at sikre en bedre og mere præcis kommunikation, hvilket på sin side kan fremme det gode samarbejde. Bakkehusets sygeplejerske fortsætter:

Jeg samarbejder med [psykiatrien] ... Så man prøver at samle spørgsmål og lignende hos mig, så man sparer tiden alle steder. Og i stedet for, at jeg skal have fat i psykiateren, har man ansat

nogle sygeplejersker, som har nogle funktioner, som jeg kan henvende mig til. Vi er samme faggruppe og laver lidt a la det samme, så kommunikationen er noget nemmere. Så man hurtigere forstår hinanden.

Når medarbejdere fra forskellige instanser over tid samarbejder, etableres der også en praksis i forhold til brug af kommunikationskanaler, hvor igennem parterne kan udbygge deres gensidige systemkendskab. Tilsammen bliver det dermed lettere at handle hurtigt og i fællesskab, hvis der pludselig indtræffer en krisesituation.

SAMARBEJDET MED PSYKIATRIEN

Som nævnt har flere samarbejdspartnere relevans for steder som Bakkehuset og Egedal. Særlig vigtigt er dog samarbejdet med behandlingspsykiatrien. Her har hver af de samarbejdende parter deres kompetencer og ansvarsområder, og en god kommunikation og lydhørhed i forhold til hinanden og stor opmærksomhed i forhold til fx overgange kan være vigtig for borgernes omsorg og behandling. Her er det igen – på begge de besøgte tilbud – samarbejdet med retspsykiatrien (i forhold til borgere med dom til behandling), der bliver fremhævet som værende særlig positivt. Bakkehusets leder siger: ”Det er et fantastisk godt samarbejde. De er aldrig længere end en telefon væk, hvis der sker det mindste. Hvis der sker ændringer i adfærd, så kan vi ringe 24-7.” Omvendt kan det, uden en dom at aktivere og uden faste psykiatriske sygeplejersker at samarbejde med, være vanskeligere at få en sådan hurtig og fleksibel hjælp fra psykiatrien.

Særlig vigtigt er mulighederne for, at borgere kan blive indlagt, hvis de får behov for det. Som lederen af Bakkehuset udtrykker det:

I denne her målgruppe kan man ikke undvære behandlingspsykiatrien. Livet igennem, og med jævne mellemrum, vil de have behov for at komme ind bag den lukkede dør og få den tryghed og behandling, de kan få dér, i en periode – for så at kunne komme ud og leve det sociale liv hos os igen.

Samtidig er det ikke altid, at man på Bakkehuset og Egedal oplever, at borgerne får lov til at være indlagt så længe, som de to tilbud ønsker sig –

noget, der også fremgår af en ny undersøgelse af sammenhæng i indsatsen over for personer med psykiske lidelser (Folker m.fl., 2017). Dette er ikke kun noget, bostedernes medarbejdere oplever, men en oplevelse, der også kan høres hos deres samarbejdspartnere. En psykiatrisk sygeplejerske fortæller: ”Pladssituationen er desværre den, at [indlagte borgere] bliver udskrevet få dage efter – til vores frustration og til Bakkehusets frustration. Og der har vi jo ikke noget at skulle have sagt.” At psykiatriske afsnit kan udskrive borgere efter ganske korte indlæggelser for at frigøre sengepladser, hører vi også om fra den psykiatriske overlæge:

Psykiatrien udskriver også folk for tidligt, da de er pressede på pladser. Det kan være kontroversielt, for fx hvis man bliver presset på sengepladser i psykiatrien, så kan man selv som læge og overlæge og god psykiater lige pludselig på overbevisende vis fortælle et bosted, at patienten er bedre, end vedkommende i virkeligheden er. Det er kedeligt, men det er det, der sker, når folk er under pres.

I forhold til længden af indlæggelser kan et andet forhold være, hvorvidt borgeren har dom til behandling eller ej. Her kan aktiveringen af en dom til tider være med til at presse psykiatriske afsnit til at udskrive andre borgere (uden dom) for at frigøre nødvendig kapacitet. Dette pres i forhold til hospitalpsykiatriens kapacitet kan selvsagt sætte samarbejdet under pres, fordi man i et system ensidigt kan træffe beslutninger (om fx en udskrivning fra psykiatrisk afdeling), som man i et andet (på botilbuddet) ikke har indflydelse på og må affinde sig med.

Også i sådanne situationer kan etablerede, tillidsfulde relationer på tværs af sektorer dog være med til at sikre bedre overgange for borgerne. Et eksempel herpå mødte vi under vores feltarbejde på botilbuddet Møllebo (besøgt i forbindelse med det voldsforebyggende arbejde på selve botilbuddet, se kapitel 2, afsnittet ”Arbejdspladsernes struktur og organisering”). Her hørte vi om, hvordan en af Møllebos borgere, Jane, fik behov for en akut indlæggelse, og at en medarbejder forlængede sin arbejdsdag ud over normal fyraften for at sikre, at der var to medarbejdere til at køre borgeren til psykiatrisk afdeling. I forhold til det tværsektorielle samarbejde blev indlæggelsen yderligere muliggjort via telefonisk kontakt mellem Møllebo og den psykiatriske afdeling. Her aftalte man, at en af Møllebos andre borgere – der havde været indlagt i nogle dage og

havde fået det bedre – kunne udskrives og komme med tilbage til Møllebo. Derved blev en sengeplads frigjort til dagens akutte indlæggelse.

Særligt fredag eftermiddag lader det til, at der kan være et pres for at udskrive patienter/borgere op til weekenden (Petersen, 2013). Her hører vi om, at patienter, der har et botilbud, undertiden udskrives tidligere, fordi de – modsat borgere, der er hjemløse – ikke udskrives til gaden.

Jeg ved jo også godt, hvordan det er på den lukkede: Om morgenen, så sætter man krydser, og dem, der har et bosted, dem kan man jo godt udskrive. Der er jo nogen, der slet ikke har noget hjem. Men det er ikke så godt på den lange bane, for de er jo svært belastede her (sygeplejerske, Bakkehuset).

Psykiatriens oplevede behov for at udskrive nogle af de patienter, de har indlagt, påvirker også arbejdet på Egedal på grund af stedets forsorgsdel. Stedet kan blive bedt om at huse personer, der ellers ville ende på gaden. En medarbejder fortæller:

Vi oplever ofte fredag eftermiddag, lige efter middag, så begynder de at ringe fra forskellige psykiatriske afdelinger om borgere, som skal udskrives, og som de ikke ved, hvem de skal udskrive til. Så fordi vi er et forsorgshjem, så prøver de at presse dem ind her. Men vi er jo ikke et psykiatrisk botilbud. Det er ikke, fordi vi ikke vil have borgeren, men det er ikke rimeligt for borgeren, hvis vedkommende har det rigtig dårligt, at blive placeret på et forsorgshjem.

En yderligere udfordring i samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og to tilbud som Bakkehuset og Egedal er, at man kan have forskellige oplevelser af de samme borgere, når de befinder sig hhv. i den ene og i den anden kontekst. En psykiatrisk sygeplejerske beskriver det således:

Nogle gange kan det godt være et forskelligt billede, vi ser, i forhold til vold og trusler. På [den psykiatriske afdeling] kan vi godt mangle noget baggrundsviden om, hvorfor denne her patient præsenteres som værende meget farlig. Fordi det slet ikke er det billede, vi ser i afdelingen.

I samspillet mellem hospitalspsykiatri og botilbud kan det dog også handle om en manglende afstemning af, hvad hhv. det ene og det andet system kan yde og opnå. Som den psykiatriske overlæge formulerer det:

Nogle gange, når [botilbud] har en patient, der er voldelig, så spørger de psykiatrien, om der ikke bare kan gøres noget psykiatrisk. Men nogle gange kan der bare ikke gøres noget i psykiatrien – så skal der arbejdes hårdt i socialpsykiatrien.

At finde den præcise grænse for, hvornår en borger skal være i hhv. det ene og det andet system, er dermed noget, der løbende skal afgøres, og hvor der kan være holdninger og interesser, der ikke altid stemmer overens. Et væsentligt element her er, at det drejer sig om komplekse borgere, der såvel kan have en adfærd, der er vanskelig at håndtere, og som kan opleves som svære at hjælpe, uanset hvilket system de befinder sig i.

Ved dårligt samarbejde, hvor man fx ikke udveksler informationer om, hvordan man oplever den samme borger/patient, og hvor der mangler forståelse for oplevelser af borgeren, kan det udfordre sikkerheden på bostederne. Den psykiatriske overlæge fortsætter:

Klassisk kan man sige, at hvis man har en misbruger, der kommer ud i mere misbrug, så stiger risikoen for kriminalitet og vold. Hvis det sker gradvist, så ser bostedet det, og så kontakter de psykiatrien og siger, at han har altså brug for at blive indlagt, fordi han har råbt ad personalet. Så bliver han indlagt. Så ser psykiatrien på ham i to dage, og han råber ikke inde på psykiatrisk afdeling, så han bliver udskrevet igen. Så fortsætter han sit misbrug, så begynder han at råbe og slår lidt på inventaret og bliver indlagt igen. Og ved udskrivelsen kigger psykiatrien på bostedet og siger, ”hvorfors indlagde I ham, han er jo stille og rolig?” Så tænker bostedet, at næste gang han er voldelig, ”så lader vi være med at indlægge ham – vi bliver jo bare gjort til grin”. Og den er farlig! Men hvor er behandlingen henne?

UDSKRIVNING – POTENTIELT EN VANSKELIG OVERGANG

Som det fremgår, kan der være forskellige forståelser af, og forskellige interesser knyttet til, om den enkelte borger skal være indlagt eller udskrives. Når sådanne beslutninger ikke træffes i fællesskab, får det stor betydning, hvilke instanser der har mandat til at træffe hvilke beslutninger – noget, der kan afhænge af, hvilken kontekst borgeren/patienten

indgår i på et givent tidspunkt. En psykiatrisk sygeplejerske med tilknytning til nogle af Egedals borgere fortæller:

Nogle gange er det et meget svært samarbejde, fordi der ikke er enighed om længden af patientens indlæggelse: Når patienten er ude, er det koordinationsplanen, der er gældende; når patienten er indlagt, så er det vores overlæge, der bestemmer. Det kan give gnidninger.

En yderligere part i disse forløb er borgerne selv. Her kan borgere, som ikke ønsker at forblive på et hospital, hvor de er blevet indlagt – eventuelt under tvang – bede om at blive udskrevet. Her kan regler om tavshedspligt endvidere medvirke til, at der ikke altid er nogen kommunikation omkring en sådan udskrivning. Som en funktionsleder på Egedal fortæller:

Nogle gange får vi nogen indlagt akut på gule eller røde papirer [tvangsindlagt], og næste morgen, så står de og river i døren [til forsorgshjemmet], og vi tænker: ”Hvor kom du fra, for vi har lige sendt dig af sted”. Men de er jo over 18 år, og så [siger de på psykiatrisk afdeling]: ”Nu er vi blevet enige med ham om, at han bare kan gå igen, for vi kan ikke holde ham længere”... Det er der, jeg tænker, at vi skal prøve at hjælpe hinanden [for det] kan være, at han står her om 10 minutter. Og jeg vil rigtig gerne have, at mine ansatte ved, at lige om lidt ryger døren ind med *sådan* en sidevind.

Dette citat peger på forekomsten af episoder, hvor et fravær af koordinering og kommunikation medfører, at man på en institution som Egedal står med en udfordring, man ikke oplever, at man har haft mulighed for at forberede sig på. En medarbejder beskriver det således:

I og med at borgergruppen er, som den er, er det fuldstændig rigtigt, at de [hospitalet] hverken skal be- eller afkræfte, [at en borger bliver udskrevet]. Men så står vi i situationer, hvor vi kan sige: ”Ja, der er noget, der hedder tavshedspligt, men det skal vi lige finde ud af.” Nogle gange kan det gå galt dér, for jeg får jo ikke nødvendigvis et varsel fra psyk, hvis en borger kommer ud deroppefra.

Af ovenstående citat fremgår det, at regler om tavshedspligt kan udfordre mulighederne for tværsektorielt samarbejde. Det fremgår dog af fx en rapport fra 2013 (Regeringens udvalg om psykiatri 2013), at den nuværende lovgivning rummer muligheder for videregivelse af oplysninger mellem myndigheder uden borgernes forudgående samtykke. Det ser dog ud til, at disse lovgivningsmæssige muligheder i nogle sammenhænge misforstås og dermed ikke altid anvendes, som der er mulighed for (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, s. 200). Problemet med informationsudveksling på tværs af sektorer kan med andre ord være manglende brug af eksisterende muligheder, og ikke nødvendigvis, at der er behov for lovgivningsmæssige ændringer (se Socialstyrelsen, 2016a, bilag 1, for et overblik over relevant lovgivning).

Manglende information om, hvornår en borger overgår fra én institution til en anden, kan også opleves i tilfælde, hvor en borger forlader kriminalforsorgen og skal vende tilbage til en institution som Egedal. En anden medarbejder fortæller:

Det er en udfordring, når en borger bliver udskrevet med meget kort varsel, og vi egentlig havde regnet med, at han først kom til oktober. Så står vi pludselig med borgeren her i løbet af nul komma nul. Og der står i papirerne, at vedkommende skal i misbrugsbehandling – men dér er der for resten droset godt ned til sommerferien. Og borgeren har ikke fået sin nedtrappingsplan, som ellers skulle have været færdig, inden han blev løsladt. Sådan nogle ting kunne meget vel være gået galt, men det kommer da normalt til at lykkes. Men det kunne være godt lige at få lidt mere varsel inden, så man kan nå at planlægge.

Episoder som ovenstående kan man bringe op i de samarbejdsfora og netværk, som en institution som Egedal indgår i. Det kan være med til at afklare, hvorfor konkrete forløb er gået på bestemte måder, og være med til at sikre, at man fremadrettet tilrettelægger arbejdet, så samarbejdet fungerer bedre.

Interviewene viser også klart, at samarbejdet fungerer bedre, når det er muligt at mødes og koordinere. Sådanne møder kan sikre, at man er enige om givne forløb, og at der er en klar fordeling af roller og ansvar, ligesom det giver mulighed for, at de berørte parter kan få koordineret et forløb, hvor man hver især får mulighed for at forberede sig på sine opgaver. En medarbejder på Egedal fortæller:

Vi har efterhånden snakket os frem til nogle samarbejdssamtaler, der gør, at vi lige indkalder til et koordinerings- og udskrivningsmøde. Så sætter vi os sammen og siger, ”vi synes sådan og sådan – tænker I det samme, og hvor lang tid skal I bruge?”. ”Jeg skal lige bruge to dage på, at han kommer retur, og så er det fint.” Så har vi samarbejdet ordentligt omkring det, og borgeren har selv været inde omkring, og jeg kan smile og sige: ”Er du klar til at komme hjem?”

Et sådant samarbejde finder dog ikke altid sted og afhænger blandt andet af, om borgerne er underlagt dom eller ej. Medarbejderen fortsætter:

Det bliver kompliceret, når de, der ikke har dom, ryger ud i noget misbrug, som tager overhånd. Hvis man ikke er psykisk forvirret i forvejen, så bliver man det da. Når de vælger at gå [fra en psykiatrisk indlæggelse] efter fem timer, så går de bare. Og så er der ikke nogen, der lige ringer herud og siger: ”Nu skal I lige høre her: Han er gået.”

Lederen på Bakkehuset fortæller endvidere, at det kan kræve megen energi at sikre afholdelsen af koordinationsmøder, når borgere bliver udskrevet efter en indlæggelse:

Vi kan så med større eller mindre held – og med stort ledelsesmæssigt arbejde – holde en kontakt [til behandlingspsykiatrien] og blive ved med at insistere på, at vi er her. Og at det er vigtigt, at vi holder en udskrivningssamtale. Både for dem og for os, for ellers er der efterfølgende en masse tid, begge parter skal bruge på, hvad er det for noget medicinændring osv., der er foregået.

En vigtig del af samarbejdet ved udskrivning kan være risikovurdering. En overlevering af sådanne vurderinger kan også blive udfordret, hvis udskrivinger sker hurtigt og uden forudgående aftale/møde. En psykiatrisk sygeplejerske, der samarbejder med Egedal, fortæller, at der fra hendes side er stor opmærksomhed i forhold til at sikre, at risikovurderinger bliver givet videre ved udskrivinger. Dette foregår dog for øjeblikket mundtligt, hvilket ikke altid er den mest sikre måde at videregive information på:

Vores trusselvurderinger, det er et af de steder, vi godt kunne blive lidt bedre: I forhold til at få dem givet skriftligt videre. Det

har jeg kigget på, mens jeg har været på efteruddannelse. Men på grund af omstruktureringer – vores afdeling står for måske at skulle lukke – er der ikke kommet gang i det. Lige nu skal vi bare padle.

På interviewtidspunktet findes der altså ikke en skriftlig procedure for videregivelse af risikovurderingen, når en borger bliver udskrevet fra sygeplejerskens afdeling efter en psykiatrisk indlæggelse. Det vil denne sygeplejerske godt ændre på, men arbejdet bliver bremset af igangværende omstruktureringer og nedskæringer.

SAMARBEJDE MED POLITIET

Som det fremgår, ligger en meget væsentlig tværsektoriel samarbejdsflade mellem botilbud/forsorghjem og hospitalspsykiatri. I forhold til det voldsforebyggende arbejde handler det blandt andet om at indlægge patienter, der viser tegn på at blive udadreagerende. Dermed er en anden vigtig samarbejdspartner politiet, der kan blive tilkaldt fx for at indlægge borgere, der ikke selv ønsker at blive indlagt, men som har behov for at blive det (Se Allen, Harris & de Nesnera, 2014 i forhold til samarbejde mellem politi og psykiatriske sygeplejersker).

Medarbejdere i såvel Bakkehuset som på Egedal fortæller, at de har et godt samarbejde med politiet. Dette er ikke et personbåret samarbejde, men består i, at man ringer på et givet nummer (afhængigt af, hvor akut situationen er), kommunikerer klart om, hvad der er brug for, og at de betjente, der er på vagt, ved, at det er alvor, når de bliver ringet op. Medarbejdere fra hhv. Bakkehuset og Egedal fortæller:

Vi ved godt selv, hvor grænsen går. Vi ringer 112, hvor beboeren er til fare for sig selv, eller vi kommer i fare.

Det er rigtig vigtigt for os, at politiet har en klar forståelse af, at når vi ringer, så er det, fordi det er *nu*, det gælder. Vi stiller os aldrig i en situation, hvor vi skal håndtere en fysisk konflikt. Der vil vi altid trække os og sige: ”Nu har vi forsøgt det, vi kan. Nu må I komme og hente ham.” Og det har de været rigtig fine til.

Som det fremgår af det sidste citat, ønsker man generelt at tilkalde politiet, *før* man er nået til det punkt, hvor der er opstået en fysisk konflikt. På

Bakkehuset, med 16 borgere, kan der gå lang tid imellem, at man har behov for politiets assistance. På Egedal, derimod, har man mere jævnlig kontakt, både fordi stedet er større, og fordi der her er en forsorgsdel.

Egedals samarbejde med politiet er ganske omfattende: Ud over afhentning af borgere til indlæggelse (eller eventuelt til en tur i detentionen) kan personalet også trække på politiet i andre sammenhænge. En funktionsleder fortæller, at man inddrager politiet i sikkerhedssituationen på stedet:

Mit samarbejde [med politiet] er i mange situationer af forebyggende karakter. Jeg har nogle gange behov for at ringe og sige: ”Jeg vil egentlig ingenting, men jeg har brug for en snak.” Det kan være, fordi vi har en borger, som ikke længere vil tage sine psykofarmaka, som er i massivt blandingsmisbrug, og som går rundt på matriklen og tikker. Vi ved ikke, hvornår han eksploderer. Der har jeg sådan en fredag eftermiddag – inden jeg kører hjem – brug for at ringe og sige: ”Sådan ser det ud i dag. Nu skal jeg på weekend, men jeg har medarbejdere, som ikke skal på weekend, og som skal holde skansen, hvis noget sker. Hjælp mig lige med en snak: Skal vi have tjekket eksplosionsfaren på borgeren, eller skal vi se det an? Og så ved I, at hvis vi ringer, så er det alvor.” Så får vi en snak om det, og så siger vi pænt farvel, og så kan jeg give noget videre til dem, der skal blive og holde skansen.

I andre sammenhænge kan det handle om at bruge politiet forebyggende, hvilket kan ske på forskellige måder. En anden medarbejder på Egedal fortæller:

Vi havde engang, hvor vi skulle aflevere en trøls besked til en borger, og det var vi lidt utrygge ved, fordi han før havde reageret meget kraftigt. Så ringede vi til politiet og sagde: ”Kan I hjælpe os?” To minutter efter kommer de med en bil og siger: ”Vi går derind sammen.” Så foregår ting lidt nemmere. Vi har også haft en del unge borgere, der var henne og få medicin på politistationen, fordi de ikke kunne finde ud af at begå sig i det sociale fællesskab nede ved os. Det ville [politiet] gerne lægge lokaler til ... Det synes jeg har været fantastisk.

Forsorgsafsnittets brugere har ofte haft en del kontakt med politiet tidligere på grund af udøvelse af kriminalitet. Dette fælles kendskab til de samme borgere gør også, at man på Egedal fx kan bede politiet om at

tage en "kammeratlig samtale". Som en medarbejder siger: "Det kan være ret præventivt, at [politiet] lige tager en snak om: 'Mon ikke du skal slappe lidt af det næste stykke tid.'" Personkendskabet på tværs af Egedal og det lokale politi går så vidt, at politiet undertiden ved, om det er bedst at komme med eller uden udrykning på patruljebilen, når de bliver tilkaldt for at afhente en given borger.

Det gode og fleksible samarbejde mellem politi og Egedal kan også gå den anden vej. Det hører vi om fra en politiassistent:

Det kan være, at vi skal have fat i nogle af dem, der bor her, til et retsmøde. Det samarbejder vi fint om: "Er vedkommende herude?" "Ja". "Okay, så kører vi ud med brevet"... I sidste uge var der også en beboer herudefra, som lå nede i byen og var godt fuld og havde tisset ud over sig selv og det hele. I det tilfælde tænkte vi: "En ældre mand skal ikke i vores detention, han skal hjem i sin seng." Og han bor herude. Så ringede vi herud og sagde: "Vi har sådan og sådan, vi ved godt, at I normalt ikke vil have dem, hvis de er fulde", men der sagde de med det samme: "I kan bare komme med ham." Det synes jeg er fint, fordi hvorfor skal han ligge ved os, når han kan komme hjem i sin seng?

Også på botilbuddene Møllebo og Strandengen, som beskrives i første del af denne rapport, må man med jævne mellemrum tilkalde politiet. Modsat på Egedal, hvor man er tilfreds med at have en lokal politistation, hvorfra en patruljevogn ofte kan være fremme på få minutter, oplever man på Strandengen konsekvenserne af længere afstand, da nærmeste politistation nu ligger 20 km borte.

På Møllebo fortæller de om en nylig episode, hvor de ringede efter politiet på grund af en udadreagerende borger. Her oplevede medarbejderne, at politiet ikke havde taget deres anmeldelse alvorligt. Til denne episode er der nu et efterspil på ledelsesmæssigt niveau for at sikre, at medarbejderne på Møllebo en anden gang kan føle sig trygge ved at ringe efter politimæssig assistance, når de skønner det nødvendigt.

SAMARBEJDE MED PRAKTISERENDE LÆGER

Ud over de udfordringer med fx psykiske lidelser, misbrug og sociale problemer, mange af borgerne på botilbud og forsorgshjem må kæmpe med, lider de ofte også af forskellige somatiske sygdomme, og samarbej-

det med borgerens egen læge er derfor vigtigt. Dette samarbejde kan forløbe forskelligt, afhængigt af om det udfolder sig i forhold til borgere på botilbud eller til borgere på forsorgshjem.

I forhold til nogle borgere på forsorgshjem (blandt andet nogle af Egedals borgere) består udfordringen først og fremmest i at finde ud af, hvem egen læge overhovedet er, og hvad den enkelte borger eventuelt har af somatiske lidelser. Som Egedals leder fortæller:

Mange af dem [der kommer til Egedal] ved ikke engang, hvem deres læge er, fordi de har mistet deres sygesikringsbevis. Alle de der ting, dem finder vi så ud af. Det handler først og fremmest om en god social udredning og screening.

Nogle af disse borgere har mange somatiske sygdomme. Som Egedals leder forklarer: ”De har et helbred som 90-årige, men de er måske bare midt i 40’erne.” Et sådan dårligt helbred gør selvsagt, at et samarbejde i forhold til somatiske lidelser, fx med egen læge, får betydning.

I Bakkehuset, hvor man har et mindre antal borgere, som ofte bor der i en længere årrække, har man over tid etableret et samarbejde med en lokal læge. Ved indflytning valgte en del af Bakkehusets borgere at skifte til denne læge, som en af medarbejderne fortalte følgende om:

Jeg tror, de føler sig godt tilpas i [lægens] nærvær. Han dømmer dem ikke. Han ser dem, som han ser os to, når vi kommer ind. Hvis man sammenligner med psykiateren, så er psykiateren der tit bare for én ting, og det er medicinen ... Det er ofte ikke så rart at gå til psykiater. Men hos lægen bliver du faktisk lyttet på – hvad du har af problemer. De kommer jo ikke med deres psykiske problemer til [lægen] – der er det jo alt muligt somatisk. Men det [borgernes psykiske lidelser] skinner jo ofte igennem. Jeg synes, [lægen] er rigtig god, fordi han godt ved, at de har alle de her psykiske problemer, og han er god til, hvordan han skal tackle dem. Hvis de sidder og fortæller en eller anden røverhistorie, eller det faktisk er psykotisk, det, der kommer ud af munden på dem, så er han helt med på det [og siger bare] ”Nåh ja”. Så glider han bare lidt af på det.

Når Bakkehusets borgere skal til fx denne læge, er det ofte deres kontaktperson, der bestiller tiden og ledsager dem til lægehuset. Her ønsker nogle borgere, at kontaktpersonen også deltager i selve konsultationen.

En medarbejder fortæller: ”Jeg tror, mange af dem synes, det er meget rart, for hvis de ikke kan huske alt det, der bliver sagt, så er vi ligesom med.” At medarbejderne ofte ledsager borgerne til konsultation hos lægen, er også med til at sikre, at kontaktpersonerne har en god føling med borgernes helbredstilstand, og at de kan lytte med på lægens råd om, hvordan en given sygdom burde behandles.

Et godt samarbejde med de praktiserende læger kan på denne måde være med til at bedre borgernes sundhedstilstand og forebygge somatiske udfordringer. Dette kan have positiv betydning for det voldsforebyggende arbejde ved at bedre borgernes almentilstand og dermed forebygge stress. Desuden kan ubehandlede somatiske sygdomme, der fx giver smerter, være med til at gøre borgere med kommunikative vanskeligheder udadreagerende, da de har vanskeligt ved at udtrykke og få hjælp til at lindre deres ubehag (Engen, 2014).

RESSOURCER OG UDFORDRINGER I DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

Som det fremgår, kan noget af det tværsektorielle samarbejde, som Bakkehuset og Egedal indgår i, fungere godt, men det er ikke altid tilfældet.

De faktorer, der i litteraturen er beskrevet som hhv. fremmende eller hæmmende for det gode, tværsektorielle samarbejde, kan også findes i erfaringer fra de to besøgte institutioner (fx Fuller m.fl., 2011; Whiteford m.fl., 2014). Fx kan man opleve, at forskellige forandringer inden for de forskellige systemer kan gøre det vanskeligere at samarbejde.

Som nævnt i kapitel 4 kan fysisk nærhed facilitere det tværsektorielle samarbejde, men organisationsændringer og besparelser kan komme til at øge afstanden mellem folk og hæmme parternes muligheder for at samarbejde. I interviewene hører vi om nylige nedlæggelser af psykiatriske sengepladser på et hospital nær Egedal, der betyder, at borgere med behov for en indlæggelse nu skal til et hospital 40 kilometer væk. Denne øgede afstand vil i sig selv ændre det samarbejde, der er etableret mellem Egedal og hospitalspsykiatrien. En psykiatrisk sygeplejerske fortæller:

De psykosepatienter, som vi ofte har fra Egedal – når de skal indlægges nu, så skal de til [by, 40 km væk]. Før har vi brugt rigtig meget, at patienterne kom hjem på hjemmebesøg [på Egedal]: Patienterne skulle lige hjem og kigge til postkassen og hilse på

deres kontaktperson ... Vi kunne så få en tilbagemelding fra kontaktpersonerne: ”Hvordan er det gået?” Og nogle gange er folk så kommet hjem igen [efter sådan et besøg]. Det kan vi ikke i samme grad længere, for nu er der for lang transporttid til, at de kan komme hjem og ”mærke”. Og der er forskel på, hvordan de er i afdelingen, og hvordan de opleves derhjemme. Vi kan godt have en patient, der går rundt stille og roligt i afdelingen, og så bliver han så vred, når han kommer hjem. Men det kan vi ikke nå at undersøge, når de skal helt til [by].

Medarbejdere på Egedal fortæller også, at de frygter, at den øgede afstand mellem Egedal og psykiatrisk afdeling kan påvirke borgernes løbende behandling i negativ retning:

Vi har borgere, som ikke kan bevæge sig selv til [by, 40 km væk] for at gå til de samtaler, så lige nu er der lige et spændingsfelt for, hvordan vi kan håndtere det her til borgerens bedste. Os på bostøtten bliver udfordret på den måde, at vi skal ekskortere borgeren derud – de er ikke i stand til at tage et tog eller en bus, så vi ender altid med at tilbyde kørsel, fordi vi ved, at det er vigtigt for borgeren at møde til samtalen. Og vi har mange borgere på kontanthjælp, og de har ingen penge til tog og bus. Det er der heller ikke taget hensyn til i den proces.

Omstruktureringer og en højere grad af specialisering kan også betyde, at etablerede netværk bliver splittet op, så man skal begynde forfra med at lære personale og arbejdsgange hos hinanden at kende. Endvidere kan en øget grad af specialisering medføre, at et for stort antal personer egentlig burde indgå i samarbejdet om en given borger:

Vores ambulante funktioner er nu blevet delt op i ”affektiv” og i ”psykose”, og så er de igen delt op i små kasser med underklinikker. Det hele er blevet så stort og specialiseret, at vi efterhånden alle går hovedløst rundt og ved næsten ikke, hvad vi selv og hinanden laver ... Og [med den nye struktur] er der også mange kommuner, der er involveret, så man kender ikke hinanden og ved ikke, hvordan man skal samarbejde med den enkelte kommune [og deres botilbud], hvilket komplicerer det yderligere ... Man får en eller anden følelse af fremmedgjorthed. Både som personale og som patient, tror jeg – specielt som patient. Der skal være mere kontinuitet for den enkelte patient – og det er der ikke lige nu (psykiatrisk sygeplejerske, samarbejder med Egedal).

Den fine kommunalreform [har udfordret samarbejdet]: Fx hvis vi har en patient, der er misbruger og skal have pension eller arbejdsprøves og har en pensions sag. Jamen, så er vi både i kontakt med misbrugscenteret, jobcenteret og pensionskontoret og med forskellige sagsbehandlere, og der er ingen i kommunen, der har det samlede overblik over de tre ting. De snakker ikke med hinanden. Så man skal have samlet indsatsen på få hænder, der så ved, at det er dem, der har bolden (psykiatrisk overlæge).

YDELSESSTRUKTURENS BETYDNING

Som det fremhæves af blandt andre Whiteford m.fl. (2014), er tilstrækkelige ressourcer af væsentlig betydning for at sikre et godt, tværsektorielt samarbejde. Det er blandt andet afgørende, om medarbejdere har ressourcer til at deltage i samarbejde og fx tage del i koordinerende møder. Vi hører, at dette i en del tilfælde kan være vanskeligt og på denne måde bremser samarbejdet om borgerne – noget, man også ser ske i andre lande (O'Donnell, Williams & Kilbourne, 2013). Et vigtigt element her er, hvordan forskellige former for aktiviteter honoreres i et givent system. I den danske hospitalspsykiatri bliver et møde uden patientdeltagelse generelt ikke anset for at være ”en ydelse”, og vi hører, at denne struktur kan hæmme medarbejdernes muligheder for at deltage i samarbejdet:

Vi har jo i bund og grund ikke meget mulighed for at deltage i de koordinerende møder. Vi får ikke nogen ydelse for det, hvis ikke vi har en patient med. Det er jo dér, hvor man tænker, at det er helt gik i låget, det her samfund, for der kan jo godt være behov for at holde møde om patienten, uden at patienten deltager. Det er der ofte. Men det kan så ikke lade sig gøre. Vi er faktisk også begyndt at konkurrere vældig meget med os selv i organisationen: ”Hvem kan nu holde ydelsestallet?” Vi skal have så og så mange ydelser pr. uge. [Og dem, der ikke kan holde tallet ...], det er dem, der ryger (psykiatrisk sygeplejerske).

Under de arbejdsforhold, som denne sygeplejerske beskriver, bliver det tværsektorielle samarbejde nedprioriteret til fordel for egne kerneopgaver, herunder møder med patienterne, der bliver anset for at være ydelser. Der kan dog være nogle udfordringer med disse ydelsesstrukturer. Som den psykiatriske overlæge udtrykker det:

Det er et voldsomt paradoks, at psykiatrien kun honorerer deres medarbejdere for, hvornår de har ambulat *face-to-face*-kontakt

med patienten – når vi bruger 70 pct. af vores tid på koordinering. Nu kender jeg jo mange af mine [retspsykiatriske patienter] ret godt. Og når tingene er faldet til ro, og der er system i det og styr på koordinationen – jamen, så snakker vi om, at de har været henne ved købmanden og købe tomater. Så er det jo ligegyldigt, om jeg snakker med dem hver anden uge eller en gang om måneden. Omvendt kan man godt sidde og snakke med patienten om en kommunal bevilling i årevis, men hvis man ikke får snakket med sagsbehandleren, så får man jo aldrig indført noget. Så det er koordineringen omkring det, der er meget vigtig for, at der kommer noget essens i det, man snakker om. Når koordineringen er i orden, så er tingene rolige. Så bare én gang, hvor [fagprofessionelle] får snakket sammen, og dem, der skal være til stede, de er til stede – [gør en meget stor forskel].

Også på anden vis kan et pres på de enkelte institutioners ressourcer hæmme det tværsektorielle samarbejde. Det kan handle om, at medarbejdere, der er under pres, søger at beskytte sig selv mod forstyrrelser udefra for dermed bedre at kunne varetage deres kerneopgaver. Dette bevirker dog, at det kan kræve mange ressourcer at komme igennem til en given partner og fx få aftalt et møde. Den psykiatriske overlæge – hvis arbejde blandt andet består i at sikre et ordentligt samarbejde omkring retspsykiatriske patienter – fortæller:

Det er et hyr [at koordinere] – bare at få kalenderne til at passe sammen, at få kontakt, er virkelig ressourcekrævende ... Kommunerne og sagsbehandlerne beskytter sig jo med rette mod tilgængelighed, for de skal også have ro til at arbejde. Men det er nærmest overbeskyttelse. Det samme med praktiserende læger. De skal jo også have lov til at arbejde, men for dølen, når man er henvist til at ringe i telefontiden mellem 8 og 9, så kan man jo ringe i en hel time, fordi man ikke kan få fat i vedkommende, fordi man er nummer syv i køen. Du kan jo ikke komme videre. Så det tværsektorielle samarbejde bliver meget forhindret af tilgængelighed – og af, at man ikke ved, hvem man skal henvende sig til. [Men når det lykkes,] giver det pote i sidste ende.

Modsat fortæller samarbejdspartnere, fx inden for retspsykiatrien, at de i deres stilling har mulighed for både at planlægge og deltage i samarbejde af forskellig slags og samtidig har udstrakt selvstændighed i planlægning-

gen af deres arbejde. Begge dele er med til at gøre et godt tværsektorielt samarbejde muligt.

Vi skal ikke have lige så mange ydelser, som andre teams skal have. Og så kan man jo bruge sin tid, som man synes den bruges bedst. Når nogle borgere får det dårligere, kan man veje det lidt op og sige: ”Jeg kommer til dig hver dag her det næste stykke tid. Jeg kan se, du har det skidt.”. Så kan det være, at den patient bliver indlagt, og så har man tid til nogle andre (psykiatrisk sygeplejerske, samarbejder med Bakkehuset).

Forskellige professionelle har dermed meget forskelligartede muligheder for at kunne engagere sig i samarbejdet med hhv. Bakkehuset og Egedal. Disse forskelle i vilkår er dermed centrale for de store forskelle, der er på, hvordan samarbejdet i forhold til forskellige borgere kom til at forløbe.

CENTRALE OG TVÆRGÅENDE TEMAER I FORHOLD TIL DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

INDLEDNING

Dette kapitel belyser centrale temaer i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Kapitlet trækker såvel på litteraturstudiet som på de to cases og inddrager også interview med et antal forskere og ressourcepersoner. På tværs af materialet fremgår det, at et godt tværsektorielt samarbejde anses for positivt og vigtigt. Overordnet set er der enighed om, hvilke faktorer der hhv. fremmer og hæmmer det tværsektorielle samarbejde. I praksis kan det tværsektorielle samarbejde dog være ganske udfordret og vanskeligt at få til at fungere. Endelig må man sige, at der er stor diversitet af samarbejdsformer, selv inden for den enkelte type af samarbejde og inden for den enkelte institution.

ERFARINGER MED DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

Interviewene med medarbejdere på og samarbejdspartnere til Bakkehuset og Egedal viser, at der er en stor diversitet i det tværsektorielle samarbejde. Samarbejdet varierer blandt andet afhængigt af, om givne borgere er underlagt dom eller ej, hvor i Danmark de bor, hvilke behov og udfor-

dringer de har, og hvilke parter og personer der samarbejder omkring dem.

De positive erfaringer med samarbejde, som bliver omtalt på begge de besøgte institutioner, ligger klart på linje med erfaringerne fra litteraturstudiet i kapitel 4. Blandt de faktorer, der var med til at sikre et godt, tværsektorielt samarbejde, der bidrog positivt til det voldsforebyggende arbejde, var følgende:

- *Klar fordeling af roller og ansvar* – herunder viden om, hvilke medarbejdere der skal samarbejde
- *God kommunikation*
- *God forståelse for hinanden* og af forskelligartede kultur, rammer og formål parterne imellem
- *Tillid* de samarbejdende parter imellem – en tillid, der blandt andet kan opbygges, når et godt samarbejde får lov til at udfolde sig over tid
- *Opbakning til integration og samarbejde* – såvel ledelsesmæssigt som i arbejdets struktur
- *Ressourcer* til at samarbejde, blandt andet den nødvendige tid til at koordinere møder og deltage i dem
- *Overskuelighed og nærhed* – antallet af personer, der skal samarbejde, er ikke for stort, og man har nem adgang til at mødes fysisk, eventuelt sammen med borgeren
- *Engagement* i forhold til at være fleksibel og imødekommende over for hinanden og herigennem medvirke til, at samarbejdet kan lykkes.

I det følgende diskuteres to sammenflettede emner, blandt andet på baggrund af interview med forskere og praktikere, der havde viden om det tværsektorielle samarbejde. Det drejer sig dels om emnet *forståelse for hinanden* på tværs af sektorgrænser – primært mellem behandlingspsykiatrien og den sociale sektor. Og det drejer sig dels om emnet *ressourcer, berunder ydelsesstruktur*, der også lader til at spille en væsentlig rolle for, hvordan det tværsektorielle samarbejde udfolder sig.

Først skal det dog igen understreges, at en del af problematikken omkring (mangelfuldt) samarbejde har udgangspunkt i de borgere, der står i centrum for det hele: I deres komplekse problemstillinger – som kan være kombinationer af psykiske lidelser, kognitiv funktionshæmning, sociale problemer og fx stofmisbrug – er der gensidigt forstærkende fak-

torer, som gør, at borgerne er vanskelige at behandle og at rumme. Dette kan være med til at skabe, hvad en forsker kalder ”samarbejdsirritationer” – hvor hvert system er irriteret over, at det andet system ikke gør sit arbejde ”godt nok”. Her kan botilbuddets medarbejdere fx ønske, at bedre og længere psykiatriske indlæggelser vil gøre det nemmere at arbejde med en borger. På den anden side kan psykiatrien irriteres over, at botilbud fx ikke magter at få en given borger til at tage sin medicin.

En sådan oplevelse af, at ”det andet” system ikke udfylder sin rolle godt nok, er selvsagt ikke fremmede for det gode, tværsektorielle samarbejde. Af både caseinterviewene og litteraturen fremgår det, at sammenstødet mellem forskellige kulturer og måder at arbejde på spiller en rolle for, om samarbejdet bliver en succes (Magnusson & Lützén, 2009; Mikkelsen m.fl., 2013). En forsker (psykiatri/misbrug) formulerer det således:

Der er selvfølgelig kultur i det: Forskellige systemer har forskellige perspektiver: Hvad er de primære problemer? Hvordan skal vi gå til dem? Hvem har ansvaret? Altså forskellige måder at se tingene på, der kan modarbejde hinanden, hvis man ikke har en opmærksomhed omkring det. Og det kan skabe samarbejdsudfordringer. Det er også vigtigt at kende de strukturelle forhold. Der er fx nogle forskelle i, hvordan forskellige systemer er organiseret. Hvordan adgangsvejene ind i dem er. Og hvad det er for regler og rammer og retningslinjer, vi arbejder under. Dem kender folk ikke. Så der er simpelthen noget faktisk viden for at forstå de her systemer, som er vigtig.

Med et bedre kendskab til hinandens rammer og vilkår kunne noget ”samarbejdsirritation” undgås og erstattes med et mere retvisende syn på, hvad man kunne forvente af hinanden. Forskeren fortsætter:

Man hører fx både i misbrugsbehandlingen og på botilbuddene: ”Han er simpelthen så syg, og så får vi ham ind på en skadestue, og så sender de ham hjem dagen efter.” Det bliver en fortælling om, at de [i psykiatrien] ikke gør deres arbejde godt nok. Men hvis du kigger på det fra psykiatriens perspektiv, så gør de deres arbejde vældig godt, for det handler om, at han kommer ind, og han skal kun være der så kort tid som muligt. Så skal han stabiliseres, og når symptomerne er klinget af, skal han et andet sted hen. Så at få den der forståelse for, hvad er det for nogle præ-

misser, man arbejder ud fra. Hvad det er for et lovgivningsgrundlag.

Også en hospitalspsykiatrisk overlæge påpeger vigtigheden af, at man i de forskellige sektorer har en sådan forståelse for de betingelser, man hver især arbejder under. Overlægen forklarer:

Hvis borgeren fx hele tiden vil udskrives, så er der grænser for, hvor længe du kan tvangstilbageholde ham. Der skal psykiatriloven jo være opfyldt. Og så er der mange folk, der skal kaldes ind.

Har man på et botilbud eller forsorgshjem ikke kendskab til disse forhold, kan man opleve, at en sådan udskrivning sker, fordi psykiatrien ikke gør sit arbejde ordentligt og dermed ikke løfter sin del af opgaven med de komplekse borgere. Omvendt kan et kendskab til og en forståelse for de forskelligartede strukturer og muligheder, der ligger i hvert af de samarbejdende systemer, virke fremmende for det gode samarbejde. Et sådant kendskab kan også opbygges gennem gode samarbejdsrelationer, hvor man over tid har mulighed for at lære, hvad der kan og ikke kan lade sig gøre.

At en sådan fælles forståelse for to systemer med forskellige roller og muligheder kan opbygges, fremgår fx i forhold til samarbejdet om borgere med dom til behandling på både Bakkehuset og Egedal. Som den psykiatriske overlæge, der samarbejdede med Egedal, udtrykker det (Kapitel 5, afsnittet ”Kulturforståelse og god kommunikation”): ”Vi har det ikke sådan, at vi er to systemer, der kæmper *mod* hinanden. Vi kæmper *med* hinanden.”

PRES PÅ RESSOURCER

Det er dog også tydeligt, at udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde handler om andet og mere end et manglende *kendskab* på tværs af sektorer. Uanset at litteraturen peger på, at en integreret indsats i forhold til de typer af borgere, der bor på botilbud og forsorgshjem, samlet set kan skabe en økonomisk gevinst (fx Ovretveit, 2011), lader en del af de samarbejdsudfordringer, vi hører om i de to cases, til at udspringe af, at de samarbejdende systemer hver især oplever sig som pressede på ressourcer. Noget sådant beskrives af en af de interviewede forskere (psykiatri/samarbejde):

Sygehusene er presset af et patientflow, der er for stort i forhold til, hvor mange sengepladser de har, personaleressourcer osv. Og på bostederne er de pressede af, at de observerer, at de her beboere bliver mere og mere dårlige. De kan så prøve med alt, hvad de har af pædagogiske kompetencer osv. ... Og borgere, patienter, mennesker flyttes frem og tilbage mellem de to organisationer, fordi de skal have noget forskellig behandling de forskellige steder – og ingen af stederne synes, at den anden får udfyldt rammerne godt nok til, at de kan arbejde med borgeren. Når en borger skal udskrives hurtigt, får [botilbud] borgeren døpet tilbage [fra hospitalspsykiatrien], og så kan de jo ikke arbejde recovery-orienteret.

Også i caseinterviewene omtales et pres på psykiatrien, i forhold til (for) hurtig udskrivning af borgere tilbage til botilbud og forsorgshjem. En anden forsker (psykiatri/misbrug) påpeger i den forbindelse dog, at uanset at dette fænomen er noget, der tales meget om, mangler der viden om emnet:

Jeg hører fra psykiatrien, at man føler sig presset. At man står dér om fredagen og skal tage stilling til, hvem der skal udskrives op til weekenden, fordi vi ved, at der vil komme nogen ind akut, som er endnu dårligere. Jeg hører også historier om, at man ikke har tid og ressourcer til at lave et ordentligt stykke psykiatrisk arbejde. Og jeg mener, at den der forestilling om en direkte sammenhæng imellem, at vi har fået færre sengepladser, og vi fx har fået flere retspsykiatriske patienter, den bør undersøges nærmere.

At et pres i forhold til, hvor en given borger skal være, særligt kan spidse til op til en weekend, er noget vi hørte omtalt flere gange i vores caseinterview. Denne problematik er, ifølge den samme forsker, relativt velkendt:

Hvis man [i psykiatrien] står med to patienter, og de er begge to dårlige – men den ene af dem bor på et botilbud, hvor der trods alt er noget personale. Så er der også en logik i, at det er den person, man vælger at udskrive.

Hvis borgere, som en konsekvens af forhold som de ovenfor nævnte, udskrives til botilbud eller forsorgshjem tidligere, end de burde, kan det

udgøre en udfordring for medarbejderne på institutionerne. Her er der altså ikke det gode samarbejde om overgange mellem forskellige systemer, som forskningen fremhæver som vigtig (Cherner m.fl., 2014; Fernandes & Flak, 2012; Forchuk m.fl., 2013). At nogle udskrivninger foregår forholdsvis ukoordineret, hører vi især om fra Egedal. Her får de undertiden meget begrænsede muligheder for at få aftaler i stand, inden givne borgere ankommer og ryger ... ”med døren ind med *sådan* en sidevind”, som en funktionsleder formulerer det. I sådanne overgange er der selvsagt ringe mulighed for at tilpasse ressourcer og fx få en god risikovurdering af borgeren med fra den ene sektor til den anden. Denne form for manglende samarbejde kan dermed være en svaghed i forhold til det voldsforebyggende arbejde på botilbud og forsorgshjem.

Som det fremgår ovenfor, er der en ulige magtrelation mellem hospitalsafsnit og botilbud, hvor hospitalerne ensidigt kan udskrive borgere, uanset hvad det enkelte botilbud måtte mene om det. Spørgsmålet bliver derfor blandt andet, hvad botilbuddene kan stille op inden for egne rammer. Her hører vi fra Egedal om noget, der kan betegnes som en kreativ løsning i en vanskelig situation: De bliver af og til kontaktet af kommuner, der ønsker en hjemløs borger indskrevet på forsorgshjemmet. Hvis sådanne borgere fx har tendens til at råbe op, kan det være svært for Egedal at rumme dem. På Egedal kan man i nogle tilfælde vælge at tage imod sådanne borgere på betingelse af, at hjemkommunen betaler ikke ét, men to værelser til borgeren. Med et sådant ekstra værelse kan borgeren bo lidt mere afsondret – også akustisk – fra Egedals andre borgere, og dette kan i nogle tilfælde være en acceptabel løsning på en udfordrende situation.

SAMARBEJDE – OFTE EN ”EKSTRA” OPGAVE

Uanset hvorvidt og i hvilket omfang samarbejdsudfordringer bunder i mangel på ressourcer, er der en klar forståelse blandt såvel de interviewede medarbejdere på de to tilbud som blandt deres samarbejdspartnere af, at der på nuværende tidspunkt er strukturer, der vanskeliggør det tværsektorielle samarbejde (Diminic m.fl., 2015). Et centralt vilkår i den forbindelse er, at samarbejdet generelt ikke bliver anset for at være en kerneopgave, hvorved samarbejdet ofte opfattes som noget, der skal gøres ud over det ordinære arbejde, og som ikke bliver hverken målt eller honoreret i ens eget system.

Betydningen af den gældende ydelsesstruktur i psykiatrien blev omtalt i det foregående kapitel. I interviewene med forskere og praktiskere bliver dette emne også fremhævet som et mere generelt problem. En forsker (psykiatri/misbrug) formulerer det således:

I psykiatrien, så kan vi fx se, at de incitamentsstrukturer og de økonomiske modeller, man bruger, de understøtter kun i ringe grad det tværsektorielle samarbejde. I distriktpspsykiatrien er det fx sådan noget så banalt som, at man kun får ydelser, hvis man har en patient med. Det vil sige, at hele den der løben op omkring ”hvem er vi egentlig omkring den her patient?”, det er noget, man gør ud over eller ved siden af ... Og så er der selvfølgelig ressourcer. At få i forvejen pressede systemer til at tænke ud over deres egen boks er vanskeligt. Her oplever vi, at man samler sig om sine kerneopgaver: Der, hvor man får ydelserne og er inde og måle. Og så længe vi ikke opstiller mål, der måler på det tværsektorielle samarbejde, så bliver det også bare sværere at prioritere, når man synes, man er presset.

Hvis hvert system ikke tilskriver det tværsektorielle samarbejde betydning ved fx at opstille mål for det og/eller honorere det, er det med til, at et sådant samarbejde meget vel kan blive nedprioriteret i forhold til andre opgaver. Dette fremgår også af fx O'Donnell, Williams & Kilbourne, (2013).

At det kan være vanskeligt at få tid til at indkalde til møder, få fat i samarbejdspartnere (fordi de er svært tilgængelige) og være svært for forskellige parter at deltage i samarbejdsaktiviteter, hører vi også i forbindelse med de to besøgte institutioner. Noget tilsvarende – *”mangel på tilstrækkelige økonomiske ressourcer”* og *”for store arbejdsbyrder for de involverede medarbejdere”* fremhæves også i litteraturen om emnet (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011; Whiteford m.fl., 2014).

Det skal nævnes, at vi i interviewene på de besøgte tilbud ikke i noget særligt omfang hører om, at medarbejderne må fravælge at samarbejde på grund af mangel på egne ressourcer, da samarbejdet primært bliver vanskeliggjort af samarbejdspartneres problemer med at deltage i fx koordinerende møder. Her er det vigtigt at påpege, at de besøgte to cases er udvalgt, fordi de på mange måder fungerer særlig godt. Når medarbejderne i disse udvalgte tilbud ikke oplever, at det først og fremmest er deres ressourcemæssige begrænsninger, der forhindrer dem i at engagere sig i det tværsektorielle samarbejde, kan dette altså ikke genera-

liseres til at gælde for medarbejdere på botilbud og forsorgshjem mere generelt.

FORSKELLIGE SAMARBEJDSFORMER

Uanset de udfordringer, de kan opleve, har Bakkehuset og Egedal også mange gode erfaringer med samarbejde af forskellig slags. I forhold til typologien over ni forskellige samarbejdsformer, opstillet af Whiteford m.fl. (2014), lod flere forskellige typer af samarbejde til at være i spil:⁷

- *Samlede indsatsplaner* – i forhold til fx retspsykiatriske patienter
- *Samarbejdende teams* – denne indsats er dog på forsøgsbasis og er p.t. stillet i bero
- *Koordinationsgrupper* – med regelmæssige møder mellem repræsentanter fra forskellige typer af institutioner
- *”Co-location”*, hvor forskellige tilbud/indsatser fysisk findes på samme adresse
- *Samarbejdsaftaler* – afhængigt af typen af borger og af samarbejdspartnere.

I langt mindre grad hører vi om samarbejdsformer som de følgende:

- *Fælles ledelse* – samling af forskellige indsatsers ledelse i en enkelt instans
- *Fælles informationssystemer*
- *Fælles finansiering*
- *Fælles uddannelse.*

Samtidig er det også manglen på fælles informationssystemer, som gør, at vigtig viden nemt går tabt, når en borger bevæger sig imellem to systemer. Tilsvarende kan manglen på fælles finansiering give udfordringer i forhold til, hvordan samarbejdende systemer hver især tilrettelægger deres arbejde i forhold til de samme borgere.

⁷ Kategoriseringen sker på oplysninger i de foretagne interview. Med et mere udbygget datagrundlag kunne de forskellige indsatser muligvis kategoriseres anderledes, og opstillingen skal dermed først og fremmest tjene til at eksemplificere sameksistensen af forskellige samarbejdsformer i forhold til de to besøgte botilbud.

På den anden side er der ganske meget samarbejde, der kan beskrives som mere ”ad hoc”. Det realiseres i vidt omfang i to typer af situationer – der naturligvis også vil kunne tilgodeses med de ovenfor nævnte samarbejdsformer. Det sker dels i *overgange imellem systemer* – fx ved første indskrivning på Bakkehuset/Egedal eller ved overgangen tilbage til en af disse institutioner efter en psykiatrisk indlæggelse. Og det sker i forbindelse med *samordning af* fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og den sociale indsats. Endelig kan ad-hoc-samarbejde opstå ved *behov for sparring og støtte* i et forløb, der over tid blev forsøgt tilpasset til borgerens skiftende behov.

Ikke overraskende lader samarbejdet til at fungere bedst, hvor der igangsættes en særlig indsats for at få det til at fungere, fx i form af deciderede samarbejdsprojekter. At sådanne projektindsatser kan være med til at sikre et godt samarbejde, er også noget, en af de interviewede forskere (psykiatri/misbrug) fremhæver:

Der har jo kørt nogle projekter rundt omkring, hvor man har prøvet at få denne her trekant [hospitalspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling] til at fungere bedre. Hvor man også har fået nogle gode erfaringer med, at hvis man har det som en prioriteret indsats – og nok også har fået nogle ressourcer tilført, som der hyppigt vil være i projekter – så kan man faktisk godt få det til at fungere.

Også den ordinære indsats kan fungere godt. Dette ser fx ud til at være tilfældet omkring en del af de retspsykiatriske patienter på de to besøgte institutioner. De samme rammer kan dog fyldes ud på mange måder (Liljegren, 2013), og dermed kan der være stor forskel på, hvor godt fx koordinationsplanerne i forhold til borgere med dom til behandling fungerer: Ifølge interviewene er nogle sådanne koordinationsplaner gode og skarpe samarbejdsredskaber, der giver dem klarhed i ansvar og roller. Andre gange – udfyldt af andre samarbejdspartnere – kan koordinationsplaner dog være for vagt formulerede til at fungere som optimale samarbejdsredskaber. Dette understreger atter vigtigheden af, at de samarbejdende parter fx har mulighed for at mødes og afklare – og nå til enighed om – hvordan samarbejdet bør forløbe. Meget samarbejde i dagligdagen fungerer desuden ganske enkelt, fordi medarbejderne får det til at ske.

Den positive betydning af ”co-location” bekræftes på tværs af caseinterviewene, der fremhæver betydningen af fysisk nærhed: Er man tæt på hinanden, er det nemmere at mødes rent fysisk. Tillid, gensidig forståelse og god kommunikation kan også fremmes af, at samarbejdspartnere har relativt nem adgang til at mødes fysisk. Nærheden kan endvidere være vigtig, når samarbejdet handler om en praksis, hvori borgeren indgår: Når en bostøtte fx har nemt ved at komme på besøg hos en borger, der er indlagt, og en indlagt borger uden stort besvær kan komme på ”hjemmebesøg” på sit botilbud, understøtter det bevarelsen af gode relationer til borgeren og muliggør en fleksibel og trinvis overgang fra den ene sektor til den anden. Dette kan være særlig vigtigt, fordi borgerne kan udvise en forskellig adfærd, når de er hhv. på et hospitalsafsnit og på deres botilbud.

Øget fysisk afstand mellem samarbejdspartnere (der fx udspringer af organisatoriske omlægninger og fx øget specialisering) kan omvendt gøre et godt tværsektorielt samarbejde mere vanskeligt. Organisatoriske omlægninger kan endvidere bryde etablerede netværk op med tab af etablerede samarbejdsrelationer til følge. Af interviewene på såvel Bakkehuset som Egedal fremgår det, at noget sådant sker med jævne mellemrum.

Betydningen af fysisk nærhed bliver også fremhævet i forhold til politiet, der udgør en vigtig samarbejdspartner i forhold til myndighedsudøvelse over for borgere, der fx viser tegn på at blive, eller bliver, udadreagerende. På Egedal er man glad for, at man har en lokal politistation. Modsat hører vi på Strandengen – en af casene i denne rapportes første del – at nedlæggelsen af den lokale politistation gør, at det kan vare længe, før en tilkaldt patruljevogn dukker op, hvilket bekymrer stedets ansatte.

Endelig kan de retspsykiatriske sygeplejerskers samarbejde med Bakkehuset fremhæves som et eksempel på et velfungerende tværsektorielt samarbejde, der ser ud til at have en positiv betydning for forebyggelse af vold (se fx casen om Stefan, boks 5.1). I denne samarbejdsrelation er mange af de generelle faktorer fra litteraturen opfyldt: Der er klare roller og en klar ansvarsfordeling; sygeplejerskerne er i stand til at krydse sektorgrænser og varetage deres arbejde i forhold til borgerne, uden at disse behøver at forlade botilbuddets trygge rammer; man opbygger stærke relationer over tid – såvel mellem borgerne og sygeplejerskerne som mellem sygeplejerskerne og borgernes kontaktpersoner på botil-

buddet, og der er tid og rum til, at de to personaler – alene eller sammen med borgeren – kan diskutere borgerens udvikling og situation.

Samtidig giver samarbejdet mulighed for, at man på botilbuddet kan få hurtig og direkte kontakt til en relevant fagperson om fx bekymringer i forhold til borgeren, og at denne person kan være behjælpelig i forhold til indsatser fra det psykiatriske system. Fra såvel retspsykiatrien som fra botilbuddet oplever man, at denne indsats har været afgørende medvirkende til, at en tidligere voldsomt udadreagerende borger i dag har det langt bedre, og at der ikke har været nogen voldsepisoder overhovedet i en lang periode.

AFRUNDING

Som dette og de to foregående kapitler har vist, er det tværsektorielle samarbejde, som botilbud og forsorgshjem indgår i, kompliceret og meget forskelligartet. Dermed er det også svært at komme med enkle anvisninger for, hvordan dette samarbejde kan indrettes, så det virker voldsforebyggende. Overordnet set kan man dog sige følgende:

- De borgere, der opholder sig på botilbud og forsorgshjem, vil normalt have komplekse problemstillinger, inklusive psykiske lidelser og samtidigt misbrug. For disse borgere er et godt tværsektorielt samarbejde af stor betydning.
- Litteraturen dokumenterer, at fuldt integrerede indsatser kan fungere godt i forhold til disse borgergrupper (Bengtsson & Gregersen, 2013).
- Også andre former for samarbejds-mæssige indsatser kan have positiv effekt, og derfor er det vigtigt, at både kommuner og regioner understøtter tæt tværsektorielt samarbejde for borgere med komplekse og tværgående problemstillinger, fx gennem udbredelse og brug af teamorganisering, netværksmøder mv. Også indsatser som fx opsøgende og udgående teams kan betyde en forbedring af det tværsektorielle samarbejde og dermed være til gavn (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).
- Det er vigtigt, at der i arbejdet med borgerne anvendes de redskaber til koordinering og samarbejde, som der er mulighed for, dvs. § 141-handleplaner, koordinationsplaner osv. Som det fremgår af denne undersøgelses casestudier, er det endvidere vigtigt, at man sikrer den

nødvendige klarhed i ansvar og roller i forhold til disse koordineringsredskaber – en plan alene gør det ikke.

- Det er vigtigt, at man – i borgeres overgange mellem fx det psykiatriske system og botilbud/forsorgshjem – er opmærksom på den nødvendige videregivelse af information, blandt andet i forhold til risikovurderinger.
- En lang række andre faktorer kan være vigtige for at sikre et godt tværsektorielt samarbejde. Det kan være kendskab til samarbejdspartneres kultur, arbejdsmåder og rammer, opbygning af personlige netværk, ledelsesmæssig opbakning til samarbejde, mulighed for at mødes fysisk, evt. ved placering af samarbejdende tilbud på samme matrikel osv.

Ovenstående liste er langt fra udtømmende. En sådan liste er ikke mulig at lave, da det tværsektorielle samarbejde i sit væsen er komplekst og mangefacetteret. Sikkert er det, at der mange steder i Danmark bliver samarbejdet, og samarbejdet godt, på tværs af sektorgrænser. Men andre steder og i andre sammenhænge fungerer samarbejdet mindre godt. Initiativer til forbedring af samarbejderne kan komme på mange niveauer, men de vil alle som udgangspunkt skulle forholde sig til de vanskeligheder, der udspringer af den grundlæggende sektoropdeling mellem det sociale og det sundhedsmæssige område.

BILAG

BILAG 1 METODE OG DATA

Til undersøgelsen har SFI besøgt fire tilbud – tre botilbud og et forsorgshjem – alle udvalgt af Socialstyrelsen.

I forhold til at belyse det voldsforebyggende arbejde internt besøgte SFI to caseinstitutioner med pseudonymerne *Mollebo* og *Strandengen*. Her blev i alt interviewet:

- 2 ledere
- 14 medarbejdere
 - 2 ergoterapeuter
 - 5 pædagoger
 - 5 sosu-assistentter
 - 1 faglærer
 - 1 køkkenleder
- 4 beboere.

Fra disse to botilbud indgår endvidere i begrænset omfang feltobservationer samt citater fra lydoptagelser, foretaget under møder og kursusaktivitet, som SFI deltog i under sine besøg.

I forhold til at belyse det tværsektorielle samarbejdes betydning for voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem besøgte SFI to caseinstitutioner med pseudonymerne *Bakkehuset* og *Egedal*. Her blev også et antal samarbejdspartnere til de to institutioner interviewet. Samlet set blev her interviewet:

- 2 ledere
- 7 medarbejdere
 - 1 pædagog
 - 1 tilsynsførende assistent
 - 2 sosu-assistentter
 - 1 sygeplejerske
 - 1 funktionsleder
 - 1 socialrådgiver
- 9 samarbejdspartnere
 - 1 retspsykiatrisk overlæge
 - 1 leder af kommunal misbrugsbehandling
 - 1 politiassistent

- 1 kommunal leder
- 1 sygeplejerske, distriktskykiatrien
- 1 sygeplejerske, psykiatrisk hospitalsafsnit
- 3 retspsykiatriske sygeplejersker.

Endelig blev følgende andre personer interviewet til undersøgelsen:

- 3 forskere fra Sverige/Norge
 - 2 forskere på det retspsykiatriske område
 - 1 forsker inden for hospitalspsykiatrien.
- 6 forskere/ressourcepersoner fra Danmark.
 - 1 regional leder med ansvar for botilbud
 - 1 psykiatrisk overlæge
 - 1 chefkonsulent (blandt andet ift. arbejdsmiljø)
 - 1 forsker (psykiatri/samarbejde)
 - 1 forsker (psykiatri/misbrug)
 - 1 forsker (psykiatri).

I alt bygger undersøgelsen på interview med 47 personer.

Hovedparten af interviewene – i alt 36 – har været foretaget som enkeltpersonsinterview. Heraf blev tre interview med personer fra udlandet foretaget telefonisk. 6 personer er blevet interviewet i tre dobbeltinterview, og endelig indgår ét gruppe-interview, hvor 5 personer deltog.

Alle interview er optaget på diktafon. Med støtte i databehandlingsprogrammet NVivo 11 er optagelserne udskrevet i et detaljeret referat-format. Citater, som er udvalgt til at indgå i denne rapport, er efterfølgende blevet udskrevet ordret.

LITTERATUR

- Allen, D.E., F.N. Harris & A. de Nesnera (2014): "Nurse-police coalition: improves safety in acute psychiatric hospital". *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 52(9), s. 27-31.
- Andersen, B.P. & B.B. Brasch (2014): *Resonans – når relationer får liv*.
- Andvig, E., J. Syse & E. Severinsson (2014): "Interprofessional collaboration in the mental health services in Norway." *Nursing research and practice*, 2014, s. 1-8.
- Bachmann, K., R. Fosse & S. Bjørkly (2015): "Bruk av spesifikke rusmidler gir økt risiko for voldsutøvelse hos menn med alvorlige psykiske lidelser". *Sykepleien Forskning*, 2, s. 114-123.
- Bak, J., M. Brandt-Christensen, D.M. Sestoft & V. Zoffmann (2012): "Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? A Systematic Review". *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2), s. 83-94.
- Ballesby, M.S. (2011): *Sammenheng i indsatsen for sindslidende – erfaringer fra et nettverksprosjekt 2009-2011*. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform – et rids af udviklingen de seneste årtier*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:30.

- Bengtsson, S., L.A. Rasmussen & S. Gregersen (2015): *Metoder i botilbud*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:05.
- Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen (2013): *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:15.
- Bengtsson, S. & S.G. Knudsen (2013): *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:42.
- Bengtsson, S., H.E.D. Jørgensen & S.T. Grønfeldt (2013): *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:32.
- Bengtsson, S. & M. Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig – analyse af bostøtte til borgere med sindslidelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:19.
- Bengtsson, S., W. Alim & H. Holmskov (2011): *Sociale indsatser til mennesker med ADHD – en kortlægning*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:17.
- Benjaminen, L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (under udgivelse): *Housing First i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Berring, L.L. (2015): *Deeskalering – håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger. Et handlingsorienteret aktionsforsknings samarbejde*. Odense: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.
- Berring, L.L., L. Pedersen & N. Buus (2016): "Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices". *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), s. 499-507.
- Björkdahl, A. (2014): *Projekt Lugna rummet 2011-2014 – Slutrapport*. Stockholm: Stockholm Läns Landsting.
- Björkdahl, A., K.I. Perseus, M. Samuelsson & M.H. Lindberg (2016): "Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences". *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), s. 472-479.
- Björkdahl, A., G. Hansebo & T. Palmstierna (2013): "The Influence of Staff Training on the Violence Prevention and Management

- Climate in Psychiatric Inpatient Units". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), s. 396-404.
- Blando, J., M. Ridenour, D. Hartley & C. Casteel (2015): "Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals". *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), s. 1-16.
- Bowers, L. (2014): "Safewards: A New Model of Conflict and Containment on Psychiatric Wards". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), s. 499-508.
- Bowers, L., K. James, A. Quirk, A. Simpson, D. Stewart, J. Hodsoll & A. Simpson (2015): "Reducing Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards: The Safewards Cluster Randomised Controlled Trial". *International Journal of Nursing Studies*, 52, s. 1412-1422.
- Bowers, L., J. Alexander, H. Bilgin, M. Botha, C. Dack, K. James & D. Stewart (2014): "Safewards: The Empirical Basis of the Model and a Critical Appraisal". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), s. 354-364.
- Bowers, L., M. van der Merwe, H. Nijman, B. Hamilton, E. Noorthorn, D. Stewart & E. Muir-Cochrane (2010): "The Practice of Seclusion and Time-out on English Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study". *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 275-286.
- Buch, M.S., P. Thygesen & S. Johansen (2014): *Tværsætorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotiske sindslidelse og misbrug*, København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Byrd, Y.M. (2012): "Violence and burnout: Attitudes and perspectives of level III group home staff". *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 73, s. 353.
- Campbell, C.L. (2016): "Incident Reporting by Health-Care Workers in Noninstitutional Care Settings". *Trauma, Violence & Abuse*, online publication, January 2016, s.1-12.
- Campbell, C.L., S. McCoy, M. Burg & N. Hoffman (2014): "Enhancing Home Care Staff Safety Through Reducing Client Aggression and Violence in Noninstitutional Care Settings: A Systematic Review". *Home Health Care Management & Practice*, 26(1), s. 3-10.
- Cherner, R., T. Aubry, J. Ecker, N. Kerman & J. Nandlal (2014): "Transitioning into the Community: Outcomes of a Pilot

- Housing Program for Forensic Patients.” *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), s. 62-74.
- Chong, W.W., P. Aslani & T.F. Chen (2013): ”Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare.” *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), s. 223-30.
- Cornaggia, C.M., M. Beghi, F. Pavone & F. Barale (2011): ”Aggression in psychiatry wards: A systematic review”. *Psychiatry Research*, 189(1), s. 10-20.
- Daffern, M., A. Day & A. Cookson (2012): ”Implications for the prevention of aggressive behavior within psychiatric hospitals drawn from interpersonal communication theory”. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(3), s. 401-19.
- Daly, T., A. Banerjee, P. Armstrong, H. Armstrong & M. Szebehely (2011a): ”Lifting the ‘Violence Veil’: Examining Working Conditions in Long-term Care Facilities Using Iterative Mixed”. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 30(2), s. 271-284.
- Darling, F.E., D.E. Allen, A. de Nesnera & K. Cummings (2011): ”Transforming the Culture of Caring: Getting Hurt is not Part of the Job”. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 49(1), s. 45-49.
- Overgaard, K. & A.S. Ørsted (2016): *Vold på botilbud og forsorgshjem – tværgående analyse af 10 cases om voldsepisoder*. Århus: DEFACTUM.
- Desmarais, S.L., R.A. Van Dorn, K.L. Johnson, K.J. Grimm, K.S. Douglas & M.S. Swartz (2014): ”Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses”. *American Journal of Public Health*, 104(12), s. 2342-2349.
- Diminic, S., G. Carstensen, M.G. Harris, N. Reavley, J. Pirkis, C. Meurk, I. Wong, B. Bassilios & H. A. Whiteford (2015): ”Intersectoral policy for severe and persistent mental illness: review of approaches in a sample of high-income countries”. *Global Mental Health*, 2, s. 18-35.
- Due, H. (2016): ”Ordmylder, glasvægge og lysbad”. *Magasinet P.*, 5, s. 22-28.
- Edward, K.-L., K. Ousey, P. Warelow, P. Steve & L. Steve (2014): ”Nursing and aggression in the workplace: a systematic review”. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659.

- Eidhammer, G., F.A.J. Fluttert & S. Bjørkly (2014): "User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – a systematic literature review". *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), s. 2716-2724.
- Eidhammer, G., M. Knutzen & F. Fluttert (2010): *Early Recognition Method (ERM) Pilot Project Report*. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.
- Elvén, B.H. (2010a): *No Fighting, No Biting, No Screaming: How to Make Behaving Positively Possible for People with Autism and Other Developmental Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Elvén, B.H. (2010b): *Problemskabende adfærd ved udviklingsforstyrrelser eller udviklingshæmning* (1. udg.). Viborg: Dansk Psykologisk Forlag.
- Engen, M. (2014): *Professionel praksis i botilbud for mennesker med udviklingshæmning*. Aalborg: ph.d.-afhandling, Aalborg Universitetscenter.
- Felton, A. (2015): *'Psychiatry is a risk business': the construction of mental health service users as objects of risk : a multiple case study inquiry*. Nottingham: University of Nottingham, UK Campus, Faculty of Medicine and Health Sciences.
- Fernandes, V. & E. Flak (2012): "Safe and effective prescribing practices at the point of discharge from an inpatient psychiatry unit". *Journal of psychiatric practice*, 18(1), s. 12-9.
- Fluttert, F.A.J., B. van Meijel, H. Nijman, S. Bjørkly & M. Grypdonck (2010): "Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'". *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), s. 1529-1537.
- FOA – Fag og arbejde (2014): *Vold i psykiatrien*. København.
- FOA – Fag og arbejde Sundhedskartellet, S. Landsforening, KL – Kommunernes Landsforening & D. Regioner (2012): *34 projekter på tværs – med mennesket i centrum*. København.
- Folker, A.P., M.M. Kristensen, I.N. Sølvhøj, S. Flint, A.O. Kusier & M.H. Rod (2017): "Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer". København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Folmer, M.B. (2014): *Helende arkitektur*, Roskilde: Børne- og Ungdomspsykiatrien i Roskilde, Region Sjælland Psykiatrien

- Forchuk, C., M.L. Martin, E. Jensen, S. Ouseley, P. Sealy, G. Beal, W. Reynolds & S. Sharkey (2013): "Integrating an evidence-based intervention into clinical practice: "Transitional relationship model"". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7), s. 584-594.
- Fosse, R., B.M. Olsen & S. Bjørkly (2013): "Violence in acute psychiatric patients: A cumulative increased risk with polysubstance abuse?" *The International Journal of Forensic Mental Health*, 12(3), s. 165-171.
- Fowler, J.H., K. Dannecker, M. Stanley, N. Wilson & A.L. Snow (2015): "Preventing aggression and other secondary features of dementia in elderly persons: Three case studies", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 79(2), s. 95-115.
- Frandsen, A.K., C. Ryhl M.B. Folmer, L.B. Fich, T.B. Øien, N.L. Sørensen & M. Mullins (2009): Helende arkitektur. *Institut for Arkitektur og Design Skriftserie, 29, Aalborg: Institut for Arkitektur og Design, Aalborg Universitet.*
- Franz, S., A. Zeh, A. Schablon, S. Kuhnert & A. Nienhaus (2010): "Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey", *Health Services Research*, 10(51), 1-8.
- Fuller, J.D., D. Perkins, S. Parker, L. Holdsworth, B. Kelly, R. Roberts, L. Martinez & L. Fragar (2011): "Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2". *BMC Health Services Research*, 11(66), s. 1-9.
- Genschow, O., T. Noll, M. Wänke & R. Gersbach (2015): "Does Baker-Miller pink reduce aggression in prison detention cells? A critical empirical examination". *Psychology, Crime & Law*, 21(5), s. 482-489.
- Gillespie, H. (2010): "Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies". *Rehabilitation Nursing @BULLET*, 35(5), 177-184.
- Gudde, C.B., T.M. Olsø, R. Whittington & S. Vatne (2015): "Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies". *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, s. 449-462.
- Hagensen, P., B.B. Brasch, I. Christensen, J. Henriksen, L. B. Larsen, A. Sørensen, Z. Forside & B. Møller (2011): *En tværfaglig udfordring –*

- Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.* København: Socialt Udviklingscenter SUS
- Hagensen, P., J. Henriksen & I. Christensen (2010): *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats.* København: Socialt Udviklingscenter SUS og Helsefonden
- Hallberg, U. (2011): *Hot og våld inom vård och omsorg – Kunskapsöversikt.* Stockholm: Arbetsmiljöverket
- Hallett, N. & G.L. Dickens (2015): De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health in patient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24 (4), s. 324-333.
- Hartvig, P. (2010): *Mental disorder and violence in the mental health and the correctional system : different services with overlapping challenges?* Oslo: Afhandling University of Oslo.
- Hartvig, P., J.O. Roaldset, T.A. Moger, B. Østberg & S. Bjørkly (2011): "The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context". *European Psychiatry*, 26(2), s. 92-99.
- Hawley, C.J., T.M. Gale, T. Sivakumaran & B. Littlechild (2010): "Risk assessment in mental health: staff attitudes and an estimate of time cost". *Journal of Mental Health*, 19(1), s. 88-98.
- Henriksen, J., L.B. Larsen, P. Hagensen, L.S. Krabbe & B.B. Brasch (2013): *Undersøgelse af redskaber til koordinering og samarbejde for mennesker med sindslidelse og misbrug.* København: Socialt Udviklingscenter SUS
- Henriksen, N., K. Møller & M.-A. Knudstrup (2007): *Trivsel og Boligform. Litteraturgennemgang.* København: Servicestyrelsen.
- Hoffmann, M.D. (2012): *Hverdagsliv, kommunikation og interaktion i botilbud for svært udviklingshæmmede.* Aarhus: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.
- Horn, T., B. Sunstrum & D. Kirilo (2013): "Facing Fear and Change". *International Journal of Mental Health*, 42(2), 99-114.
- Hvidhjelm, J. (2015): *Forebyggelse af aggression og vold på psykiatriske afsnit via struktureret risikovurdering – evaluering af Brøset Violence Checklist i Danmark.* København: Københavns Universitet.
- Høgsbro, K., L. Eskelinen, M.A. Fallov, K. Mejlvig & N.P. Berger (2012): *Når grænserne udfordres Arbejdsbelastninger og pædagogiske udfordringer i specialpædagogiske boenheder.* København: AKF – Anvendt KommunalForskning og Aalborg Universitet.

- Inoue, M., F. Kaneko & H. Okamura (2011): "Evaluation of the effectiveness of a group intervention approach for nurses exposed to violent speech or violence caused by patients: a randomized controlled trial". *ISRN Nursing*, 2011, online publication, s. 1-8.
- Jenkins, O. (2015): "The psychiatric ward as a therapeutic space: Comment". *The British Journal of Psychiatry*, 206(3), s. 252.
- Johansen, K.S., J. Larsen & A. Nielsen (2012): *Tværsætorielt samarbejde i psykiatrien*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Jones, D. & C.R. Hollin (2004): "Managing Problematic Anger: The Development of a Treatment Program for Personality Disordered Patients in High Security". *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(2), s. 197-210.
- Jotangia, A., A. Rees-Jones, G.H. Gudjonsson & S. Young (2015): "A Multi-Site Controlled Trial of the R&R2MHP Cognitive Skills Program for Mentally Disordered Female Offenders". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(5), s. 539-559.
- Justitsministeriets Forskningskontor (2015): *Vold og trusler mod offentligt ansatte. Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde om årsager til væksten i antallet af retspsykiatriske patienter*. København.
- Kelly, E.L., A.M. Subica, A. Fulginiti, J.S. Brekke & R.W. Novaco (2015): "A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital". *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), s. 1110-1122.
- Kittelsaa, A.M. & J. Tøssebro (2011): *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming: Noen konsekvenser*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, Avdeling for mangfold og inkludering.
- Klitgaard, C. & T. Clausen (2010): *Kortlægning af positive arbejdsmiljøfaktorer – Notat udarbejdet for Arbejdsmiljørådet*. København: NFA – Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Kontio, R., M. Anttila, T. Lantta, K. Kauppi, G. Joffe & M. Välimäki (2014): "Toward a Safer Working Environment on Psychiatric Wards: Service Users' Delayed Perspectives of Aggression and Violence-Related Situations and Development Ideas". *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), s. 271-279.

- Lanctot, N. & S. Guay (2014): "The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences". *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), s. 492-501.
- Langan, J. (2010): "Challenging assumptions about risk factors and the role of screening for violence risk in the field of mental health". *Health, Risk & Society*, 12(2), s. 85-100.
- Lantta, T., M. Anttila, R. Kontio, C.E. Adams & M. Välimäki (2016): "Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study". *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), s. 27.
- Liljegren, A. (2013): "Strategic collaboration councils in the mental health services: What are they working with?" *International Journal of Integrated Care*, 13(1), s.1-11.
- Lipscomb, J.A. & M. El Ghaziri (2013): "Workplace violence prevention: improving front-line health-care worker and patient safety". *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy: NS*, 23(2), s. 297-313.
- Livingston, J.D., S. Verdun-Jones, J. Brink, P. Lussier & T. Nicholls (2010): "A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff". *Journal of Forensic Nursing*, 6(1), s. 15-28.
- Lundström, M. (2006): *Våld – utmaning och utmattning. Vårdarens utsatthet och upplevelser i samband med våld i gruppbostäder för personer med utvecklingsstörning*. Sture Åström: Umeå Universitet.
- Lussier, P., S. Verdun-Jones, N. Deslauriers-Varin, T. Nicholls & J. Brink (2010): "Chronic Violent Patients in an Inpatient Psychiatric Hospital: Prevalence, Description, and Identification". *Criminal Justice and Behavior*, 37(1), s. 5-28.
- Madsen, M.H., A. Hvenegaard & E.K. Fredslund (2011): *Opgavendevikling på psykiatriområdet – Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Magnusson, A. & K. Lützén (2009): "Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: Experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), s. 140-145.

- Martin, L. & J.P. Hirdes (2014): "Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study." *BMC Health Services Research*, 14, s. 457.
- McDonnell, A.A. (2010b): *Managing aggressive behaviour in care settings – Understanding and Applying Low Arousal Approaches*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- McPhaul, K., J. Lipscomb & J. Johnson (2010): "Assessing risk for violence on home health visits". *Home Healthcare Nurse*, 28(5), s. 278-289.
- Mikkelsen, E. N., A. Petersen, A. M. L. Kaae & H. Petersen (2013): "Cross-sector problems of collaboration in psychiatry". *Danish medical journal*, 60(9), s. 1-4.
- Moylan, L.B., McManus, M., Cullinan, M. & Persico, L. (2016): "Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients". *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), s. 446-450.
- Møller, B., B.B. Brasch & K. Pedersen (2013): *Konflikter og vold – en faglig udfordring*, København: Vold som Udtryksform, Socialt Udviklingscenter SUS.
- Møller, B., B.B. Brasch & K. Pedersen (2014): *Risikovurdering – et bidrag til voldsforebyggelse*. København: Vold som Udtryksform, Socialt Udviklingscenter SUS.
- Newton, V.M., E.B. Elbogen, C.L. Brown, J. Snyder & A.L. Barrick (2012): "Clinical Decision-making About Inpatient Violence Risk at Admission to a Public-Sector Acute Psychiatric Hospital". *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(2), s. 206-14.
- NFA – Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2013): *Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2012*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Nielssen, O. & M. Large (2012): Homocide in psychiatric hospitals in Australia and New Zealand. *Psychiatric Services*, 63(5), s. 500-503.
- O'Donnell, A.N., M. Williams & A.M. Kilbourne (2013): "Overcoming roadblocks: Current and emerging reimbursement strategies for integrated mental health services in primary care". *Journal of General Internal Medicine*, 28(12), s. 1667-1672.

- O'Shea, L.E. & G.L. Dickens (2014): "Short-term assessment of risk and treatability (start): Systematic review and meta-analysis". *Psychological Assessment*, 26(3), s. 990-1002.
- O'Shea, L.E., A.E. Mitchell, M.M. Picchioni & G.L. Dickens (2013): "Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: Systematic review and meta-analysis". *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), s. 255-270.
- Ovretveit, J. (2011): "Does clinical coordination improve quality and save money – A summary review of the evidence". *Does clinical coordination improve quality and save money*, 2, s. 1-30.
- Petersen, A. (2013): *Hverdagslogikker i psykiatriske arbejds – En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*. Ph.d.-afhandling. Frederiksberg: CBS – Copenhagen Business School.
- Petersen, A., M.B. Wiuff & M.S. Buch (2014): *Organisationer der samarbejder på det psykiatriske og sociale område*. København: KORA.
- Phillips, J.P. (2016): Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), s. 1661-1669.
- Phillips, P., O. McKeown & T. Sandford (2010): *Dual Diagnosis: Practice in Context*. Oxford: Blackwell.
- Portacolone, E., S.P. Segal, R. Mezzina, N. Scheper-Hughes & R.L. Okin (2015): "A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 39(4), s. 680-697.
- Price, O., J. Baker, P. Bee & K. Lovell (2015): "Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 206(6), s. 447-455.
- Rasmussen, C.A., A. Høgh & L.P. Andersen (2013): "Threats and physical violence in the workplace: a comparative study of four areas of human service work". *Journal of Interpersonal Violence*, 28(13), s. 2749-69.
- Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Regeringens Udvalg om Psykiatri.

- Region Nordjylland (2014): *Mestringskema – Et redskab der giver øget mestringsfor brugerne, og som forebygger arbejdsskader*. Aalborg: Specialsektoren.
- Reilly, S., C. Planner, M. Hann, D. Reeves, I. Nazareth & H. Lester (2012): "The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom." *PloS one*, 7(5).
- Richmond, J.S., J. S. Berlin,, A. B. Fishkind, G. H. Holloman, S. L. Zeller, M. P. Wilson,, M. A. Rifai, T. Anthony (2012): "Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup". *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13(1).
- Roaldset, J.O. (2010): *Risk assessment of violent, suicidal and self-injurious behaviour in acute psychiatry – a bio-psycho-social approach*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Roaldset, J.O., S. Bjørkly, P. Hartvic & J.P. Singh. (2014): "Norwegian Developments and Perspectives on Violence Risk Assessment". *Criminal Justice and Behavior*, 41(12), s. 1384-1397.
- Roaldset, J.O. & S. Bjørkly (2010): "Patients' own statements of their future risk for violent and self-harm behaviour: A prospective inpatient and post-discharge follow-up study in an acute psychiatric unit". *Psychiatry Research*, 178(1), s. 153-159.
- Roelandt, J.L., N. Daumerie, L. Defromont, A. Caria, P. Bastow, J. Kishore (2014): "Community mental health service: an experience from the East Lille, France". *Journal of Mental Health and Human Behavior*, (19), s. 10-18.
- Rosen, A., P. O'Halloran & R. Mezzina (2012): "International Trends in Community Mental Health Services". I: H. L. McQuiston et al. (red.): *Handbook of Community Psychiatry*, New York: Springer, s. 389-404.
- Rothuizen, J.J. & P. Boldsen (2016): *Socialpædagogik i arbejdet med mennesker med sindslidelser*. København: Socialpædagogernes Landsforbund
- Social- og Indenrigsministeriet (2014): "Vold mod ansatte på botilbud". *Velfærdspolitiske Analyse*, (4), s. 1-11.
- Socialpædagogerne (2016): *Vold på socialpædagogiske arbejdspladser*. København: Socialpædagogerne.
- Socialstyrelsen (2016a): *Beskrivelser af initiativer og lovgivning på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet vedrørende sikkerhed og forebyggelse af vold Bilag 1 Beskrivelser af initiativer og lovgivning på social-, sundheds- og*

- beskæftigelsesområdet vedrørende sikkerhed*. København: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b): *Kortlægning af lovgivning og initiativer målrettet sikkerhed og forebyggelse af voldsepisoder på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet*. København: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Søndenaa, E., C. Lauvrud, M. Sandvik, K. Nonstad & R. Whittington (2013): "Resilience and professional quality of life in staff working with people with intellectual disabilities and offending behavior in community based and institutional settings". *Health Psychology Research*, 1(3), s. 11-15.
- Terkelsen, T.B. & I.B. Larsen (2014): "Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward : Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations", 23(3), s. 1-10.
- Thomsen, B.R. (2015): *At arbejde i borgernes hjem*. København: Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed.
- Totman, J., G.L. Hundt, E. Wearn, M. Paul & S. Johnson (2011): "Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England: a qualitative investigation". *BMC Psychiatry*, 11(1), s. 68.
- Trondsen, M.V, S.R. Bolle, G.O. Stensland & A. Tjora (2012): "VIDEOCARE: decentralised psychiatric emergency care through videoconferencing". *BMC Health Services Research*, 12(2010), s. 470.
- Vitus, K. & A.A. Kjær (2011): *PSP-samarbejdet – en kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:10.
- Welsh, E., S. Bader & S.E. Evans (2013): "Situational variables related to aggression in institutional settings". *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), s. 792-796.
- Whiteford, H., G. McKeon, M. Harris, S. Diminic, D. Siskind & R. Scheurer (2014): "System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: a qualitative systematic review". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(10), s. 895-906.

- Witt, K., R. van Dorn & S. Fazel (2013): "Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies". *PLoS ONE*, 8(2), s.1-15.
- Zohar, D. (2010): "Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions". *Accident Analysis and Prevention*, 42(5), s. 1517-1522.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2016

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbringelser. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1*. 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Danneboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune*. 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.

- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomiske fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Vel-færdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparticipation. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.
- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinaviske dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014.* 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.

- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et kønsopdelt arbejdsmarked. Udviklingsstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:22 Rangvid, B.S.: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed – afsluttende rapport*. 103 sider. e-ISBN: 978-87-7119-389-3. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysiske, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd*. 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.
- 17:04 Liversage, A: *Voldforebyggelse på botilbud og forsorgshjem*. 185 sider. e-ISBN: 978-87-7119-422-7. Netpublikation.

VOLDSFOREBYGGELSE PÅ BOTILBUD OG FORSORGSHJEM

I de seneste år har der været flere alvorlige tilfælde af vold på botilbud og forsorgshjem, Denne rapport indgår i arbejdet med at udarbejde nationale retningslinjer for at forebygge denne vold.

Rapporten har til formål at bidrage med viden om to emner:

For det første hvilke metoder, tilgange og organiseringsformer, der virker voldsforebyggende i tilbuddenes arbejde med personer med kognitive funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer.

For det andet hvordan det tværsektorielle samarbejde imellem botilbud og forsorgshjem på den ene side og andre institutioner og aktører på den anden, kan bidrage til det voldsforebyggende arbejde.

Hvert af disse to emner belyses med såvel et litteraturstudie som med en række interviews, blandt andet udført på fire tilbud, der skønnes gode til arbejdet med at forebygge vold.