

# RESSOURCEBLIKKET

*Skriftlighed og dialog om indstilling  
til ressourceforløb*

*af*

INGE S. BONFILS, MASS A. STAACK &  
PETER B. JORDE

Skriftserie nr. 18

MMXVII



Skriftserien: Socialt Arbejde redigeret af docent Mikkel Bo Madsen

Kan bestilles på telefon: 72 48 95 03

Copyright: Inge Storgaard Bonfils

Copyright: Institut for Socialt Arbejde

Udgivet af:

Institut for Socialt Arbejde

Professionshøjskolen Metropol

Kronprinsesse Sofies Vej 35

2000 Frederiksberg

1. oplag 2017

Omslag: Maria Wedum

Layout: Henriette Koefoed Møller

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

ISSN: 1397-7725

# **Ressourceblikket**

## **skriftlighed og dialog om indstilling til ressourceforløb**

**Inge Storgaard Bonfils,  
Mass Albert Staack  
& Peter Bernhard Jorde**

December 2016

Professionshøjskolen Metropol, Frederiksberg  
Institut for Socialt Arbejde

# Forord

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af en delundersøgelse i forskningsprojektet ”Beslutningsprocesser og faglige roller i rehabiliteringsteam”. Rapporten sætter fokus på beslutningskæden frem mod et ressourceforløb og analyserer, hvordan ressourcer konstrueres i det skriftlige materiale og i rehabiliteringsteamenes samtaler med borgeren. De teoretiske tilgange tager afsæt i socialfaglige principper om systematisk sagsarbejde og samtaleanalytiske perspektiver på rehabiliteringsteamenes dialog med borgeren. Rapporten er baseret på empiri indsamlet fra to kommunale rehabiliteringsteams i perioden marts 2014 til januar 2015.

Rapporten indkredser en række dilemmaer og udfordringer, som kan være relevante at diskutere for praktikere og ledere, der arbejder i eller med rehabiliteringsteam og ressourceforløb. Derudover retter rapporten sig mod studerende ved såvel grunduddannelse som efter- og videreuddannelse, som har interesse for den beskæftigelsesrettede indsats og rehabiliteringsteamenes arbejde.

Rapporten er udarbejdet af adjunkt, socialrådgiver Mass Albert Staack, lektor, cand. psych. Peter Bernhard Jorde og lektor, ph.d. Inge Storgaard Bonfils. Sidstnævnte har været projektleder for delundersøgelsen.

Under udarbejdelse af rapporten har lektor Lene Nedergård bidraget med faglig sparring. Derudover vil vi gerne takke de to kommuner for at stille sig til rådighed for empiriindsamling samt kommentering af rapporten.

# Forord

Skriftserien fra Institut for Socialt Arbejde rummer arbejdspapirer og afrapporteringer fra empiriske projekter, gennemført ved instituttet. Skriftserien præsenterer forskningsresultater, vi finder vigtige at videreformidle, og som kan finde anvendelse på forskellige dele af vores uddannelse.

Publikationerne afspejler, at den forskning, som praktiseres på instituttet bygger på undersøgelser af, hvordan socialrådgiveres praksis folder sig ud. Der arbejdes i hvert projekt med forståelser og teorier om disse praksisser, og det er vores mål at udvikle og øge indsigter i socialt arbejde, og dermed kvalificere praksis samt grundlaget for uddannelsen af socialarbejdere. Intentionen er at forbinde forskningsbaseret indsigt i praksis med uddannelse på såvel bachelor, som diplom og kandidatniveau.

Der sker ofte ændringer i love og regler. Der kommer løbende nye metoder. Der etableres nye organisationer til at udføre og ikke mindst kontrollere socialt arbejde. Den praksis socialrådgivere, pædagoger og omsorgspersonale møder, forandres løbende. Den viden om praksis, vi havde i går, er kun delvist gældende for praksis i dag. Institut for Socialt Arbejde opdaterer derfor løbende indsigten i praksis gennem forskningsindsats.

Den forskning, instituttet praktiserer, foregår i gensidigt samarbejde med kommuner og andre organisationer. Kommunerne indgår i samarbejdet ved at stille sig til rådighed for udforskningen, og giver os dermed mulighed for at opnå den fornødne indsigt. Vi bestræber os på at stille den viden vi opnår til rådighed for de deltagende organisationer og praktikere. Instituttets forskning er en invitation til dialog, der på konstruktiv vis kan give praktikere på alle niveauer mulighed for at overveje, hvad de kan gøre bedre. Deri ligger også et mål om at give en bedre og mere sikker behandling af de borgere, der er målet for det sociale arbejde.

Denne publikation ”Ressourceblikket - skriftlighed og dialog om indstilling til ressourceforløb” giver indsigt i rehabiliteringsteamenes behandling af sager, der fører til et ressourceforløb. Rapporten indgår som en delrapportering fra forsk-

ningsprojektet ”Beslutningsprocesser og faglige roller i rehabiliteringsteam”. Inge Storgaard Bonfils, Mass Albert Staack og Peter Bernhard Jorde undersøger 25 sager som fører til ressourceforløb. De har analyseret det skriftlige materiale samt dialogen mellem rehabiliteringsteam og borgere i to kommuner. Rapporten sætter fokus på, hvordan ressourcer konstrueres og forhandles i mødet mellem teamet og borgeren.

Instituttet og forfatterne retter en stor tak til de to kommuner og de borgere, som har deltager i undersøgelsen.

Projektet er finansieret af Institut for Socialt Arbejde.

**Thomas Braun**  
Institutschef

**Mikkel Bo Madsen**  
Docent

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning.....</b>	<b>7</b>
1.1. Baggrund og tema.....	8
1.2. Rapportens struktur.....	12
<b>2. Metode, teoretisk forforståelse og analysestrategi.....</b>	<b>14</b>
2.1. Det empiriske materiale.....	14
2.2. Teoretisk forforståelse.....	15
2.3. Samtaleanalyse som analysestrategi.....	18
<b>3. De 25 sager.....</b>	<b>22</b>
<b>4. Systematisk sagsarbejde, skriftlighed og samtaler.....</b>	<b>25</b>
4.1. Systematisk sagsarbejde.....	25
4.2. Sagsarbejdets organisering i de to kommuner.....	28
4.3. Opsummering.....	40
<b>5. Den udviklings- og ressourcefokuserede samtale.....</b>	<b>43</b>
5.1. Uddannelse og erhvervs erfaring.....	44
5.2. Alder.....	46
5.3. Netværk, familie og professionel støtte.....	49
5.4. Motivation.....	51
5.5. Adfærd: Funktionsevne, selvindsigt og handleevne.....	55
5.6. Udseende.....	60
5.7. Håbet om et bedre helbred.....	62
5.8. Opsummering.....	64
<b>6. At tale ressourcerne frem.....</b>	<b>65</b>
6.1. En løsnings- og ressourcefokuseret tilgang som samtaleteknologi.....	66
6.2. Dominerende aktører.....	71
6.3. Dialog og samtaleformer i de forskellige samtalerum.....	73
6.4. Udvalgte temaer fra de forskellige samtaleforløb.....	79
6.5. Opsummering.....	87

7. Dilemmaer, udfordringer og handlemuligheder.....	88
8. Referencer.....	95



# 1. Indledning

Ressourceforløb er en beskæftigelsesforanstaltning, som har til formål at sikre ”at personer, som er i risiko for at komme på førtidspension, får udviklet arbejdsevnen. Målet er, at forløbet på sigt kan hjælpe den enkelte i arbejde eller i gang med en uddannelse. Ressourceforløb er målrettede personer, der har komplekse problemer ud over ledighed, og som i høj grad risikerer at komme på førtidspension, hvis de ikke får en særlig indsats” (18. april 2016: <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Ressourceforloeb/Hvad%20er%20ressourceforloeb.aspx>).

Ressourceforløb kan tolkes som et element i en beskæftigelsesmæssig nyorientering, hvor der er fokus på borgerens ressourcer, og på tværfaglige, rehabiliterende indsatsers potentiale til at udvikle borgeren frem mod en plads på arbejdsmarkedet eller til uddannelse (Caswell, Dahl & Madsen 2015, Mehlen m.fl. 2015). Udviklings- og ressourcefokus er et bærende princip i førtidspensions- og fleksjobreformen, som trådte i kraft 1. januar 2013, og indebærer bl.a. intentionen om en styrket dialog med borgeren om at afdække og udvikle borgerens ressourcer og synliggøre borgerens ønsker til fremtiden, til job og uddannelse.

Et ressourceforløb er en af de indsatsformer, det kommunale rehabiliteringsteam kan indstille til. Det er det tværfagligt sammensatte team, som vurderer hvorvidt en person er i målgruppen for et ressourceforløb. Da der er tale om en relativt ny indsatsform, er der endnu kun sparsom viden om, hvilke faktorer rehabiliteringsteamene lægger til grund i deres vurderinger af, hvilke personer der tilbydes et ressourceforløb, hvad indholdet i et ressourceforløb består af og hvilke resultater, der kommer ud af det.

I denne rapport formidles resultater fra et projekt om Rehabiliteringsteam og ressourceforløb. I projektet har vi undersøgt beslutningskæden og det sagsarbejde, som leder frem mod et ressourceforløb.

Fokus er på, hvordan ressourcer konstrueres i det skriftlige materiale og i rehabiliteringsteamets mundtlige analyse og vurdering af borgeren på teammødet, samt hvordan denne analyse og vurdering omsættes i en skriftlig indstilling til et ressourceforløb. Rapporten har således fokus på en afgrænset del af et ressourceforløb, nemlig beslutningen om, at borgeren bevilliges denne indsatsform. Undersøgelsen er gennemført med henblik på at opnå en større indsigt i ressourceforløbets beslutningsgrundlag, og hvordan teamet og borgeren i dialogen på mødet når frem til, at et ressourceforløb er den indsatsform, som på sigt kan hjælpe den enkelte i arbejde eller uddannelse. Undersøgelsen har også til formål at skabe grundlag for diskussion af den faglige praksis på området.

Undersøgelsen har et interaktionistisk udgangspunkt, som i tråd med tidligere forskning i det sociale arbejdes praksis (Eskelinen, Olsen og Caswell 2008), søger at bidrage med et kritisk konstruktivt blik på hverdags- og betydningssammenhænge i relationerne mellem professionelle og borgere. I denne forskningstradition udgør sprog, kommunikation og relationer mellem mennesker et centralt studieobjekt, som indgang til analyse af de betydningssammenhænge, der konstrueres i de lokale og hverdagslige praksisformer. I den analytiske tilgang inddrager vi socialfaglige principper om systematisk sagsarbejde (Djurhuus 2013), som vi søger at koble til et socialkonstruktivistisk perspektiv på samtaler i socialt arbejde. Samtaler og skriftlighed udgør kernekomponenter i det sociale arbejde. I begge kommunikationsformer konstrueres forståelser af borgerens situation, som får konsekvenser for de beslutninger, der træffes, og dermed de ydelser borgeren modtager. Det udviklings- og ressourcefokuserede blik antages at være et centralt element i kommunikationsformen i såvel det skriftlige materiale som i rehabiliteringsteamets dialog med borgeren på mødet.

## **1.1. Baggrund og tema**

Ressourceforløb er en indsatsform, som trådte i kraft 1. januar 2013, men som først herefter indholdsudfyldes og implementeres.

Ressourceforløb var i afsættet særligt målrettet personer under 40 år, der har komplekse problemer ud over ledighed, men kan også bringes i anvendelse til borgere over 40 år. I en orienteringsskrivelse om ressourceforløb fra Beskæftigelsesministeriet april 2014 (SKR nr. 9200 af 07/04/2014) pointeres det i forbindelse med opfølgningen på kommunernes implementering af førtidspensions- og fleksjobreformen, at målgruppens *“arbejdsevne er så begrænset, at de er i risiko for at få tilkendt førtidspension, hvis der ikke gøres en ekstra, tværfaglig indsats for at understøtte vejen mod job eller uddannelse.”* Der behøver ikke nødvendigvis være tale om en varig begrænsning i arbejdsevne. Der kan være tale om, at personen er udfordret af komplekse problemer i form af fx helbredsproblemer, misbrug, sociale forhold m.v., som, med afsæt i en konkret og individuel vurdering af den enkeltes situation, kræver en længerevarende, tværgående indsats, førend uddannelse/job er et realistisk mål.

Det pointeres også, at kommunen kan vurdere, at et ressourceforløb er relevant uden at have afprøvet andre ordinære indsatser forud for visitation til ressourceforløb. Dog skal *“kommunen i forelæggelsen for rehabiliteringsteamet dokumentere, hvilke indsatser kommunen har foretaget henholdsvis overvejet, og hvorfor kommunen i givet fald har anset disse som formålsløse i forhold til at få personen tættere på job eller uddannelse.”* (ibid.) Det er heller ikke en betingelse, at personen har været meget længe på offentlig forsørgelse. Personen kan have *“så komplekse problemer, der vil kræve en længerevarende, tværfaglig indsats, at ressourceforløb vurderes at være det bedst egnede redskab til at få personen nærmere målet på job eller i uddannelse.”* (ibid.)

Ressourceforløb bygger på en antagelse om, at det er muligt, via en tværfaglig indsats, at understøtte vejen mod job eller uddannelse. Forløbet kan være op til 5 år ad gangen og bestå af såvel beskæftigelsesrettede som behandlingsmæssige og sociale indsatser. Et ressourceforløb er overordnet karakteriseret ved, at det er et individuelt tilrettelagt forløb af længere varighed. Ressourceforløb skal bl.a. ses i lyset af, at en del unge borgere med psykiske lidelser tidligere blev tilkendt førtidspension, og en politisk

intention om at begrænse antallet af borgere på varig offentlig forsørgelse/førtidspension.

Da ressourceforløb er en relativ ny indsatsform, findes der endnu kun få undersøgelser på området. I 2013 gennemførte M-Ploy en evaluering af kommunernes implementering af førtidspensions- og fleksjobreformen. Evalueringen bygger på en kombination af metoder: spørgeskema, gennemgang af 500 indstillinger og rehabiliteringsplaner, interview samt workshop og desk research. Ift. det systematiske sagsarbejde viser evalueringen, at en af de største udfordringer i forberedelsesfasen er en tilfredsstillende kvalitet i sagsmaterialet. Udfordringerne består bl.a. i at sikre en fyldestgørende beskrivelse, som har det nødvendige udviklings- og ressourcefokus, der på rehabiliteringsteamets møde kan danne grundlag for en udviklings- og ressourcefokuseret samtale med borgeren (M-Ploy 2013:4). Evalueringen viser, at der ligeledes er brug for at løfte kvaliteten af indholdet i indstillingerne i forhold til anvendelsen af mål og i forhold til at styrke et udviklings- og ressourcefokus. Kun et mindretal af kommunerne arbejder systematisk med at sætte mål i indstillingerne (ibid:9). Evalueringen er gennemført på et tidspunkt, hvor der endnu var sparsomme erfaringer med selve ressourceforløbenes indhold.

SFI har i 2015 gennemført en evaluering af koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer med ressourceforløb (Mehlsen m.fl. 2015). Undersøgelsen giver indsigt i fire kommuners implementering og organisering af ressourceforløbene, set ud fra de koordinerende sagsbehandlere og borgeres perspektiv. Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews. Der er derudover gennemført en registeranalyse, der sammenligner borgere under 40 år, som får tilkendt førtidspension, med borgere under 40 år, som påbegynder et ressourceforløb i samme tidsrum.

Undersøgelsen viser, at de fire besøgte kommuner har organiseret og implementeret ressourceforløbene forskelligt. I to af kommunerne er ressourceforløbene primært organiseret inden for rammerne af den øvrige beskæftigelsesindsats og har en del lighedspunkter med denne.

De to andre kommuner har organiseret sig med særlige ressource team, der har til opgave at sikre den tværfaglige og helhedsorienterede indsats i borgernes ressourceforløb. Organiseringen i tværfaglige ressource team adskiller sig fra kommunernes øvrige beskæftigelsesindsatser. Undersøgelsen peger således på, at selve organiseringen har konsekvenser for, hvorvidt ressourceforløb tager form af en ny indsats eller kommer til at ligge i forlængelse af de eksisterende beskæftigelsesindsatser.

Undersøgelsen viser endvidere, at der er udfordringer forbundet med at arbejde helhedsorienteret og tværfagligt. En af disse udfordringer handler om, at det er vanskeligt for de koordinerende sagsbehandlere at foreslå indsatser over for borgerne, når de ikke selv har overblikket over de mulige tilbud, ligesom det er svært at få borgerne til selv at foreslå indsatser uden inspiration. Udfordringen er at få et samlet overblik over tilbud og indsatser i de respektive kommuner.

De koordinerende sagsbehandlere oplever, at der er udfordringer forbundet med at motivere borgere i ressourceforløb, og at få borgerne til at tage ansvar for egen udvikling. Dette er en tidskrævende proces, som samtidigt indeholder et klassisk paradoks i og med sagsbehandler på samme tid skal motivere til inddragelse og ansvarliggørelse af borgerne og varetage en myndighedsrolle. Derudover efterlyses et redskab, der kan måle og illustrere en eventuel udvikling hos borgeren.

Kommunernes Landsforening har i maj 2016 offentliggjort to undersøgelser, hvor den ene ser på jobcentrenes erfaringer med ressourceforløb (KL 2016), og den anden er en registeranalyse af, hvad der kendetegner personer visiteret til ressourceforløb (Toft 2016). Jobcentre vurderer, at borgerens motivation er afgørende for et vellykket ressourceforløb. Motivationen er betinget af forskellige faktorer såsom lang forsørgeshistorik, usikkerhed om hvad ressourceforløbet indebærer og forventning om førtidspension. 60% af jobcentre svarer, at de anvender særlige metoder for at fremme motiverende og coachende samtale teknikker, udvikler informationsmateriale til borgerne og iværksætter kompetenceudvikling

af medarbejderne. Erfaringen i forhold til virksomhederne er, at det kan være vanskeligt at finde virksomheder, der kan rumme borgerne, men der er både positive og negative erfaringer hermed. Endeligt er det erfaringen, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde fungerer, forstået ved, at borgere i ressourceforløb ofte har behov for en social- og behandlingsmæssig indsats, før de er klar til en virksomhedsrettet indsats (KL 2016). Registeranalysen viser, at 60% af deltagerne i ressourceforløb er kvinder. Aldersmæssigt er 18% mellem 19-29 år, 24% mellem 30-39 og 30% mellem 40-49 år. 27% er over 50 år. Uddannelsesmæssigt er 58% ufaglærte, og erhvervmæssigt har deltagerne ofte modtaget offentlig forsørgelse i en lang periode, før ressourceforløbet blev tildelt, gennemsnitlig 9,5 år i perioden fra 1994 og frem til overgangen til ressourceforløb. Helbredsmæssigt har deltagerne generelt et dårligt helbred, og 60% har været i behandling for en psykisk sygdom. Det konkluderes også, at der er store forskelle på, hvilke udfordringer den enkelte har, men at der kan være tale om både psykiske, fysiske, kompetencemæssige og sociale udfordringer (Toft 2016). Undersøgelsen viser således, at ressourceforløb er en indsatsform, som bevilliges til borgere med komplekse problemer af såvel helbredsmæssig, faglig og social karakter.

Nærværende undersøgelse bidrager til viden på området ved at fokusere på beslutningsprocesser, der fører til indstilling om at tildele borgeren et ressourceforløb. Undersøgelsen går i dybden ved at undersøge den kommunale praksis i to rehabiliteringsteams møde med borgere, som bevilliges ressourceforløb. Undersøgelsen supplerer således den eksisterende viden på området ved at fokusere på den fase i forløbet, hvor beslutningen om et ressourceforløb træffes.

## **1.2. Rapportens struktur**

Rapporten er struktureret i 7 kapitler, hvor vi i kapitel 2 redegør for undersøgelsens metode, teoretiske forforståelse og analysestrategi. I kapitel 3 præsenteres de 25 sager, som er genstand for analysen. Rapporten er herefter struktureret i to delanalyser. I kapitel 4 er hovedvægten på en analyse af beslutningsforløbet med afsæt i socialfaglige principper om det systematiske sagsarbejde. Rapportens anden delanalyse fokuserer på rehabiliteringsteamets møde med borgerne og en analyse af den ressource- og udviklingsorienterede samtale.

I kapitel 5 præsenteres analysen af, hvordan ressourcer forstås og forhandles i teamets dialog med borgeren på mødet. Kapitel 6 belyser en løsnings- og resourcefokuseret tilgang som samtaleteknologi og viser eksempler på, hvordan ressourcer tales frem i de forskellige samtalerum. Rapporten afsluttes i kapitel 7 med en tematisering af en række dilemmaer og udfordringer, som kan danne afsæt for diskussion af den sociale praksis på området og yderligere forskningsmæssig undersøgelse.

## **2. Metode, teoretisk forforståelse og analysestrategi**

Nærværende undersøgelse indgår som en delundersøgelse i et større projekt om ”Beslutningsprocesser og faglige roller i rehabiliteringsteam” gennemført ved Institut for Socialt Arbejde. I dette projekt blev der i perioden marts 2014 og frem til januar 2015 indsamlet empiri fra to kommunale rehabiliteringsteam. Empirien består af observationer ved samlet set 72 rehabiliteringsteammøder i de to kommuner, heraf 37 i Kommune A og 35 i Kommune B. Alle møder blev optaget på diktafon og materialet herfra udskrevet i fuld længde. Derudover blev der gennemført interview med teammedlemmer, sagsbehandlere og borgere samt indsamlet sagsakter i form af rehabiliteringsplaner og indstillinger fra de 72 sager. Analysen af det empiriske materiale er sket med fokus på en række problemstillinger i form af brugerinddragelse i rehabiliteringsteammøderne (Børjesson Buus 2016), vidensanvendelse og systematisk sagsarbejde (Glerup Aner og Nedergård 2016) og i nærværende projekt om ”Rehabiliteringsteam og ressourceforløb”.

### **2.1. Det empiriske materiale**

I dette projekt har vi udvalgt de sager, som leder frem til beslutning om ressourceforløb, hvilket udgør 25 sager, hvoraf 13 er fra Kommune A og 12 fra Kommune B. Vi har endvidere afgrænset materialet til de skriftlige dokumenter i form af rehabiliteringsplaner og indstillinger fra de 25 sager samt udskrift af rehabiliteringsteamets møder med borgeren. Det er sket ud fra den begrundelse, at de interview, der blev gennemført havde et andet sigte end dette projekts formål samt ud fra et ønske om at afgrænse det empiriske materiale. Nærværende projekt er gennemført af deltagere, som ikke deltog i empiriindsamlingen, men hvor vi har haft adgang til materialet. Det betyder, at vi alene har indsigt i rehabiliteringsteamenes møder via udskrifter af samtalerne, og ikke har opnået samme indsigt som de personer, der observerede møderne. Vi har søgt at kompensere for dette ved at have en tæt dialog med de kollegaer, som foretog empiriindsamlingen, og dermed søgt at kvalificere analyserne via faglig sparring.



## 2.2. Teoretisk forforståelse

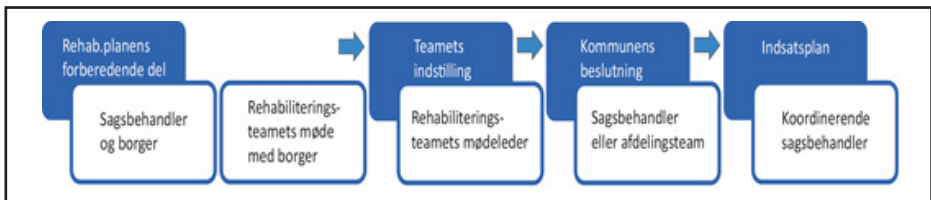
Vores teoretiske forforståelse tager afsæt i en analytisk tilgang, hvor vi kobler socialfaglige principper om systematisk sagsarbejde til et socialkonstruktivistisk perspektiv på samtaler i socialt arbejde. Vi anskuer rehabiliteringsteamenes møder ud fra et perspektiv på socialt arbejde, hvor vi forstår og fortolker rehabiliteringsteamets funktion som et element i det systematiske sagsarbejde i jobcentrenes myndighedsopgave.

Rehabiliteringsteam er nedsat ved lov med det formål at behandle og give indstilling om sager vedr. fleksjob, ressourceforløb og førtidspension samt tage stilling til indholdet i jobafklaringsforløb. Rehabiliteringsteam indplacerer sig dermed i en beslutningsproces, hvor forskellige aktører i jobcentret er tillagt bestemte funktioner i processen frem mod, at der træffes beslutning om ressourceforløb, og som følges af bestemte lovpligtige dokumentationskrav.

Følgende model illustrerer rehabiliteringsteamets placering i beslutningsprocessen og dermed det sagsarbejde, som leder frem mod beslutningen.

**Figur 1. Sagsforløbet**

### Beslutningsprocessens skriftlige og mundtlige forløb



Modellen illustrerer i de blå felter de skriftlige dokumenter, der udarbejdes som led i forløbet. De hvide felter illustrerer de aktører, som deltager i beslutningsforløbet, og som typisk udarbejder de skriftlige dokumenter.

Begrebet *det systematiske sagsarbejde* er centralt som et nøglebegreb til forståelse af de idealer og normer, der er for det socialfaglige arbejde i en myndighedsfunktion (Djurhuus 2013). Samtaler og skriftlighed udgør kernekomponenter i det sociale arbejde. De to kommunikationsformer er gensidigt afhængige i og med den mundtlige kommunikation med borger omsættes i en skriftlig form,

som gengiver oplysningerne, og hvor borgerens situation, egne udsagn eller vurderinger kommer til udtryk i den skriftlige dokumentation. Og omvendt bliver den skriftlige kommunikation også rammesættende for den mundtlige i fremadrettede samtaleforløb. I og mellem begge kommunikationsformer konstrueres forståelser af borgerens problemkompleks, identitet(er) og mulige løsninger.

I det systematiske sagsarbejde tjener den skriftlige dokumentation flere formål. Det er den pågældende myndighed, i dette tilfælde jobcentrets, beslutningsgrundlag og dokumentation for det sociale arbejde. Den skriftlige dokumentation skal indeholde præmisser, som er lagt til grund for at yde hjælp, hvilke paragraffer der refereres til og information om, hvad indsatsens karakter er. På denne måde skal den skriftlige dokumentation vise, at beslutninger er truffet i henhold til gældende lovgivning og ud fra de faktiske omstændigheder, der er tillagt værdi som det grundlag, beslutningen er truffet ud fra.

Den skriftlige dokumentation danner grundlag for, at borgeren via aktindsigt kan få indsigt i sin sag. Ved klager og anke udgør dokumenterne grundlag for både myndighedens behandling af sagen og borgers retssikkerhed. Derudover er dokumenterne offentlige myndigheds hukommelse, som sikrer, at jobcentret har overblik over sagens forløb og oplysninger (Djurhuus 2013).

Skriftlig dokumentation er i et socialkonstruktivistisk perspektiv en kilde til analyse og tolkning af de forståelser, værdier og klassifikationer, der på et givent tidspunkt og i en given kontekst er tillagt mening i begrundelsen for fx bestemte handlinger/beslutninger. Krav om, at de professionelle skal dokumentere deres arbejde, skaber en dobbelthed i arbejdet, fordi skriftsproget skaber repræsentationer af hverdagens arbejde. De skriftlige dokumenter afspejler ikke virkeligheden, men ét billede af virkeligheden, som kan gengives ud fra forskellige strategiske hensigter, hvor bestemte ”sandheder” præsenteres. Teksterne kan være bearbejdnings af hændelsesforløb og beslutninger set fra en bestemt position og skrevet med et særligt formål. Via de skriftlige dokumenter kan man analysere og fortolke, hvordan professionelle fremstiller de borgere, som tildeles et ressourceforløb, hvilke faglige termer, ord og diskurser de udtrykker sig med og anvender i deres argumentation.

Samtaler med borgeren udgør det andet kernekomponent i det systematiske sagsarbejde. De professionelle udforsker i dialogen med borgeren problemstillingen for at kvalificere deres forforståelse. De professionelle møder qua deres faglige baggrund problemstillinger med en forforståelse af problemet, dets indhold og mulige løsninger. De professionelle kan således i dialogen med borgeren have en særlig faglig forforståelse, som samtidig kan skabe en blindhed over for det unikke ved denne borger og vedkommendes situation. Forforståelser er knyttet til værdier og normer i samfundet på det givne tidspunkt og som manifesteres i de politiske tendenser og lovgivningsmæssige bestemmelser (Djurhuus 2013).

Rehabiliteringsteamets møde med borgere, der tilkendes ressourceforløb, former sig som en samtale inden for en bestemt tidsramme og formål. Rehabiliteringsteamene har forud for mødet med borgeren orienteret sig i de skriftlige dokumenter om borgerens sag, hvor særligt rehabiliteringsplanens forberedende del forventes at give teamet en forforståelse af borgerens situation (jf. BEK 1557 § 4).

Teamets dialog med borgeren foregår således på baggrund af den indsigt og forforståelse, den skriftlige dokumentation har tilvejebragt om borgerens situation. Teamene holder også et formøde, inden borgeren deltager i mødet, hvor de drøfter sagen. Teamets medlemmer har herigennem konstrueret en forforståelse af borgerens situation, og hvor de på mødet, via dialog med borgeren, kan afsøge borgerens udfordringer og ressourcer yderligere. Den viden, som teamet opnår herigennem, kan potentielt bidrage til teamets analyse og vurdering af hvilken ydelse, der indstilles til.

Vi kobler de socialfaglige principper om systematiske sagsarbejde til et socialkonstruktivistisk perspektiv på samtaler, hvor vi er optaget af, hvordan de deltagende aktørers beskrivelser, problematiseringer, analyser, vurderinger m.v. kan tolkes i lyset af den betydningsgivende kontekst/diskurser for rehabiliteringsteamets arbejde. Det vil sige, at de tilskriver ressourceforløb mening, i forhold til at kunne bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet/uddannelse. Borgeren deltager selvsagt også i denne forhandlings- og konstruktionsproces. I den første delanalyse, som præsenteres i kapitel 4, er hovedvægten på det systematiske

sagsarbejde, hvor den anden delanalyse, kapitel 5 og 6, udfolder det socialkonstruktivistiske perspektiv i en analyse af, hvordan teamet konstruerer et særligt ressourceblik på borgerens situation og hvilke ressourcer, teamet tillægger betydning som grundlag for borgerens udviklingspotentiale. Den udviklings- og ressourcefokuserede tilgang udgør i denne forståelse en diskursiv ramme for samtaleens såkaldte kommunikative projekt.

### **2.3. Samtaleanalyse som analysestrategi**

Det empiriske materiale består af skriftlige dokumenter samt lydoptagelser af samtalen på rehabiliteringsteamenes møder. Samtalerne er udskrevet i fuld længde med angivelse af hvilken person, der taler. Transskriptionerne indeholder verbale udtryk i form af de talte ord, men ikke udskrift af verbale udtryk i form af øh, hmm eller latter eller intonation, stemmestyrke m.m. Det er angivet, om et udsagn er uforståeligt, eller der tales i munden på hinanden. Det er også angivet, om borger er grådlabil eller græder samt i situationer, hvor borger rejser sig eller forlader mødet, er dette angivet i teksten.

Analysen af teksten er inspireret af metoder for samtaleanalyse, nærmere bestemt dialogisme, hvor analysen af samtaler sker med reference til konteksten (Scheuer 2005). Samtaleanalyser er en socialkonstruktivistisk disciplin i og med, at sproget ansues som socialt konstrueret og konstruerende. Dialogismen kan placeres i en teoretisk mellemposition i forhold til konversationsanalysen, der primært har et induktivt og fænomenologisk udgangspunkt, og den kritiske diskursanalyse, der primært har et deduktivt udgangspunkt. Inspireret af dialogismen placerer vi os i en mellemposition, hvor vi forstår en samtale som indlejret i en matrice af forskellige kontekster. Konteksterne udgør et mulighedsfelt, hvoraf visse dele bliver aktualiseret, og andre ikke bliver det, efterhånden som samtalen udvikler sig (ibid:35). Inden for dialogismen forstås konteksten for samtalen dels som den umiddelbare fysiske kontekst og det sagte i samtalen (type I), dels den middelbare kontekst, som udgør en mere abstrakt ressource til tolkning af, hvad der foregår (type II).

For dialogismen gælder, at ingenting er en kontekst i sig selv. Der er tale om et mulighedsfelt, der aktualiseres i nogle retninger på bekostning af andre, efterhånden som samtaletråden konstrueres frem. Kontekstualisering er en proces,

der går i to retninger. Med Linell (1998:132 i Scheuer 2005:36) er der tale om ‘the double dialogicality of discourse’: *“Diskurser, eller samtaledele, er i dialog med den aktuelle situations kontekster (...) og de sociokulturelle kontekster.”* Der er med andre ord tale om kontekstuelle ressourcer, som kan “blive faktiske, relevante kontekster gennem aktiviteter udført af samtaleparter i dialog” (Linell 1998 i Scheuers oversættelse, 2005:35). Analytiker “udvælger de kontekstresourcer, der kan tænkes at være relevante i en samtale” (ibid.: 39.), men dette sker inden for rammerne af, at analytiker forholder sig til *”kontekstualisering i et sekventielt turtagnings-perspektiv. En analytisk påstand om at en given kontekstressource bliver anvendt i samtalen, må underbygges med iagttagelser af, at den pågældende ressource skaber sammenhæng i samtalebidragene, at det er qua den ressource samtaledelegerne gensidigt konstruerer den tråd, der går igennem.”* (Scheuer 2005: 40).

De middelbare, mere abstrakte kontekster kan ifølge dialogismen kategoriseres i en række typer med et stigende abstraktionsniveau:

- a) opfattelse af hvad der foregår, model of discourse-in-context
- b) aktuelle kommunikative projekt
- c) viden og antagelser om involverede personer
- d) den abstrakte definition af begivenheder, genre, frame, activity type
- e) den organisatoriske kontekst
- f) institutioners og subkulturers sociohistorisk funderede kontekster
- g) viden om sprog, kommunikative rutiner og handletyper
- h) generel baggrundsviden (Scheuer 2005:35)

Det empiriske materiale vi analyserer, er en samtale, som foregår i et team af aktører med forskellige professions- og ansættelsesmæssige baggrunde samt borger og evt. dennes bisidder. Teamet er sammensat ud fra de lovgivningsmæssige rammer for rehabiliteringsteams, som betyder, at teamet er sammensat af repræsentanter fra det kommunale beskæftigelses-, social- og sundhedsområde, evt. uddannelsesområdet, en sundhedsfaglig repræsentant fra regionen, borgeren og borgerens sagsbehandler og evt. bisidder. Den fysiske lokalitet er et møderum i jobcentret, og samtalen foregår inden for en bestemt tidsramme.

Konteksten for samtalen er desuden det mere abstrakte mulighedsfelt, som består af bl.a. organisatoriske, institutionelle og diskursive kontekster (jf. e-h i oversigten ovenfor). Indsigt i disse kontekster fordrer dataækstern viden fra analytikernes side, og det er således i analytikernes fortolkning, at bestemte, mere abstrakte kontekster tillægges mening som betydningsgivende (Ibid.). Det betyder, at vi i analysen af samtalen foretager en kontekstualisering af det sagte, som retter sig mod dels den aktuelle situation, som samtalen foregår i, dels den bredere sociokulturelle kontekst. Det vil sige både situationelt og kulturelt/historisk.

Vores tolkning af samtalerne fokuserer således på en særlig kontekstualisering, hvor vi er optaget af, hvordan teamet og borgeren, samt evt. dennes bisidder, italesætter fænomenet ressourcer, og som dermed kan lede frem mod, at teamet kan argumentere for at indstille borgeren til et ressourceforløb. Samtalen på rehabiliteringsteamets møde foregår i en kontekst med et bestemt formål, nemlig at danne grundlag for teamets vurdering af, hvorvidt borger er berettiget til at blive tilkendt fleksjob, ressource-forløb eller førtidspension. Med førtidspension- og fleksjobreformen er reglerne for tilkendelse af førtidspension ændret, og ressourceforløb er den indsats, som skal tilkendes de borgere, der er ”i risiko for at komme på førtidspension”. I og med ressourceforløb er en ny indsatsform i beskæftigelsesindsatsen, som forventes at forhindre, at borgere ender på førtidspension, nødvendiggør det, at teamet har særligt fokus på borgerens udviklingspotentiale, hvilket der også lægges op til i det vejledende materiale fra ministeriel side. Det er så at sige teamets kommunikative projekt, jf. dialogismens terminologi.

### **Analysetrin**

Analysen af det empiriske materiale er foretaget gennem flere trin, hvor vi går fra at meningskondensere og gennemføre deskriptive analyser til at inddrage teoretiske perspektiver på materialet, og afsluttende præsenterer disse i nærværende rapport. Alle tre forfattere har deltaget i kodning og den indledende deskriptive analyse samt i analysen af materialet. Analyserne er drøftet mellem forfatterne samt kollegaer med indsigt i rehabiliteringsteamenes arbejde.

Det første trin er udvikling af kodetræet til kodning af materialet i NVivo. Alle tre forfattere har deltaget i denne proces og gennemlæst og diskuteret det

samlede materiale fra en af sagerne med henblik på at udvikle et kodetræ. Kodetræet er udviklet med vægt på typifikationer af de ressourcer, som tillægges vægt i samtalen. Kodetræet indeholder følgende kategorier: Alder, adfærd, erhvervs erfaring, motivation, netværk – familie, uddannelse, udseende, økonomi – bolig, helbred, øvrigt. Derudover har vi kodet for særlige talemåder eller kommunikationsformer, som teamet anvender, når de søger at få borgeren til at fortælle om ressourcer og udviklingspotentialer.

Kodetræet er herefter afprøvet og justeret med stikord til operationalisering af kodekategorierne.

Det næste trin er udvikling af et system for læsning og vurdering af sagsforløbet. Vi har i fællesskab udviklet en systematik for læsning og kodning af sagerne, hvor vi har sammendraget vores analyse og vurdering af udvalgte tematikker vedr. a) kommunikationsformen på mødet, b) hvilke aktører der dominerer mødet, c) det systematiske sagsarbejde i forløbet, d) den skriftlige indstilling og e) særlige dilemmaer vi er blevet opmærksomme på. Disse er sammenskrevet i korte memotekster i NVivo.

Det tredje trin er læsning, kodning og analyse af sagerne. Sagerne er fordelt mellem de tre deltagere med 12 sager til ISB, 6 sager til PBJ og 7 sager til MAS. Vi har fulgt vores guide for analyse af materialet og kodet samt skrevet memoer. Der er afholdt to møder i forløbet, for at drøfte og udveksle erfaringer med kodning og de deskriptive analyser i memo-teksterne.

Det fjerde trin er analyse af materialet. ISB har gennemført deskriptive analyser baseret på kodningerne af kategorierne for ”ressourceblikket”. PBJ har gennemført analyse af kommunikationsformer og MAS af det systematiske sagsarbejde ud fra kodning og memoteksterne. Disse er forelagt forfattergruppen og drøftet med henblik på teoretisk analyse og perspektiveringer. Rapporten er endvidere læst og kommenteret af ledere fra de deltagende kommuner.

### 3. De 25 sager

Materialet består af 25 sager, som vedrører borgere, der på rehabiliteringsteam-møderne får tilkendt et ressourceforløb. De 25 sager repræsenterer et indblik i de sociale, beskæftigelses- og helbredsmæssige problemstillinger, som borgere, der tilkendes ressourceforløb står med. I de følgende afsnit præsenteres en oversigt over de 25 sager med fokus på en beskrivelse af borgernes køn, alder, etnicitet, arbejdsmarkedstilknytning og helbredsmæssige oplysninger. Informationerne er uddraget af de skriftlige dokumenter: rehabiliteringsplanens forberedende del og indstillingen, og formidler således en række af de faktuelle oplysninger, som rehabiliteringsteamet får forud for mødet med borgeren. Vi gengiver disse i en generaliseret form for herigennem at sikre de deltagende borgeres anonymitet. Som afsæt for beskrivelsen er der udarbejdet et oversigtsskema med kerneoplysninger om de 25 deltagende borgere.

#### Køn, alder og etnicitet

Blandt de 25 borgere er de 15 kvinder. Aldersmæssigt er der en spredning fra 20 år og op til 58 år. Følgende tabel viser fordelingen på alderstrin og køn.

**Tabel 1. Fordelingen på alder og køn**

Alder/køn	Fordeling i alt	Kvinder	Mænd
20'erne	7	3	4
30'erne	3	2	1
40'erne	9	6	3
50'erne	6	4	2

Blandt de 25 borgere har 7 en anden etnisk baggrund end dansk, og de er beskrevet som enten indvandrere eller flygtninge.

#### Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning

Uddannelsesmæssigt fordeler de 25 borgere sig med en hovedvægt på borgere, som er ufaglærte eller faglærte samt borgere, som har afsluttet en ungdomsuddannelse, herunder STU (Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse). Vi har kate-



goriseret borgerne efter det uddannelsesnivea, der er oplyst i materialet, hvoraf nogle har en uddannelse fra udlandet, som de ikke har anvendt i Danmark.

**Tabel 2. Uddannelsesbaggrund**

Uddannelsesbaggrund	Fordeling i alt	Kvinder	Mænd
Ufaglært	7	3	4
Erhvervsuddannelse/Faglært	5	2	3
Gymnasialuddannelse og STU	5	4	1
Mellemlang videregående uddannelse	3	3	
Lang videregående uddannelse	4	3	1
Uoplyst/ autodidakt	1		1

Med hensyn til borgernes arbejdsmarkedstilknytning er det et gennemgående kendetegn, at de har stået uden for arbejdsmarkedet i en længere årrække. Der er eksempler på en borger, som har stået uden for arbejdsmarkedet i 17 år og en, som er blevet sygemeldt samme år, undersøgelsen blev gennemført. Der er således en vis spredning i de deltagende borgeres arbejdsmarkedstilknytning. Det fremgår af materialet, at de enten har været sygemeldte eller på dagpenge/kontanthjælp. Dette gælder hovedparten af de 25 borgere, med undtagelse af de unge, som har afsluttet en ungdomsuddannelse, herunder STU. Der er også enkelte eksempler på borgere, som er indvandret/flygtet og ikke har haft arbejdsmarkedstilknytning i Danmark.

Derudover er der stor spredning i borgernes erhvervs-mæssige karrierer, hvor nogle har haft faste ansættelser og andre mange skiftende småjobs. Nogle har skiftet mellem forskellige ufaglærte jobs. Andre har haft faste jobs, nogle i ledelsesjob eller som selvstændigt erhvervsdrivende. Der tegner sig således et meget varieret billede af de 25 borgeres arbejdsmarkedstilknytning og jobberfaringer.

### **Social baggrund og forhold**

Der er stor variation på de sociale forhold omkring de 25 borgere. Nogle lever i stabile forhold og har stor støtte fra familie og netværk. Andre synes at have et

svagt netværk eller svage eller fraværende familierelationer. Blandt de 25 borgere er der nogle som bor med ægtefælle/samboer, andre er fraskilte og bor med børn, eller hvor børnene er voksne og flyttet hjemmefra. Andre bor alene. Der er også et eksempel på en ung pige, som bor hos forældrene. Et gennemgående kendetegn er, at borgerne befinder sig i en presset økonomisk situation grundet det forsørgelsesgrundlag, de lever af, og enkelte lever i en boligsituation, som synes uholdbar/midlertidig. En enkelt er hjemløs.

### **Helbredsmæssige forhold**

De 25 borgere har gennemgående mange helbredsmæssige problemer. Der er tre af borgerne, som har en medfødt funktionsnedsættelse, mens de resterende er kendetegnet ved, at de har en eller flere sygdomme, enten psykiske eller somatiske eller kombinationer heraf. Der er en overvægt af borgere med psykiske lidelser, og blandt de borgere, som har somatiske lidelser, er det gennemgående, at de også har psykiske problemer i form af fx depression. Der er også eksempler på borgere, hvis helbredsmæssige problemer er somatiske i form af bl.a. kroniske smerter grundet nedslidning eller ulykke. Der er eksempler på borgere med mange samtidige sygdomme (komorbiditet), op til 6-9 diagnoser.

Endelig er der enkelte af de 25 borgere, som er misbrugere eller tidligere misbrugere, men ikke har øvrige helbredsmæssige problemer.

## 4. Systematisk sagsarbejde, skriftlighed og samtaler

Dette kapitel handler om, hvordan ressourceblikket betinges og muliggøres i et samspil med et professionsnært, normativt begreb om systematisk sagsarbejde (systematisk sagsbehandling). Vi vil her fokusere på nogle af de betydninger, udfordringer og muligheder, som beslutningsprocessen frem mod et ressourceforløb stiller de involverede parter i. Her tænkes bl.a. på indstillende sagsbehandler, selve rehabiliteringsteamet, den koordinerende sagsbehandler og ikke mindst borgeren. Indledningsvist redegøres for principperne for systematisk sagsarbejde. Herefter analyseres sagsarbejdets organisering i de to kommuner med fokus på det skriftlige materiale og mødernes organisering. Kapitlet afsluttes med en diskussion i lyset af et socialkonstruktivistisk perspektiv og dialogismens forståelse af de organisatoriske kontekster som middelbare, abstrakte omgivelser.

### 4.1. Systematisk sagsarbejde

Systematisk sagsarbejde eller Systematisk tænkning og arbejdsmåde (Egelund og Hillgaard 1993) er et af fire fælleselementer - Helhedssyn, Etik, Systematisk sagsarbejde og Kommunikation - som traditionelt har udgjort et metodisk fundament for udøvelsen af socialrådgiverprofessionen. Det systematiske sagsarbejde forsøger at rumme, forklare og give anbefalinger til, hvordan praktikerens i praksis bør gå til opgaven med at sikre et professionelt stykke socialt arbejde. Begrebet bygger på forestillingen om, at intet arbejde kan udføres professionelt uden brug af systematik, herunder systematik i processer, i beskrivelser, analyser og vurderinger, i videregivelsen af oplysninger samt klarhed i forhold til det, man selv gør og i forhold til andre (Egelund og Hillgaard 1993).

Systematisk sagsarbejde rummer konkrete anbefalinger til praktikerens fremgangsmåder, som bygger på en faseorienteret forståelse, der skal forsøge at holde arbejdets forskellige processkridt (dimensioner) adskilt. I litteraturen forekommer nogen variation i forhold til fasernes begrebsliggørelse. To eksempler vises her - hvorefter vi sætter det systematiske sagsarbejdes faser i relation til beslutningsprocessen for ressourceforløb.

## Eksempler på faser i det systematiske sagsarbejde

Egelund og Hillgaard	Djurhuus
1. Undersøgelse/problemformulering	1. Socialfaglig beskrivelse
2. Vurdering/planlægning	2. Socialfaglig analyse
3. Handling/behandling	3. Socialfaglig vurdering
4. Opfølgning/kontrol/evaluering	4. Indstilling

Fælles for begge fremgangsmåder gælder, at man starter i en undersøgende og beskrivende fase, og derfra arbejder sig systematisk igennem de forskellige faser. Det handler så at sige om at være tro mod den fase, man er i, og eksempelvis ikke begynde at vurdere noget i fasen for undersøgelse og beskrivelse. Hos Egelund og Hillgaard optræder analysefasen ikke selvstændigt, men ligger indlejret i hhv. undersøgelse/problemformulerings- og vurdering/planlægningsfasen, hvor den hos Djurhuus optræder særskilt. Egelund og Hillgaards fase for handling og behandling kan sættes i parallel til Djurhuus' fase for indstilling. Fælles for forståelsen af denne fase er, at det er dimensionen for beslutninger, som skal afføde og afstedkomme praktiske handlinger i form af korrekte indsatser. Det kan dog, som vi har valgt at gøre det, give mening at dele denne op i hhv. en fase for indstilling og en fase for handling, da der i praksis (som det er tilfældet med processen for ressourceforløbs tilkendelse) kan være flere kompetenceholdere. Det sidste vi skal nævne her er, at Egelund og Hillgaard også gør opmærksom på den opfølgning, kontrol og evaluering, der "bør" ligge efter den socialfaglige indstilling og professionelle handlen.

Vi har med baggrund i disse forståelser valgt at kombinere de to fremgangsmåder i denne model.

## Fasemodell for det systematiske sagsarbejde med baggrund i Egelund og Hillgaard (1993) og Djurhuus (2013)

Fase 1	Beskrivelse
Fase 2	Analyse
Fase 3	Vurdering
Fase 4	Indstilling
Fase 5	Handling
Fase 6	Opfølgning

I processen frem mod en bevilling af et ressourceforløb kan det Systematiske sagsarbejde faseoptisk ideelt iagttages på følgende måde:

1. Arbejdet med rehabiliteringsplanens forberedende del (udarbejdet af borger og sagsbehandler) = Beskrivelsesfase, der undersøger og nedskriver borgerens ressourcer og barrierer/udfordringer.
2. Formødet og borgermødet = Analysefase, hvor rehabiliteringsteamet gennem dialog og sammen med borger analyserer sig frem til borgerens udfordringer og muligheder med henblik på vurdering af indsatsform (fleksjob, ressourceforløb eller førtidspension).
3. Rehabiliteringsteamets timeout = Vurderingsfase, hvor teamet beslutter om deres indstilling skal pege på et ressourceforløb eller anden indsats.
4. Teamets skriftlige indstilling = Indstillingsfase, hvor teamet udarbejder en skriftlig indstilling til kompetenceholder, som endeligt afgør, om der skal bevilges et ressourceforløb.
5. Forvaltningens (kompetenceholders) endelige beslutning om ressourceforløb = Handlingsfase, hvor der på baggrund af indstillingen bevilges ressourceforløb.
6. Udførelse/udøvelsen af ressourceforløbet via den koordinerende

sagsbehandler (og dermed ikke hos teamet) = Fasen for opfølgning/kontrol og evaluering.

Modellen illustrerer, hvordan det Systematiske sagsarbejdes forskellige faser ideelt set knytter sig til processen for bevilling af ressourceforløb. Det er dog givet, at det ikke er uproblematisk med en så stringent og firkantet måde at stille faserne op på, idet praksis i det sociale arbejde typisk vil være for flertydigt og komplekst til at kunne beskrives i en stringent fasemodel. Som eksempel er det ikke muligt at udarbejde en skriftlig beskrivelse uden, at denne også er et udtryk for et analyserende og socialt konstrueret fra- og tilvalg af oplysninger. Pointen er, at disse faser i praksis vil fremstå langt mere flertydige og komplekse. Spørgsmålet er derfor, hvordan sagsforløbet i praksis er organiseret, og hvorvidt og hvordan ressourceblikket betinges og muliggøres via denne organisering.

## **4.2. Sagsarbejdets organisering i de to kommuner**

I det følgende præsenteres en analyse af sagsarbejdets organisering i de to kommuner. I og med vores empiriske materiale er afgrænset til de skriftlige materialer i form af rehabiliteringsplan og indstilling samt transskription af rehabiliteringsteamets møde med borgeren, er der fokus på de faser, som teamet er involveret i: analyse, vurdering og indstillingsfasen.

### **Det skriftlige materiale**

I det følgende vil vi analysere det skriftlige materiale med henblik på materialets struktur, og hvordan det skriftlige materiale indplaceres i det systematiske sagsarbejdes faser.

Det skriftlige materiale består af rehabiliteringsplaner og indstillinger. Rehabiliteringsplanens forberedende del samt bilag er koblet til beskrivelsesfasen. Teamets mundtlige analyse og vurderinger på mødet, og ved timeout, munder ud i en skriftlig begrundet indstilling, som er koblet til indstillingsfasen.

Begge kommuner anvender skemaer udviklet af STAR (18. april 2016: <http://star.dk/da/Indsatser-og-ordninger/Indsatser-ved-sygdom-nedslidning/Rehabiliteringsteam.aspx>). De skriftlige informationer er således standardiseret ud fra

skemaer, som forventes at sikre, at de korrekte oplysninger indsamles og fremlægges for teamets medlemmer, og herigennem sikrer systematik i beslutningsgrundlaget, borgerinddragelse og dokumentation.

### **Den forberedende del**

I skemaet for rehabiliteringsplanens forberedende del beskriver sagsbehandleren begrundelse for fremlæggelse af sagen på rehabiliteringsteammødet, sagsresumé og bilag, hvor sagsbehandler sammendrager oplysninger om borgerens erhvervs erfaring, uddannelse m.v., helbredsoplysninger i form af lægeattester, forsørgelseshistorik, tilbud modtaget efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats og serviceloven samt øvrige relevante bilag. Derudover beskrives borgerens vurdering af:

1. Job og uddannelse, herunder ønsker for fremtiden og styrker. I underpunkterne spørges der til uddannelse og gode og dårlige erfaringer med uddannelse, kurser, arbejds historik/ ansættelsessteder og gode og dårlige erfaringer fra ansættelsessteder, ønsker for fremtiden.
2. Sociale forhold, forstået som sociale forhold, der er barrierer for job og uddannelse. I underpunkterne spørges der til økonomisk situation, bolig situation, sociale relationer og netværk, sociale kompetencer, dagligdag, interesser samt relevante sociale foranstaltninger.
3. Helbredsmæssige oplysninger/borgerens egen vurdering af helbred samt evt. arbejdsskade eller ulykkesforsikrings sag. I underpunkterne spørges der til borgerens beskrivelse af egen helbredsmæssige situation, og sagsbehandler redegør for relevante lægefaglige oplysninger. Der spørges til borgerens beskrivelse af behandlingsindsatsen, aktuel behandling/undersøgelser, hvordan helbredet påvirker arbejdsevnen, og hvad borgeren mener, kan forbedre arbejdsevnen.
4. Ydelser og tilbud, hvor borgeren giver sin vurdering af de tilbud han/hun hidtil har modtaget, og hvilke der evt. kan hjælpe personen i retning af job/uddannelse. I kommune A fremgår denne del under punkt 1.

## **Indstillingen**

Skemaet for rehabiliteringsteamets indstilling indeholder selve indstillingen samt en begrundelse, som ifølge lovgivningen skal angive, hvilke beskæftigelsesmæssige, sociale og helbredsmæssige forhold rehabiliteringsteamet har lagt vægt på i sin anbefaling af et ressourceforløb. Det skal begrundes, hvorfor borgeren har behov for et helhedsorienteret forløb med en kombination af indsatser efter forskellige lovgivninger, før der kan fastsættes et konkret beskæftigelsesmål.

Skemaet indeholder felter, hvor indstillingen begrundes. Her angives det hvilke beskæftigelses- og uddannelsesmål rehabiliteringsplanen bør sigte mod, hvilke beskæftigelsesrettede indsatser, der bør indgå, hvilke sociale indsatser, der bør indgå, samt hvilke helbredsindsatser, der er behov for, og sundhedskoordinatorens initiativer i den forbindelse. Derudover anføres, om der er behov for mentorstøtte samt evt. antal timer, varighed og mentorens opgaver. Endelig beskrives, hvorvidt der er forhold, som taler imod, at indsatserne kan iværksættes og gennemføres parallelt. Derefter angives, hvor ofte den koordinerende sagsbehandler bør følge op på sagen i forløbet, samt hvorvidt rehabiliteringsteamet ønsker at se sagen igen.

## **Analyse**

Rehabiliteringsplanen forventes at indeholde oplysninger om borgerens ressourcer og barrierer/udfordringer. I og med det er sagsbehandler, som udformer den skriftlige del, har han/hun selv sagt en indflydelse på, hvordan sagen præsenteres, og hvilke ord der anvendes i beskrivelser, begrundelser og argumenter, som fremlægges for rehabiliteringsteamet m.v. Som anført ovenfor indeholder de skriftlige dokumenter dermed også en forudgående analyse og vurdering af, hvilke informationer, der er relevante og prioriteret af sagsbehandler. Sagsbehandlerens valg af ord og begreber afspejler sagsbehandlers udefra-perspektiv på sagen. Vores gennemgang viser, at rehabiliteringsplanerne fremstår relativt beskrivende og tilstræber at fremlægge de 'objektive fakta' i borgerens sag (fx uddannelse, arbejdshistorik, erhvervsrettede, sociale og behandlingsmæssige foranstaltninger, som borger har eller aktuelt modtager m.v.).

Samtidig kommer borgerens indefra-perspektiv frem, idet der i skemaet er lagt vægt på, at borgerens subjektive vurderinger skrives frem. Vores gennemgang



af rehabiliteringsplanerne viser, at der er stor variation i, hvor udførligt disse er beskrevet. Nogle er meget kortfattet formuleret med korte udsagn fra borger. I visse tilfælde er flere af felterne blanke. Materialet giver ikke indblik i, hvorvidt det er borgeren selv, som skriver i planen, eller sagsbehandler, som skriver for borgeren. I visse sager er der skrevet i en form, så det fremstår som borgerens ordrette formuleringer. I andre sager er det tydeligt, at det er sagsbehandler, som skriver, idet teksten er skrevet i en formidrende og opsummerende form. Analysen vidner om, at der er stor variation i borgernes evne og evt. lyst til at beskrive disse sider af deres liv og komme med vurderinger af deres egne styrker og svagheder. Analysen viser også, at sagsbehandlerne har forskellig praksis i forhold til, hvordan borgernes udsagn skrives frem, med individuelle, foretrukne skrivestile.

Det er vores vurdering, at indstillingerne i forskellig grad afspejler de drøftelser, analyser og vurderinger, som er fremkommet under teamets møde med borgeren og i timeout. I visse sager genspejles rehabiliteringsplanens forberedende del i indstillingen, og det er vanskeligt at se, hvorvidt og hvordan teamets møde med borgeren har bidraget til en kvalificering af de oplysninger, som er indeholdt i indstillingen. I andre sager vurderer vi, at de temaer, som er drøftet på mødet, og de forslag til indsatser, der er drøftet med borgeren, afspejles i indstillingen.

Det er gennemgående, at indstillingen fremstår i en stringent og saglig skriftform, hvor de tvivlsspørgsmål, dilemmaer eller faglige uklarheder, der er kommet frem på mødet, er udeladt. Det kan skyldes, at indstillingen skal fungere som beslutningsgrundlag og juridisk dokument, men konsekvensen kan være, at værdifuld viden og vurderinger ikke videreformidles til den koordinerende sagsbehandler, som overtager sagen herefter.

Det er ligeledes gennemgående, at indstillingen ikke gengiver borgerens vurderinger, synspunkter eller samtykke til de indsatser, der foreslås. Der er eksempler på, at borgeren på mødet har givet udtryk for undren eller decideret modstand over for de indsatser, teamet foreslår, men at disse alligevel skrives ind i indstillingen. I det følgende illustrerer vi det via et eksempel:

Sagen handler om en kvinde sidst i 40'erne. Hun er flygtning og har taget en

akademiuddannelse i Danmark, men har arbejdet som ufaglært. Kvinden har en række somatiske lidelser, herunder smerter samt en psykisk lidelse. På mødet foreslår teamet ressourceforløb, og indsatser, som fokuserer på fysisk træning, beskæftigelsesmæssig afklaring via praktik inden for hendes uddannelsesområde, og at hun tager supplerende kurser. Endelig foreslår de styrkelse af hendes sociale netværk ved at deltage i netværk for kvinder med anden etnisk baggrund. Kvinden samtykker i behovet for fysisk træning, men er meget skeptisk over for praktik inden for hendes uddannelsesområde, da hun ikke mener, hun fysisk kan varetage de jobfunktioner, der er. Hun er også skeptisk over for de supplerende kurser og afviser det med det argument, at hun ikke kan koncentrere sig og har svært ved at læse, og det derfor ikke er realistisk, at hun kan gennemføre kurset. Hun ser det ikke som en meningsfuld aktivitet. Hun kommenterer ikke på forslaget om sociale netværksaktiviteter, men har i rehabiliteringsplanens forberedende del givet udtryk for, at hun aktuelt ikke magter sociale aktiviteter og ikke har overskud til det. Hun har endvidere beskrevet, at hun har et anstrengt forhold til tidligere venner og familien fra hendes oprindelsesland, og har trukket sig fra kontakten til dem, da hun oplever, at flygtninge- og indvandremiljøet har bestemte holdninger til, hvad der forventes af hende som kvinde og mor. Teamets forslag om sociale netværksaktiviteter blandt kvinder med anden etnisk baggrund kan derfor stå i et modsætningsforhold til hendes egne erfaringer og ønsker om at skabe distance til dette miljø. I indstillingen fremgår det, at teamet anbefaler, at den første indsats som iværksættes er fysisk træning, og at der derefter kan afklares yderligere vedrørende virksomhedspraktik og kurser. Indstillingen indeholder således ikke udsagn om kvindens vurderinger. Derimod beskrives rækkefølgen af forskellige indsatser, hvilket kan antages at bero på kvindens aktuelle motivation for træning. (A8).

Indstillingen forventes at angive, hvilket beskæftigelses- eller uddannelsesmål der er for ressourceforløbet. Det er dog ikke altid tilfældet. I visse sager er der ikke formuleret et klart beskæftigelsesmål. I stedet skrives fx, at *”det endnu ikke er muligt at vurdere, hvilke beskæftigelses- eller uddannelsesmål ressourceforløbet sigter mod”* (A13), eller *”det ikke er muligt at angive uddannelsesmål eller beskæftigelsesmål, da borgeren vurderes uafklaret i forhold til beskæftigelsesmuligheder”* (A12). I de to nævnte sager har teamets dialog med borgeren primært været fokuseret på borgerens helbred og mestringsevne i forhold til

den daglige livsførelse. Ressourceforløbet som indsatsform er talt frem som en mulighed for at forbedre borgerens livskvalitet. I indstillingen fra sag A12 fremgår det da også, at *”borgeren har brug for en helhedsorienteret og længerevarende og koordinerende indsats med henblik på afklaring af beskæftigelsesmulighederne og forbedring af livskvalitet”*.

Endelig vil vi fremhæve, at det synes uklart, hvad der ligger til grund for beslutningen om tidsrammen for resourceforløbet. Tidsrammen fastsættes typisk på mødet, eller formødet, men er sjældent genstand for drøftelse på selve mødet, ligesom der heller ikke er en skriftlig argumentation i indstillingen.

### **Opsamling – det skriftlige materiale**

Det skriftlige materiale er struktureret ud fra skabeloner, som forventes at skabe en systematik i de informationer, der formidles, og hvor borgerens udsagn og vurderinger kommer frem. Skemaerne er udarbejdet, så der eksplicit spørges til borgerens ressourcer og udviklingspotentialer. Den resource- og udviklingsfokuserede dialog er således indarbejdet i sagsbehandlerens samtale med borgeren og den beskrivende fase i det systematiske sagsarbejde.

### **Mødernes organisering**

De to kommuner har organiseret rehabiliteringsteamets møder forskelligt i form af tidsramme, organisering og ledelse af mødet. Følgende skema giver en oversigt over forskellene:

Tabel 3: Rehabiliteringsteam mødernes organisering

	Kommune A	Kommune B
Møde med borgeren	45 min.	30 min.
Formøde	Ét fællesmøde før dagens første møde, hvor sagsbehandler præsenterer særlige opmærksomhedspunkter. Kort formøde inden borger kaldes ind til mødet.	Før mødet med hver enkelt borger (10 min.). Sagsbehandler deltager ikke.
Timeout	Teamet har ændret praksis fra at holde timeout ved alle møder til kun at gøre det i særlige tilfælde.	Kun i særlige tilfælde.
Mødeleder	Fast, teamchef.	Skiftende, men altid fra beskæftigelsesområdet.
Frekvens	5-7 sager hver uge.	10-15 sager hver uge.

Skemaet er uddraget på baggrund af det samlede materiale på 72 sager, og det skal ses som et generelt billede af, hvordan møderne er organiseret. I de enkelte sager kan der være variationer, fx kortere tidsramme for mødet med borgeren eller længere formøde, begrundet i, at borger fx kommer for sent til mødet.

Set i lyset af principperne for det systematiske sagsarbejde er selve organiseringen af sagforløbet struktureret på en måde, som ligger i tråd med faserne for beskrivelse, analyse, vurdering og indstilling. Selve organiseringen synes således at følge processen for systematisk sagsarbejde, hvor formødet ideelt set anvendes til en for-analyse af borgerens sag, som udfoldes på selve mødet med borgeren, og timeout anvendes ideelt set til vurdering af sagen, hvorefter indstil-

lingen meddeles og drøftes med borger. Efter mødet udarbejdes den skriftlige indstilling.

Analysen af de 25 sager viser, at det derimod er mere komplekst og flertydigt, hvornår teamet beskriver, analyserer og vurderer samt træffer indstilling, og disse indholdsmæssige sider af processen kan ikke på samme måde adskilles, men flettes sammen i formødet, under mødet med borger og ved timeouten. Det er vanskeligt at nå til entydige konklusioner vedrørende rehabiliteringsteamenes sagsarbejde og systematikken heri. De to kommuner synes bl.a. at have forskellige kulturer for rehabiliteringsteamets møde med borgeren. Teamet i Kommune A er gennemgående spørgende, lyttende og undersøgende i dialogen med borger, og bruger disse informationer i deres analyse og vurdering frem mod en indstilling om ressourceforløb. I visse sager synes teamet at træffe en beslutning om at indstille til ressourceforløb på formødet, og beslutningen efterprøves på selve mødet med borgeren.

Samme praksis kan genfindes i Kommune B, men teamet synes at være mere konsekvente i deres beslutning på formødet og er mindre undersøgende og spørgende i deres dialog med borgeren. Der er dog variation herpå. I nogle sager præsenteres borgeren for indstillingen til et ressourceforløb ved mødets begyndelse, og samtalen får fokus på indholdet i forløbet.

Ud fra materialet fremgår eksempler på, at der i begge kommuner er interne drøftelser af proceduren for, hvornår en beslutning om indstilling træffes. Følgende er fra formødet i kommune A sag A8, hvor teamet drøfter, hvorvidt borger er berettiget til et fleksjob, eller om de skal pege på et ressourceforløb:

**Mødeleder:** *Jeg tror, vi må, her kommer vi til at træffe en afgørelse bagefter og ikke før altså, det er den første sag, hvor vi egentlig sådan.*

**Læge:** *Det er vel også gerne sådan, det skal være.*

**Mødeleder:** *Nej, ikke nødvendigvis, det er jo godt, hvis vi sådan er enige, og hvis sagen er meget åbenlys, og så når borgeren kommer ind, kan vi ændre holdning, men.*

Følgende udsagn er fra en sag i kommune B, (B3) hvor teamet på formødet drøfter, hvorvidt sagen peger mod fleksjob, revalidering til et fleksjob eller et ressourceforløb:

**Mødeleder:** *Men altså nu skal vi jo nødvendigvis heller ikke beslutte sagen, før han er kommet, kan man sige, selvom det sådan er blevet praksis, at vi ved næsten altid, hvad vi vil.*

Lidt længere fremme i samtalen drøfter de en strategi for, hvordan de kan give borgeren en tilbagemelding, når de er usikre på beslutningen:

**Mødeleder:** *Men skal vi så bare prøve at holde den lidt åben? (henvendt til UU vejleder) Du kan måske høre ham, om han har hørt om STU og sådan sige, at du kunne tænke dig, at det kunne være noget.*

**Uddannelsesvejleder:** *Og så kunne man lave ressourceforløb derude eventuelt.*

**Mødeleder:** *Ja, og det tænker jeg, så kan vi ligesom drøfte det bagefter, så vi må sige, at vi formentlig ikke har et svar til ham her på mødet måske, om hvad vi indstiller til, men at vi lige hører ham, hvor han er henne også. Altså der er jo også det der dilemma mellem, at han vil uddanne sig, men han vil også tjene penge og, ja, som alle unge.*

**Sundhedsrepræsentant:** *Men vi skal vel svare i dag, inden han går?*

**Mødeleder:** *Vi skal ikke.*

**Sundhedsrepræsentant:** *Det skal vi ikke?*

**Mødeleder:** *Men vi plejer at gøre det, men altså ikke, hvis vi ikke kan.*

Disse udsagn indikerer, at der i begge kommuner er en praksis for, at de på formødet vurderer, hvilken indsats borgeren skal indstilles til, forud for, at de har haft mødet med borgeren. Det synes at være en praksis, som har udviklet

sig uden, at der er en klar procedure for det. I det første citat problematiserer lægen denne praksis ud fra en forestilling om, at indstilling til et ressourceforløb først bør tages efter mødet med borgeren. Hvorefter mødeleder udlægger, at i de sager, som er ”åbenlyse”, er det en god sagspraksis. Men da det i denne sag ikke er åbenlyst, hvilken indsats de skal anbefale, bliver deres sagsbehandlingspraksis genstand for diskussion. I det andet eksempel er det ligeledes mødeleder, som peger på, hvordan deres praksis har udviklet sig, og at de i denne sag afviger fra praksis. Derefter åbnes en diskussion om, hvorvidt de er forpligtet til at give borgeren et svar på selve mødet, hvilket i sundhedsrepræsentantens forståelse er den korrekte fremgangsmåde. Igen er det mødeleder, som udlægger sagsproceduren og afgør, at de ikke har pligt til at give borgeren et svar samme dag.

Organiseringen af møderne følger således ideelt set faserne i det systematiske sagsarbejde. Men i praksis flyder faserne sammen, og der synes at være en uformel norm om, at der på formødet træffes en foreløbig beslutning om, hvad der indstilles til, som efterprøves på mødet og ved timeout.

### **Systematisk behandling af oplysninger**

Idealerne for det systematiske sagsarbejde foreskriver, at analyse og vurdering af borgerens sag sker systematisk med afsæt i beskrivelsen. Vores analyse af materialet viser, at det er vanskeligt at komme med entydige udsagn om, hvordan teamene behandler oplysningerne fra de skriftlige dokumenter på formødet og mødet. De emner og spørgsmål, som bringes frem i mødet med borgeren, synes at være influeret af forhold såsom, hvem der i teamet er dominerende aktører. Vi finder, at især mødeleder og lægen er dominerende aktører (se også kapitel 6). Men også borgeren og dennes bisidder kan sætte en agenda. På selve formødet tages bestemte emner op, og teamet konstruerer en forforståelse af borgeren, som efterfølgende i visse sager bliver meget dominerende i dialogen med borgeren. Hvorimod andre oplysninger, som kan synes væsentlige, ikke behandles. I andre sager sker der en mere systematisk gennemgang af oplysningerne på formødet, og teamet er mere åbent og undersøgende i deres tilgang til borgeren, hvor der spørges ind til de forskellige emner. Men igen er der stor variation herpå. I det følgende inddrages et eksempel, som illustrerer, hvordan kompleksitet i sagsarbejdet kan udfolde sig i praksis. Eksemplet er valgt, fordi det illustrerer, hvordan teamets behandling af en sag både indeholder systematik og uforudsi-

gelighed, og hvordan behandlingen af sagens informationer konstrueres og forhandles i en dialog mellem teamets medlemmer og med borgeren.

Sagen handler om en ung kvinde med psykiske vanskeligheder, som hun er under udredning og behandling for. Kvinden er opvokset i en socialt belastet familie og har tidligere haft et misbrug. Hun har haft forskellige ufaglærte jobs, men har været uden for arbejdsmarkedet i 3 år og er på kontanthjælp. På formødet gennemgår teamet sagen, hvor teamet afstemmer, hvilke emner og spørgsmål de har behov for borgerens vurderinger af. Samtalen mellem teamets medlemmer forløber således, at de først drøfter de helbredsmæssige forhold med fokus på den psykiatriske behandling, hvor de vurderer, at de har behov for, at hun fortæller mere om dette; hvad behandlingen indeholder, og hvad planen er fremadrettet. De er enige om at foreslå et ressourceforløb, og at den behandlende psykiatriske vurderinger skal inddrages i planerne for en beskæftigelsesindsats i forløbet. Herefter bevæger teamet sig ind i en drøftelse af kvindens arbejdsmarkedstilknytning, hvor de vender tilbage til hendes helbredsmæssige situation og tidligere misbrug. I samtalen er de enige om, at de skal spørge hende om misbruget, og hvorvidt hun er ude af det. Herefter drøfter de hendes sociale situation og opvæksten i en socialt belastet familie. De drøfter, hvorvidt hun er motiveret for at forandre sin situation, og er enige om, at hun fremstår motiveret. Derefter vender de tilbage til de helbredsmæssige oplysninger, men denne gang med fokus på, at hun er overvægtig, hvor de er enige om, at fysisk træning kunne være en indsats i ressourceforløbet. På formødet har teamet således afstemt hvilke emner og spørgsmål, de gerne vil drøfte med kvinden, og behandlingen af sagen fremstår meningsfuld på den måde, at de emner, de drøfter, tager afsæt i sagens skriftlige informationer.

Selve mødet forløber med en indledende præsentationsrunde, hvor mødeleder beskriver rammerne for mødet samt spørger borgeren, om der er noget, hun gerne vil starte med at fortælle om. Hun afviser og vil gerne have deres vurdering af sagen og henviser til, at hun er meget nervøs. De spørger til det behandlingsforløb, hun er i på psykiatrisk afdeling. Hun fortæller om, hvordan hun har vanskeligheder med transporten til behandlingsstedet, fordi hun har angst og derfor ikke kan tage offentlig transport. Hun fortæller indgående om det, og hvordan hun låner farfarens bil for selv at kunne køre til behandlings-



stedet. Hun fortæller kort om indholdet i det intensive behandlingsforløb, og hvordan hun oplever, det hjælper hende. Spørgsmålet om transport kommer derefter til at fylde hovedparten af teamets dialog med kvinden. Teamet spørger afslutningsvis til nogle af de andre emner, som blev planlagt på formødet: Dagligdagen, hvor hun fortæller, at hun får støtte fra moren til at håndtere den. Tidligere arbejdsmarkedstilknytning, hvor hun fortæller, at hun ønsker en uddannelse på sigt. Misbrug, hvor hun fortæller, at hun er ude af det, men fortsat ryger lidt hash. Boligsituationen og sociale relationer til veninde og moren, hvor hun fortæller, at moren er hendes primære fortrolige. Ved timeouten forlader teamet møderummet, og borgeren og hendes sagsbehandler taler sammen. De taler om, at transportspørgsmålet kom til at fylde meget på mødet. Teamet taler ved timeouten om, hvordan de kan støtte hende i transporten til behandlingen, så hun fastholder denne. De har fokus på, at det er den primære indsats for ressourceforløbet og foreslår, at hun bevilliges en Støtte-Kontakt-Person via en social indsats/lovgivning, som skal støtte, at hun kan køre i bil eller med offentlig transport til behandlingen, skabe struktur i hverdagen og understøtte hjælp til selvhjælp. På mødet præsenterer de deres vurdering for borgeren, som er meget tilfreds med denne beslutning. Hun bevilliges et ressourceforløb på 5 år, hvor målet på sigt er en uddannelse, men hvor den primære indsats handler om, at hun deltager i det psykiatriske behandlingsforløb. (A9).

Eksemplet illustrerer, hvordan behandlingen af sagens informationer er situationsafhængige, og hvordan nye informationer eller borgerens vurderinger kan få betydning for dialogen og bryde den systematik, som teamet på formødet har planlagt. I denne sag finder vi, at der på formødet foregår en relativt systematisk gennemgang af sagens informationer, men dette er langt fra tilfældet i alle sagerne. I andre sager ser vi, hvordan teamet på formødet primært fokuserer på enkeltdele af sagens informationer, og hvordan bestemte forforståelser bliver dominerende i deres forståelse af borgerens situation. Der er således tale om en stor variation i, hvor systematisk sagsinformationerne behandles på mødet med borgeren, og mange faktorer som har indflydelse herpå.

### 4.3. Opsummering

Afslutningsvis vil vi sammenfatte analysen af, hvordan sagsarbejdets organisering får betydning for konstitueringen af ressourceblikket. Rehabiliteringsteamernes organisering og det skriftlige materiale bidrager til en strukturering, som har konsekvenser for de informationer og den viden, der præsenteres og diskuteres i teamets møde med borgeren. Den umiddelbare kontekst (jf. dialogismens kontekstforståelse, punkt e; den organisatoriske kontekst) udgør en strukturerende ramme, som både konstruerer bestemte perspektiver og handlemuligheder, men uden at disse skal opfattes som fastlåste.

Det skriftlige sagsarbejde er reguleret af et dialogredskab udarbejdet af den centrale myndighed STAR, og vidner om den procesregulering beskæftigelsesarbejdet er underlagt (Eskelinen, Olsen og Caswell 2008: 217, Høybye-Mortensen 2013). Denne form for procesregulering er bl.a. indført i bestræbelsen på at ensrette, dokumentere og systematisere praksis i det sociale arbejde, og herigennem sikre en mere ensartet og gennemsigtig sagsbehandling, der udgår fra en idé om, at alle – i hvert fald principielt, får den samme behandling (Eskelinen, Olsen og Caswell 2008:217).

De skriftlige dokumenter bidrager til konstruktionen af bestemte perspektiver på borgeren og borgerens situation ved at ”spørge til” bestemte informationer, som et grundlag for forståelse af borgerens sag. Rehabiliteringsplanens forberedende del bidrager til en strukturering af det professionelle blik på borgerens problemkompleks og situation. Borgerens problemer skrives frem i en form for dobbelttydighed mellem en problemmættet beskrivelse, som samtidig skal beskrive borgerens ressourcer og styrker. Der er tale om en dobbelttydighed i den faglige beskrivelse, som på samme tid også skal indeholde borgerens egne beskrivelser og vurderinger af sin situation.

Borgeren forventes at give sin vurdering af de forhold, der spørges til (barrierer for job og uddannelse, helbred og vurdering af tilbud som borger hidtil har modtaget) samt beskrive sine ønsker for fremtiden, styrker og tilbud, som kan hjælpe borgeren i retningen af job/uddannelse. Borgeren konstrueres herigen- nem i en position som en aktiv og myndig person, der via en selvrefleksiv proces kan beskrive egne svagheder og styrker, formulere fremtidsvisioner og forslag til

indsatser, der kan skabe en forandring (for sig selv) frem mod job/uddannelse. Det er den professionelle sagsbehandler, som er pennefører og dermed konstruerer teksten, så denne kan fungere som dokumentation i en forvaltningsmæssig sammenhæng, leve op til lovgivningsmæssige formål og danne afsæt for, at teamet kan foretage en analyse og vurdering, samt indgå i en dialog med borgeren på mødet. Samtidig er det en beskrivelse, der skal formuleres, så borgeren kan genkende sig selv.

De skriftlige informationer er således i udgangspunktet struktureret på en bestemt måde, som konstruerer et dobbeltydigt perspektiv på borgeren, som både problembelastet, men samtidig udviklings- og ressourcerorienteret. De spørgsmål, som besvares er primært orienteret mod en beskrivelse af karakteristika ved individet og dennes nærmeste omgivelseskontekst, forstået som familie og netværk. Beskrivelsen tenderer således mod at medproducere en individualisering af borgerens problemkomplekst, idet der ikke spørges til strukturelle og samfundsmæssige rammer og vilkårs betydning for borgerens arbejds- og funktionsevne og dermed muligheder for at deltage i arbejdslivet. Som eksempel indgår der ikke oplysninger om beskæftigelsesmulighederne inden for borgerens fagområde, som kunne bidrage til en forklaring på borgerens ledigheds-situation. Der indgår heller ikke oplysninger om virksomheder og offentlige arbejdspladser inklusionsvillighed i forhold til borgere med nedsat arbejdsevne eller samfundsmæssige holdninger og stigmatisering af borgere med fx bestemte sygdomme eller handicaps.

Mødernes organisering indikerer, at rehabiliteringsteamene tenderer til at træffe beslutning om at indstille til ressourceforløb forud for mødet med borgeren – på formødet. Herved konstituerer teamet en forforståelse af borgeren som ressourceforløbs-kandidat, hvilket påvirker deres dialog med borgeren på mødet. En mulig konsekvens er, at teamet fokuserer på at afdække og finde belæg for denne beslutning ved at lede efter borgerens ressourcer og udviklingspotentiale. Som igen kan berettige, at borgeren ikke er kandidat til fleksjob eller førtidspension, men at et ”helhedsorienteret forløb med en kombination af indsatser” kan understøtte vejen mod job eller uddannelse. Samtidig ses det, at borgeren ikke altid samtykker i de indsatser, der foreslås, og at de nuancer om borgerens problemkompleks, som fremkommer i dialogen på mødet forsvinder i den skriftlige

beskrivelse i indstillingen. I de følgende kapitler fokuserer vi på teamets møde med borgeren, og hvordan ressourceblikket konstitueres og forhandles igennem dialogen på mødet.

## 5. Den udviklings- og ressourcefokuserede samtale

Rehabiliteringsteamets kommunikative projekt er at afsøge borgerens ressourcer og udviklingspotentiale som argument for indstilling til et ressourceforløb. Ressourceblikket er en betegnelse, vi anvender som udtryk for det perspektiv eller frame jf. afsnit 2.3., hvor igennem samtalen konstrueres. Borgeren kan på samme vis deltage i samtalen med et kommunikativt projekt, som vi antager kan være i samspil med eller i opposition til teamets, eller i en dobbelttydig positionering herimellem.

Ressourcer kan som kommunikativt projekt tales frem på forskellige måder. Analysen viser, at ressourcer begrundes i borgerens fortid, nutid og fremtid. I den følgende præsentation indgår denne distinktion som et analytisk greb i formidlingen af analysens resultater. I kapitel 6 præsenterer vi, som beskrevet, en analyse af de kommunikationsformer/teknologier, som anvendes for at tale ressourcerne frem.

Analysen er kvalitativt funderet, men vi har samtidigt valgt at angive, hvorvidt bestemte ressourcer konstrueres som tema i flere sager eller alene optræder i enkelte af de 25 sager. Dette skal ikke tolkes som et kvantitativt resultat, men indikerer alene, at analysen viser, at der er visse mønstre, som forekommer mere hyppigt i nogle af de 25 sager end andre. Det betyder dog ikke, at de indikationer på ressourcer, som fremhæves i få sager, er af mindre betydning for forståelsen af, hvordan teamet og borgeren konstruerer ressourceblikket. Der er tale om en indholdsmæssig betoning af bestemte aspekter i borgerens livssituation, der tillægges værdi som betydningsfulde i konstruktionen af et udviklings- og ressourcefokuseret blik i samtalen med borgeren.

Analysen præsenteres via en række temaer, vi tolker som konstruktioner/typifikationer af ressourcer. Temaerne udgør et komplekst sæt af sammenhænge udledt via induktiv analyse. Kapitlet er struktureret i syv temaer, og i og med der er sammenhæng mellem temaerne, kan der være overlap eller aspekter, som gentages under flere temaer. Temaerne har et vist sammenfald med de indikatorer, litteraturen om arbejdsmarkedsparathed berører (New Insight A/S 2012),

men skal som sådan ikke opfattes som objektive indikatorer, men netop forhold ved borgerens sociale livssituation, der konstrueres som ressourcer i den givne samtalsituation.

### **5.1. Uddannelse og erhvervserfaring**

Temaet uddannelse indgår i vurderingen af borgerens ressourcer på lidt forskellig vis. At påbegynde en uddannelse kan være et af målene for et ressourceforløb og dermed indgå i både teamets og borgerens perspektiver på, hvilke indsatser der er behov for, for at borgeren på sigt kan få et arbejde. Emnet uddannelse indgår da også i tre sager, som vedrører unge uden en kompetencegivende uddannelse. I to af disse sager er det borgeren selv, som argumenterer for behovet for en uddannelse. I begge sager er der tale om, at borgerne har et ønske om at uddanne sig inden for det kreative eller musiske område, som er deres interessefelt. De beskriver begge, hvordan de via kurser, projekter eller højskole har udviklet deres kvalifikationer og håber på støtte til at kunne erhverve en uddannelse. I begge sager er teamet positivt indstillet over for borgerens ønsker, og at målet er, at et ressourceforløb skal lede frem mod, at borgeren kan få bevilliget revalidering. I en anden sag er det teamet, som fremhæver nødvendigheden af, at borgeren får en uddannelse. Denne sag handler om en ung ufaglært mand, der grundet en ulykke ikke kan arbejde som ufaglært mere. Samlende for disse sager er, at de pågældende borgere ønsker en uddannelse, men ikke kan gennemføre den på normale vilkår grundet sygdom og/eller nedsat funktionsevne. (A3, A11, B3)

I en anden sag fremhæver teamet borgerens uddannelse som adgangsgivende for at kunne finde et arbejde, men borgeren mener ikke, hun kan arbejde inden for faget pga. sygdom. Kvinden har en kombination af somatiske og psykiske lidelser, herunder smerter og depression. Teamet foreslår kurser og praktikforløb inden for hendes fagområde, men borger er afvisende og oplever ikke, hun har overskud til at tage uddannelse/kurser på grund af sine mange lidelser (sagen er også omtalt i kapitel 4). (A8)

Endelig er der sager, hvor borgerens uddannelse fremhæves som et tegn på, at borgeren har eller har haft ressourcer, men hvor det er uvist, hvorvidt uddannelsen kan anvendes i dag grundet borgerens sygdom og/eller funktionsnedsættel-

se. (B4, B1, B7, B8, B10)

Uddannelse indgår således som en ressource, både i et fortids-, nutids- og fremtidsperspektiv. I visse sager er der konsensus mellem teamet og borgeren om det kommunikative projekt, nemlig at borgeren på sigt skal have en uddannelse. I andre er der uenighed, hvor teamets vurdering af, at borgerens uddannelse udgør en ressource, underkendes af borger i den aktuelle situation. Endelig er der sager, hvor begge parter udtrykker uvished om, hvorvidt en erhvervet uddannelse kan tillægges en værdi i et nutids- og fremtidsperspektiv.

### **Erhvervserfaring**

Generelt fylder emnet erhvervserfaring ikke ret meget i teamets vurderinger af borgerens ressourcer. Emnet berøres kun eksplicit i 8 af de 25 sager, men kan indgå mere implicit som den baggrundsviden, deltagerne taler ud fra, i og med disse oplysninger indgår i rehabiliteringsplanens forberedende del.

I nogle eksempler indgår borgerens hidtidige erhvervserfaringer i teamets konstruktion af en vision for et fremtidigt job. Et eksempel er en mand midt i 30'erne, der har erfaring som ufaglært arbejder, men som på grund af sociale problemer med misbrug og hjemløshed har stået uden for arbejdsmarkedet i en række år. Følgende citat illustrerer mødeleders og lægens dialog på formødet, hvor borgeren ikke deltager: (B7)

**Mødeleder:** *At optræne sine generelle arbejdsevner og implementere arbejdsliv i sin hverdag. Det kan der jo godt gå noget tid med. Han føler jo heller ikke selv, at han er klar endnu. Der vil jeg simpelthen skrive bredt ufaglært arbejde inden for bygge og anlæg. Som overordnet mål.*

**Læge:** *Det er dér, hans kompetencer er, og det er dér, han selv udtrykker ønske om at fortsætte.*

I andre eksempler kobles borgerens erhvervserfaring til borgerens lyst eller ulyst til at kvalificere sig til arbejdsmarkedet via uddannelse. Der er eksempler på begge variationer. For eksempel en 28-årig kvinde med psykiske lidelser, hvor teamet fremhæver hendes evne til at forsørge sig selv via utallige småjobs. Kvinden

beskriver disse småjobs som en lang række ”fiasko-oplevelser” og argumenterer for behovet for støtte til at gennemføre en uddannelse, når hun er længere i sit behandlingsforløb. (A9)

I andre eksempler er det borgerens fritidsinteresser, der betones som en form for erhvervmæssig ressource, og hvordan fritidsinteresser kan åbne for fremtidige jobmuligheder. Et eksempel handler om en ung mand med en medfødt funktionsnedsættelse, som er kompetent inden for lydteknik. Teamet betegner hans kompetencer med beskrivelsen ”semi-professionel”, og at han som ”selvlært” måske kan omsætte disse kompetencer til en professionel karriere. Borgeren og dennes bisidder argumenterer for nødvendigheden af støtte til en uddannelse inden for området (B3). Et andet eksempel handler om en ung mand med medfødt nedsat kognitiv funktionsevne, som er aktiv sportsudøver. Teamet fremhæver, hvordan hans evner inden for sport kan lede til et job. Uddannelsesvejleder spørger på et tidspunkt: ”Kunne man forestille sig noget fitnessinstruktør – lignende noget”. Borgeren argumenterer for, at han ikke ønsker en uddannelse: ”At komme ud på en eller anden uddannelse, hvor jeg skal have lektier for eller gøre noget bogligt. Det gider jeg ikke, eller det er ikke lige mig” (B7)

Erhvervs erfaring er således ikke et tema, som hverken teamet eller borgeren fremhæver eksplicit sprogligt som en ressource. Dette til trods for, at hovedparten af de 25 borgere har erfaringer fra tidligere jobs. Disse kan dog ligge nogle år tilbage, da de deltagende borgere generelt har stået uden for arbejdsmarkedet i en årrække. En mulig tolkning er, at viden om borgerens erhvervs erfaring indgår mere implicit i parternes kommunikation med hinanden. En anden tolkningsmulighed er, at borgeren har negative erfaringer, der tolkes som hæmmende for borgerens forståelse af sig selv som potentiel arbejdstager, hvorfor de ikke får plads i en udviklings- og ressourcefokuseret samtale.

## 5.2. Alder

Alder bliver nævnt i 15 af sagerne som et argument for borgerens udviklingspotentiale og ressourcer. Alder kobles til begrebet ung, som teamet konstruerer som et relativt fænomen, idet begrebet ung anvendes i kommunikationen med borgeren, uanset hvilken faktisk alder de har, (fra borgere, der er i starten af 20’erne, til borgere, der er midt i 50’erne). Alder kobles til forskellige andre be-



tydningsgivende forhold såsom nødvendigheden af at tage en uddannelse, at lære at leve med sin lidelse eller få forbedret livskvalitet. Denne kobling ses i et eksempel med en ung mand, der har været udsat for en ulykke og efterfølgende har erhvervet kronisk hovedpine. Manden har før ulykken arbejdet som ufaglært: (A11)

**Mødeleder:** ... *Jeg tænker lidt, at fordi du er så ung, som du er, vil det være vigtigt at få dig uddannet, fordi der er ikke så mange chancer inden for det ufaglærte, og der er slet ikke ret mange chancer, hvis man ikke kan klare det fysisk hårde arbejde. Har du tænkt på det?*

...

**Mødeleder:** *Også fordi jeg synes, at du er – jeg har svært ved at pege på et fleksjob, og jeg har svært ved ligesom at se dig i et fleksjob lang tid frem. Jeg tror ikke, at det er løsningen, fordi du er så ung. Hvis du var 48 eller 56, så ville jeg måske sige, nå, men så er det den vej, vi går. Men jeg har ikke lyst til at give op på den måde, jeg tænker, at vi skal prøve en anden vej end at finde et ufaglært arbejde til dig, fordi ufaglært arbejde, det er svært at tage de hensyn, som der skal tages. [...] Jeg har ikke lyst til at give op, det er du simpelthen for ung til, og det kan godt være, at lægerne har sagt, nogle læger, men jeg tænker alligevel, at der er nogle muligheder.*

**Borger:** *Ja.*

**Læge:** *Og det er også lidt en investering i fremtiden, tænker jeg, i din fremtid – ikke vores – men din fremtid. Det er altså rigtig godt at have noget, hvor man kan vise, at her har jeg nogle kvalifikationer.*

Som det fremgår af ovenstående citat kobles alder således også til muligheden for, at borgeren med tiden lærer at leve med sin lidelse. I ovenstående tilfælde handler det om den unge mands evne til at mestre livet med en lidelse, som er forårsaget af en ulykke. I andre sager handler det om borgere med psykiske lidelser og deres muligheder for på sigt at komme sig. Alderens relative karakter kommer som eksempel frem i dialogen mellem teamet og en 45-årig mand, der lider af en kombination af smerter og psykiske problemer, og derudover har et

misbrug. Manden har arbejdet som håndværker, men stået uden for arbejdsmarkedet i 8 år. Alder trækkes frem i argumentationen for, at manden ikke er berettiget til førtidspension: (A4)

**Mødeleder:** *Fordi jeg tror heller ikke på, at hvis du får en førtidspension [x], så tænker jeg ikke, at du får et bedre liv af det, og jeg synes stadigvæk, at du er ung, hvis du forstår, hvad jeg mener. 45 år er ingen alder.*

**Borger:** *Nej nej, men jeg synes altså ikke, at jeg er ung med det apparat, jeg slæber rundt med. Det kan jeg godt love dig du, og jeg er blevet slået over fingrene med en hammer - mand.*

Teamets forståelse af mandens alder kan her fortolkes i betydningen af ”år han potentielt kan have tilbage på arbejdsmarkedet”. Borgeren præsenterer en alternativ forståelse af alder, hvor han beskriver sin subjektive oplevelse af at leve med lidelser, som invaliderer ham. En mulig tolkning er, at de to parter taler ud fra forskellige kommunikative projekter. Teamet argumenterer imod en førtidspension, og for at borger stadig har muligheder for at udvikle sig hen imod et job, hvilket bl.a. begrundes i hans alder. Borger argumenterer for førtidspension, og for at hans lidelser i bevægeapparatet betyder, at han ikke mere kan arbejde, hvilket bl.a. begrundes i den subjektive oplevelse af at leve med en lidelse i bevægeapparatet i mange år.

Alderens relative karakter kan også ses i eksempler, hvor teamet argumenterer for borgerens udviklingspotentiale i lyset af håbet om, at borgeren får forbedret sin livskvalitet via et ressourceforløb. Eksemplet er fra et teammøde med en ufaglært kvinde på 56 år, som lider af en kombination af somatiske og psykiske lidelser. (A10)

**Mødeleder:** *Jeg tænker også, du er 56 år, så du har mange år tilbage, og du skal gerne kunne leve et nogenlunde ordentligt liv fremover, så jeg synes også, at det er vigtigt, at vi forbedrer din livskvalitet også for din skyld. Jeg kan godt forstå, at det er svært at se, men det er aflastning.*

Teamets konstruktion af alder, som et relativt fænomen, kan tolkes som et

element i den udviklings- og ressourceorienterede dialog med borgeren. Uanset faktisk alder er der altid udviklingspotentialer, også selv om borgeren har en anden subjektiv oplevelse af sin alder, som betoner fx nedslidning efter et fysisk krævende arbejdsliv. Denne konstruktion kan tolkes i lyset af teamets baggrundsviden om de lovgivningsmæssige rammer, der fordrer, at alder ikke er nogen hindring for udvikling. I lovgivningen fremgår det eksplicit, at både personer under såvel som over 40 år er i målgruppen for ressourceforløb.

### **5.3. Netværk, familie og professionel støtte**

Netværk, familie og professionel støtte konstrueres som ressourcer i forståelsen af borgerens sociale situation, og dermed hvordan forhold i de ”nære omgivelsseskontekster” kan understøtte borgerens udviklingspotentialer. Familien tillægges betydning som ressource ved, at de fx støtter borgeren i dagligdagen via praktisk hjælp og bistand. Det kan være bedsteforældre, som bistår borgeren i at håndtere børnene, praktisk bistand såsom, at borgeren kan låne et familiemedlems bil som transportmiddel til behandling, at gå ture og dermed understøtte, at borgeren får motion, eller at få et gratis måltid mad. Borgerne beskriver, hvordan familien er en stor hjælp i hverdagen, og i flere af sagerne fremhæver borgeren sin familie som den mest betydningsfulde støtte i deres liv. Men der er også eksempler på borgere, som beskriver, at de har fravalgt relationen til familien, idet de oplever denne som en belastende faktor i deres liv. Der er borgere, der har meget svage familie- eller netværksrelationer.

Teamet spørger til borgerens sociale netværk og familie og søger således, via borgerens fortællinger at vurdere, hvorvidt eller hvordan familie og netværk udgør en ressource for borgeren. Der er forskel på, hvordan teamet vurderer familie og netværket. I nogle sager bemærkes det alene, at familien er en god støtte. I andre udfoldes relationen mere, og der er også sager, hvor teamet vurderer, at borgeren har behov for mere professionel støtte for at kunne udvikle sig i den retning, de vurderer som positiv.

Et eksempel ses i forhold til en kvinde i 50'erne, hvor teamet vurderer, at hun skal i gang med en livsstilsforandring, som bl.a. indbefatter motion og kostændringer. Kvinden har sin søn med som bisidder, og teamet taler om, at det er godt, at familien understøtter, at hun motionerer, men at der samtidig er behov for mere

professionel støtte, fordi de måske giver op. Følgende samtalepassage illustrerer dialogen mellem sønnen og teamet om emnet. Her taler de om, hvorvidt kvinden har fået tilbud om støtte til motion:

**Bisidder:** *Ikke på den måde nej, det tilbud, der er blevet givet, er mig som søn, der har prøvet at tage min mor ud, og mig som siger, nu går vi en tur, og mig som giver op, fordi min mor ikke kan gå mere end 100 meter.*

**Mødeleder:** *Men der skal også noget professionelt til. Ikke fordi jeg siger, at det ikke er godt nok, det du gør, men der skal noget professionelt til, fordi det er ikke bare lige til. Der skal en professionel til at finde et træningsprogram til dig.*

**Sundhedsprofessionel:** *Der kan møde dig, der hvor du er, og snakke om at motivere, og vi gør det på den måde, som er godt for dig, så du også føler, det er godt. Det er det, der skal til.*

**Sagsbehandler:** *Du har måske også svært som søn ved at sige, når din mor siger, ja-men jeg kan ikke mere, så siger du okay mor, så går vi hjem, hvor hvis det er professionelle, så vil hun holde mere ved og prøve lidt mere. Du har nogle følelser i klemme. (A10)*

I samtalen beskriver teamet på den ene side familien som en støtte i at motivere moren til fysisk træning. På den anden side er deres støtte ikke professionel, og teamet indikerer, at de giver for let op, og dermed ikke er kompetente til dette motivationsarbejde. Familien kan på samme tid være en ressource, men i teamets optik er der også familier, som ikke støtter på den rigtige måde, og hvor der derfor skal professionel hjælp til. Der er således flere af sagerne, hvor der er en indbygget diskrepans i teamets vurdering af, hvorvidt familie eller netværk understøtter borgerens udvikling og udviklingspotentiale.

Der er også eksempler på, at teamet anser familierelationen som en belastning for borgerens udviklingsproces, og hvor teamet har vanskeligt ved at skelne mellem, hvorvidt det er belastende forhold i familien, som har indvirkning på bl.a. borgerens sygdomstilstand og helbred eller sygdommen i sig selv. Borgerens sociale situation har indvirkning på den daglige livsførelse, som igen har betyd-

ning for vurderingen af borgerens potentiale til at udvikle sin arbejdsevne. Et eksempel er en mand i 40'erne med en sjælden sygdom. Teamet har vanskeligt ved at vurdere mandens funktionsevne og vurderer også, at der er problematiske forhold i familielivet, som har betydning for hans sygdomstilstand og funktionsevne, bl.a. fordi han let udtrættes. Er det mandens sygdom, som forårsager denne træthed, eller er det en kombination af, at der i familien er problemer med sønnen og konen, som også har nogle støttebehov, der betyder, at han let udtrættes? (A1)

Netværk og familie konstrueres i både borgers og teamets optik som betydningsgivende ressourcer i hverdagslivet, men også som belastningsfaktorer. Der er ikke altid overensstemmelse mellem borgers og teamets konstruktioner. Teamets konstruktioner kan tolkes i lyset af, at deres vurderinger bygger på implicitte normer for, hvornår familie og netværk udgør en ressource i borgers udviklingsproces. Netværk og familie skal støtte på den rigtige måde, uden at det fremgår eksplicit, hvad de normative forventninger er for dette. Teamet konstruerer herigennem også argumenter for, at borgeren bevilliges professionel støtte, som kan understøtte den rigtige udviklingsproces, og peger herigennem på indsatser, der enten skal fastholdes eller igangsættes i et ressourceforløb.

#### **5.4. Motivation**

Borgerens motivation er et gennemgående emne i teamets vurdering af borgers ressourcer. Teamet spørger til borgernes motivation, og borgerne er også selv optaget af at beskrive deres motivation for at forbedre deres situation. Alle sager indeholder udsagn om motivation og borgerens vilje, evne og lyst til at udvikle sig. Generelt relateres motivation til borgerens livssituation som helhed, og i hovedparten af sagerne drejer det sig om, hvorvidt og hvordan borgerens helbred eller funktionsevne kan forbedres via behandling eller anden form for sundhedsfremmende aktiviteter.

Der kan skelnes mellem forskellige typer af sager. Den ene kategori af sager vil vi med reference til A. Carsten kan-vil-model (1998) kategorisere som ”at ville – men ikke kunne sager”. I disse sager udtrykker borgeren motivation for forandring og har et ønske om at arbejde, men sygdom og skader betyder, at borgeren, ifølge eget udsagn, ikke kan. De to andre typifikationer beskrives som ”at ville og

kunne” samt at ”kunne, men ikke ville”. Samtidig skal disse typifikationer netop forstås som typer, idet der er sager, hvor borgerens motivation ikke kan tolkes entydigt, men konstrueres forskelligt i forskellige samtaleforløb på mødet.

I det følgende præsenterer vi en række eksempler på, hvordan borgerens motivation konstrueres set i lyset af de tre typifikationer. Først belyser vi ”at ville, men ikke kunne” typifikationen. Nedenstående eksempel er en kvinde i slut 30’erne, som har flere forskellige somatiske lidelser samt et barn, der er kronisk syg og ofte indlagt på hospitalet. Borgeren fortæller i en lang passage om sit engagement i sit tidligere arbejde og motivation for en karriere, men hvordan sygdommene betyder, at hun ikke kan fungere på arbejdsmarkedet som tidligere: (A6)

**Borger:** ... *Det er rigtig vigtigt, at I ved om mig, at jeg har været tvunget til det her på grund af min fysik, og det har taget mig lang tid at indse...*

*... Jeg er ikke så stærk, som jeg var engang, jeg kan ikke de samme ting, som jeg kunne engang. Jeg håber på en anden udvej end pension, håber at kunne vende tilbage til et mere normalt liv...*

*... Altså jeg er villig til at prøve, det er ikke sådan, at jeg tænker jeg aldrig mere kan arbejde og har lyst til at gå derhjemme... Jeg er så misundelig på jer, der går på arbejde...*

**Sagsbehandler** fra beskæftigelsesområdet bekræfter, at de tror på hende: *Vi tror på, du kan, men måske bare ikke lige nu, men på et senere tidspunkt. Som jeg ser dig, har du meget at byde på, og du vil bare så gerne.*

Et andet eksempel vedrører en mand i 50’erne med en svær psykisk lidelse. Borgeren nævner på mødet en række jobfunktioner, som han potentielt vil kunne bestride, såfremt der udvises de rette skånehensyn:

**Borger:** *Det er ikke fordi, det er min lidenskab, men det er det som et sidste alternativ, hvis ikke andet træder i kraft. Det er ikke fordi, jeg ønsker mig det, men fordi, jeg er nødt til at gå på arbejde. Det er ikke fordi, jeg ikke vil arbejde, det vil jeg gerne, men det kan jeg ikke... Hele mit liv har jeg arbejdet og hjulpet*

*min familie, hvorfor skal jeg være bange for at arbejde, når det er mit ønske. Men jeg kan det ikke, det er umuligt for mig. (B6)*

Andre sager kan kategoriseres som, at borgeren har vilje til forandring, og også kan, men i visse af sagerne vurderer teamet, at borgeren enten har for stærk en tiltro til egen formåen, som kan vise sig at være urealistisk, eller at borgeren har mistet troen på, at en forandring kan lykkes, og teamet søger at støtte borgeren i at genvinde håbet. Disse kan kategoriseres som ”at ville og at kunne sager”. Følgende er et eksempel på, hvordan teamet vurderer en borgers motivation. Der er tale om en kvinde i 40’erne, som lider af en kombination af somatiske lidelser og en svær psykisk lidelse:

**Sagsbehandler:** ... *Du er jo et pragteksemplar i forhold til motivation, du siger jo ja til og har en...*

**Borger:** *Ja, så længe der er noget, jeg kan.*

**Sagsbehandler:** *Ja, ja, men det er noget andet, det handler om indstilling, én ting er, man ikke kan, men bare altså, det er din indstilling, der er guld værd.*

Videre i samtalen fremgår det, at der er behov for, at borgerens ambitionsniveau afstemmes i forhold til hendes arbejdsformåen. Borgeren har tendens til at ville for meget, uden at kunne magte det, og hendes arbejdsformåen skal tilpasses situationen. (A2)

Tilsvarende eksempler kan genfindes i andre af de sager, hvor der er tale om borgere med psykiske lidelser, som er motiveret for at arbejde, men hvor sygdommen betyder, at deres funktionsevne er begrænset. Følgende er et eksempel på en kvinde med en psykisk lidelse, som også er ordblind, uden uddannelse og meget lidt erhvervs erfaring. Borgeren har i mange år passet børn og hjem. Teamet vurderer, at hun er motiveret for en forandring, men mangler kendskab til arbejdsmarkedet og mangler selvtillid.

**Borger:** ... *Altså der er ikke noget, jeg ikke vil. Altså jeg tænker sådan meget,*

*kan jeg og dur' jeg, og hvad nu hvis de kræver et eller andet, jeg ikke kan.*

Ved timeouten vurderer teamet hendes således:

**Læge:** ... *Hun er motiveret for at udvikle sig og sådan noget, men hvor det godt nok er vigtigt at fastholde hende i noget.*

**Beskæftigelsesrepræsentant:** *Ja, man kan høre hvor lidt, der skal til før at hun.*

**Læge:** *Et ressourceforløb vil kunne støtte op om det. Ja, hun er så skrøbelig. (A7)*

Den sidste typifikation handler om borgere, som ”kan, men ikke vil” forandre sig. Tolkningen af, hvorvidt borgeren konstrueres som en person, der kan, men ikke vil, er dog flertydigt. Der er eksempler på borgere, som udtrykker modstand over for teamets vurdering af, at de fortsat har en arbejdsevne, der kan udnyttes. Men der er også borgere, som udtrykker deres modstand mere afdæmpet, eller passivt forholder sig til teamets vurderinger af deres arbejdsevne, hvilket fordrer en mere nuanceret tolkning af, hvordan teamet vurderer deres motivation for job/uddannelse. Det følgende er et eksempel på en sag, hvor borgeren udtrykker en tydelig form for modstand mod teamets vurdering af, at hans alkoholforbrug er et problem<sup>1</sup>. Teamet mener, at borgeren skal i behandling for sit alkoholforbrug, som ifølge borger er på 6 øl om dagen. Borgeren oplever, at han ikke får anerkendelse for de fysiske problemer og smerter, han har, men at teamet ensidigt fokuserer på hans alkoholforbrug. Han siger herom til lægen:

**Borger:** *Altså smerterne er der sgu stadigvæk du, og det der med alkoholen det kan du godt glemme alt om. Jeg gider ikke høre mere om det der, at det skal tørrer af på den konto. Glem det. Altså jeg har set folk drikke 50 genstande om dagen, så kan du snakke om alkoholmisbrug. Men altså fordi jeg drikker 6 bajere, det betyder ikke en skid, så det er sagen uvedkommende...*

*Så du skal ikke tørre den af på den konto, så er der kun den anden konto tilbage,*

---

1. Eksemplet indgår også i E. Børjesson Buus' artikel ”Når brugerinddragelse er vanskelig” i Social Kritik, nr. 145, marts 2016.



*det er mit helbred. Jeg har stadig ondt i ryggen med eller uden 6 bajere...*

**Læge:** *Så det du siger nu er, at du er ikke interesseret i at få hjælp til at lægge de 6-8 bajere på hylden?*

**Borger:** *Nej, det klarer jeg selv.*

**Læge:** *Okay. (A4)*

Motivation kan i den udviklings- og ressourcefokuserede samtale tolkes som en indikation på borgerens vilje til forandring. Motivation kobles til aktiviteter såsom at være motiveret til at arbejde, tage uddannelse, til livsstilsforandringer og til at komme med forslag og løsninger på egne problemer og udfordringer.

Borgerens beskrivelser af deres motivation er både koblet til et fortids-, nutids- og fremtidsperspektiv. Der kan udledes en række mønstre i borgernes motivationsfortællinger, hvor borgerne fx beskriver sig selv som en, der i fortiden kunne arbejde, i nutiden gerne vil, men ikke kan, og som i fremtiden håber på at kunne arbejde (igen), men hvor borgeren i sin fortælling udtrykker stor usikkerhed om, hvorvidt det kan lykkes. Et andet bud på et mønster indeholder fortællingen om, at borgeren i fortiden ikke kunne arbejde – eller kunne med varierende succes, i nutiden gerne vil arbejde, men er usikker på, hvorvidt det kan lykkes, og i fremtiden kan arbejde under den rette støtte og kompenserende arbejdsvilkår. Borgerens motivationsfortællinger kan give et nuanceret indblik i forståelsen af, hvordan motivation konstrueres fra borgerens perspektiv i samtalen med teamet under mødet.

### **5.5. Adfærd: Funktionsevne, selvindsigt og handleevne**

I samtalen med borgeren spørger teamet ofte ind til borgerens hverdagsliv, og hvordan borgeren håndterer de daglige aktiviteter i hjemmet og hverdagen. Der er eksempler på dette i hovedparten af sagerne. Borgerne fortæller også selv om deres hverdag og de udfordringer, de oplever i forhold til at få hverdagen til at fungere. Det kan tolkes derhen, at teamet igennem samtalen med borgeren søger at få et mere dybdegående indblik i borgerens funktionsevne, end de skriftlige dokumenter giver dem, og herigennem danner sig et indtryk af borgerens ressourcer og begrænsninger. Teamet spørger fx til borgerens evne til

at udføre daglige aktiviteter i hjemmet såsom at stå op, klæde sig på, lave mad, købe ind, og i de situationer, hvor borgeren har mindreårige børn, at få dem i daginstitution eller skole. Der er således fokus på at afdække funktionsevnen og funktionsbegrænsninger i forhold til almindelige, daglige aktiviteter i hjemmet.

I visse situationer er teamet usikre på, hvordan de kan vurdere borgerens funktionsevne, fordi denne er meget skiftende. Der ses eksempler på dette ved borgere, som har en psykisk lidelse, der betyder, at de i perioder fungerer godt og i andre er stærkt funktionshæmmede. Samme eksempel kan findes i forhold til en person med en sjælden sygdom, der betyder, at han har mange smerter og er meget træt, men hvor det kan variere fra dag til dag.

Borgerens evne til at beskrive sin funktionsevne og begrænsninger, samt evne til at handle på udfordringer, tillægges i denne sammenhæng en værdi som en ressource. Det kan fx være ved, at de beskriver, hvordan de planlægger de daglige aktiviteter ved fx ”at tage dem i etaper”, som betyder, at borgeren ikke udtrættes på grund af smerter. At kunne strukturere de daglige aktiviteter således, at man ikke oplever stress og angst.

Teamet roser i visse situationer borgerne for deres evner til at beskrive deres egen situation og være reflekteret omkring den. Et sådan eksempel ses i forhold til en ung kvinde, som på mødet fortæller om sin psykiske lidelse, og hvordan hun søger at takle sin angst i forhold til at skulle transportere sig til og fra behandling. Hun modtager mentorstøtte til dette og fortæller indgående om sine problemer og udfordringer ved transport i bil. Lægen roser kvinden for hendes selvindsigt og villighed til at tage imod hjælp og nævner, hvordan hun kan anvende sin indsigt i at takle transportsituationen på andre udfordringer. I dette citat taler de om hendes søvnproblemer: (A9)

**Læge:** *Det er også det, jeg tænker, du er rigtig fin, du er reflekterende; ”jeg er nødt til med min søvn ikke at gøre det til et kæmpe issue for mig”, og jeg tænker også her, at du skal bruge lidt det samme.*

**Borger:** *Men det er ikke det samme, det er mit eget trygge hjem med mit eget tag.*

**Læge:** *Det ved jeg godt. Men det er ikke søvnen, jeg tænker, men du skal trække de ressourcer frem også igen og så sige, okay det er en kæmpe, kæmpe udfordring for mig, men nu er det dét, der er udgangspunktet, og nu er det dét, jeg skal prøve og skabe fokus på. For jeg kan høre, at du har en positiv indstilling til mange ting, selv om der er rigtig mange ting, der er svært for dig. Og det er den, du skal gå ud og finde nu i forhold til den SKP og sige, det skal nok gå.*

**Borger:** *Jeg tror bare, jeg er bange for fiasko oplevelser, som kunne høre med.*

Borgerens evne til at vurdere egne skånehensyn i forhold til arbejdsevnen tillægges også værdi som en ressource. Fx når borgeren selv peger på, hvilke jobfunktioner han/hun forestiller sig at kunne varetage, og de hensyn, der skal tages på den givne arbejdsplads. Følgende eksempel er fra et teammøde med en mand i 50'erne. Han har en lang videregående uddannelse fra udlandet og har arbejdet som ufaglært i Danmark. Grundet en psykisk lidelse står han uden for arbejdsmarkedet. Teamet drøfter ved timeout borgerens selvindsigt: (B6)

**Socialrådgiver:** *... Men jeg tænker i øvrigt også, når han selv siger, at han kunne godt tænke sig at blive gartnermedhjælper, så kunne jeg virkelig godt ønske for ham, at han kunne blive det, fordi der får han jo, der kommer han lidt ud af sin bolig, og han får en struktur ved at møde op til nogle ting, og han bliver værdsat og kommer ud i luften. Det der skal undgås er jo stress og pres fra andre mennesker, og det kunne han undgå på den måde...*

**Læge:** *Jeg er meget enig, og jeg tænker også...*

**Mødeleder:** *Det er fantastisk, at han selv peger på de ting, gartner og...*

**Socialrådgiver:** *Pedelmedhjælper – men der kan være så meget uro på en skole.*

I et andet eksempel har borgeren på teammødet fremlagt sin egen vurdering af sin arbejdsevne og skånehensyn. Borgeren er en kvinde i 50'erne med en lang videregående uddannelse, som grundet psykiske lidelser er uden for arbejdsmarkedet. I timeouten ræsonnerer teamet over kvindens egen præsentation på

mødet: (B8)

**Sundhedsfaglig medarbejder:** *Jeg synes egentlig, det er meget fornuftigt, det hun selv ønsker.*

**Mødeleder:** *Ja, hun har også et realistisk syn på, hvad det er, der skal til, for at jeg kan være på arbejdsmarkedet og har nogle gode forslag...; Hvad er det, der skal være af skånehensyn, for at jeg tænker, jeg kan være på arbejdsmarkedet.*

Både teamet og en række af borgerne betoner handleevne som en ressource, både set i forhold til, at borgeren tager initiativ til at handle og gøre noget ved sin situation på egen hånd eller ved at udvikle sin handlekompetence via støtte fra det offentlige.

Følgende eksempel handler om en kvinde midt i 20'erne med en svær psykisk lidelse. Kvinden fortæller om de kreative aktiviteter, hun er i gang med i en klub. Teamet spørger til andre faktorer såsom motion og kost. Kvinden fortæller om, hvordan hun går til dans, går tur med morens hund alene eller med moren, og hvordan motionen hjælper hende. Teamet spørger til hendes kost, herunder om hun har behov for diætistforløb. Kvinden svarer, at hun har en masse kostråd, hun følger, og at hun ved, hvordan man spiser sundt. Hun vurderer selv, at hun ikke har behov for yderligere vejledning om kost, men kunne have behov for støtte til at dyrke mere motion. I timeouten taler teamet om, at hun har brug for motion, men har styr på kosten, og ved indstillingen til ressourceforløb fremhæver de, at hun skal have støtte til mere motion, fx at cykle, da det vil hjælpe hende sygdomsmæssigt. Teamet tillægger således kvindens egen vurdering betydning i deres indstilling til hvilke indsatser, der skal arbejdes med i ressourceforløbet. (A3)

Et andet eksempel handler om en ung mands vilje til at tillære sig nye strategier i forhold til at takle funktionsbegrænsninger efter en ulykke. Teamet foreslår, at borgeren får en coach. Manden siger: *Jeg vil meget gerne snakke med sådan en coach, fordi jeg er meget låst.*

I dette eksempel er det teamets forslag om støtte til udvikling, og det at borgeren

tager positivt imod det, som kan anskues som en ressource hos borgeren. Han samtykker i teamets vurdering af, at han befinder sig i en fastlåst situation og er villig til at forandre den, men har brug for støtte til det. (A11)

Samtidig er der også et eksempel på modsatrettede vurderinger, hvor borger og borgers bisidder fremhæver borgerens vilje, handleevne og engagement i at udvikle sig, men hvor teamet er usikre over for borgerens udviklingspotentiale på grund af funktionsnedsættelsen. Eksemplet handler om en ung mand med en medfødt funktionsnedsættelse, som ønsker at få støtte til at komme ind på en uddannelse. Borgeren har to bisiddere med til mødet, som betoner borgerens handleevne:

**Bisidder I:** *Og jeg vil faktisk sige, at jeg er hamrende stolt af, at vi sidder her i dag. Det gør vi udelukkende på grund af stædighed og vilje og en enorm kampånd, og det har kostet, at du sidder her i dag. Det har også været smertefuldt nok at anerkende og erkende, at man nok skal sidde her i dag og ikke var kommet videre. Men du har fået fantastiske udtalelser fra [x] og fra [x]...*

**Bisidder II:** *Det var også sådan noget med, at det var sjældent, de havde set sådan et engagement, og altid komme til tiden, og hvis der var noget, han ikke kunne, så blev han bare ved, indtil han lærte det. Så det var en meget, meget flot udtalelse. (B3)*

I dette eksempel er det borger og borgerens bisiddere, som taler positivt om borgerens handleevne som en ressource, men hvor teamet er usikre på, hvorvidt borgeren kan gennemføre den uddannelse, han ønsker. Ved teamets formøde og i timeouten giver de udtryk for usikkerhed i forhold til, hvorvidt borgeren kan leve op til egne forventninger. De anbefaler derfor et afklaringsforløb i regi af et ressourceforløb, hvor studieegnethed og støttebehov afklares nærmere, og hvor den koordinerende sagsbehandler afklarer krav og støttemuligheder i den pågældende uddannelse. (B3)

Teamet tillægger således borgernes evne til at udvise selvindsigt og handleevne værdi. Flere borgere konstruerer også selv en fortælling om deres handleevne som en ressource ved at beskrive, hvordan de takler deres begrænsninger og

udfordringer på egen hånd eller via støtte fra familie. Det at mestre sin hverdag og finde løsninger på de begrænsninger, som følger af sygdom, funktionsnedsættelse eller sociale problemer, konstrueres således som en ressource af begge parter i samtalen. I teamets optik er der dog borgere, som overvurderer egne evner. Det kan tolkes derhen, at teamet konstruerer en forståelse af borgeren, hvor de tolker hans/hendes fortælling om egne handleevner som et symptom på borgerens manglende selvindsigt og refleksion over, hvad der i teamets optik er en ”realistisk fortælling om egne evner”.

## 5.6. Udseende

I vores analyse af samtalerne fandt vi frem til, at borgerens udseende også blev tillagt værdi af teamet i deres vurdering af borgeren. Det ser vi i 8 af sagerne, hvor teamet omtaler borgerens udseende og fremtoning som et element i deres vurdering af borgerens ressourcer. Dette sker primært under timeout eller efter mødet, og dermed på et tidspunkt, hvor borgeren ikke er til stede. De 7 af disse sager vedrører kvinder, hvor der i et tilfælde henvises til, at kvinden er ”sød og smilende, charmerende” (A2), i et andet ”en sød pige, glad og smilende... Det er da en fantastisk kvinde derinde bagved” (A8). I et tredje tilfælde siges det, at kvinden har ”udstråling... Ja, hun var fantastisk. Jeg sad og tænkte, hun har ressourcer” (B1). Og i endnu en af sagerne drøfter teamet en kvindes vægt med hende på mødet i en dialog om hendes selvværd og energi.

**Borger:** *Jamen mit største håb det er, at jeg kan holde ud at se på mig selv i spejlet.*

**Mødeleder:** *Det betyder også rigtig meget for, at man får energi, at man er glad for sig selv, og man tænker, jeg går ud og viser verden, hvem jer er.*

**Borger:** *Det gør også rigtig meget for mit sociale niveau, at når jeg ikke føler, jeg er noget værd som kvinde, så er jeg jo heller ikke særlig meget værd som menneske. Jamen altså.*

**Mødeleder:** *Det er jo klart, så derfor tænker jeg også, det er dét vi skal hjælpe dig med, at du kommer i gang med noget motion, så du får tabt dig og bliver glad for dig selv, og også så du får noget mere energi, for det får man også af at tabe*

*sig og spise rigtigt. Så får man også mere energi ikk' (A3)*

I den ene sag, som omhandler en mand, betoner teamet den unge mands udseende og fremtoning som et skisma for ham. Den unge mand har en medfødt funktionsnedsættelse i form af en udviklingshæmning. Teamet drøfter på formødet, hvordan hans udseende og fremtoning betyder, at han udadtil virker velfungerende, men hans kognitive vanskeligheder betyder, at han mangler 'handicaperkendelse'.

**Uddannelsesvejleder:** ... *Hans problem er, at han på den ene side fremstår egentlig rimelig velfungerende, pæn og nydelig, men vi skal også sikre os nu her, at han forstår, hvad det er, vi siger til ham, fordi det kan godt være, han siger ja, og så har han ikke helt styr på det alligevel. Han opfatter ikke selv, at han har nogle problemer, så når han går på [STU - uddannelsessted for udviklingshæmmede], og der er to, som ser anderledes ud, så gider han ikke være sammen med dem. På den måde er han rigtig svær. Vi har brugt meget tid på en eller anden form for handicaperkendelse. (B7)*

Udseende er ikke en ressource, som beskrives i de skriftlige dokumenter, men i teamets kollektive refleksioner over borgerens ressourcer bliver udseende tilagt en form for værdi som et element i den samlede vurdering af borgeren. En mulig tolkning er endvidere, at der er et kønsaspekt i teamets vurdering, hvor det primært er kvinder, der bliver vurderet på deres udseende.

Endelig kan der være antydninger af, at teamet i deres vurderinger trækker på samfundsmæssige diskurser om handicap. En klassisk distinktion er skelnen mellem synlige og usynlige/skjulte handicap, hvor det at have et skjult handicap kan tolkes som en hæmsko for borgeren i deres relation med omgivelserne/andre mennesker; underforstået de 'normale' i samfundet. De normale kan dermed ikke identificere personens afvigelse via synlige markører (jf. også Goffmans begreb om fysisk stigma), hvilket medfører, at de normale bliver usikre på, hvorvidt personen tilhører "en af dem"/normaliteten eller udgør en afviger. At se normal ud, men have skjulte funktionsnedsættelser kan dermed betyde, at man "passerer" (Goffman 2009). Når rehabiliteringsteamet diskuterer denne tematik, forholder de sig til, hvorvidt borgere med usynlige funktionsnedsættelser selv

er bevidste om deres ”afvigelse”, og hvordan de som professionelle håndterer borgere, der ikke ser sig selv som afvigende.

### 5.7. Håbet om et bedre helbred

Borgerens helbredsmæssige situation indgår som et tema i teamets og borgerens samtale om borgerens ressourcer. I nogle af sagerne er drøftelsen af borgerens helbredsmæssige forhold omdrejningspunktet for teamets vurdering af og indstilling til ressourceforløb. Fokus er i disse sager på håbet om, at borgeren via et ressourceforløb kan forbedre sin helbredsmæssige situation. Borgerens helbredsmæssige forhold vurderes i den aktuelle situation ikke som en ressource, men det er netop forventningen om en forbedring, der inddrages i drøftelsen og vurderingen af borgerens situation. Vores analyse viser, at denne tematik indgår i 11 sager. Nogle af disse sager omhandler borgere med psykiske lidelser, hvor håbet om, at borgeren på sigt kan komme sig, tales frem som et argument for forbedret funktionsevne og livskvalitet.

I andre sager vedrører det borgere med somatiske lidelser og problemer i bevægeapparatet, herunder livsstilsproblemer. Et eksempel er en kvinde i 50'erne, som lider af en kombination af somatiske og psykiske lidelser. Teamet vurderer, at hun har behov for livsstilsændring og foreslår professionel støtte til motion og fysisk træning samt deltagelse på diabetes hold. Borgeren er meget motiveret for disse forslag og ser det som en mulighed for at få det bedre helbredsmæssigt. Borgerens søn, som er bisidder, udtrykker samtidig bekymring for, hvorvidt træningen vil være for hård, og hvorvidt hans mor vil blive presset for meget. Samtalen former sig som en forhandling mellem teamet, moren og sønnen, hvor teamet søger at tale håbet om livsstilsforandring frem, mens sønnen er skeptisk over for, om moren kan gennemføre det. Moren er positiv over for teamets forslag.

**Borgeren siger:** ... *Mit liv et meget vigtigt for mig. Jeg har prøvet meget med kost og motion, men specielt med kost er jeg meget god til mine vaner, så bagefter bliver jeg deprimeret. Jeg kan ikke spise, og så bliver jeg træt.*

Den sundhedsfaglige repræsentant forklarer om diabeteshold og om muligheden for individuelt træningsforløb tilpasset hendes funktionsevne.



**Borgeren siger:** *Jeg vil meget gerne, hvad skal man sige, gå på det så meget jeg kan, fordi det er mit eget bedste... Jeg har set mine begrænsninger...*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Det er rigtig vigtigt, det du siger der, det er dit liv, og det er dit ansvar. Hold fast i den og så skal vi gerne støtte dig alt det, vi kan, det er det, der ligger i det [ressourceforløbet]. Vi kan ikke gøre det uden, du har den indstilling og gerne vil, så det er kanon. (A10)*

I nogle af sagerne argumenterer teamet for, at håbet om helbredsmæssig forbedring begrundes, at borgeren ikke kan få førtidspension. I nogle sager har borgeren søgt om førtidspension, men sagen behandles ikke som sådan, men som en afklaring i forhold til et ressourceforløb. Der er eksempler på, at samtalen mellem borger og teamet former sig som en forhandling om, hvorvidt borgerens helbred kan forbedres, og om den lægelige dokumentation er entydig nok. Et eksempel er en borger med en sjælden diagnose, hvor både teamet og borgeren selv er meget usikre på, hvordan sygdommen vil udvikle sig, og hvorvidt borgeren kan forventes på sigt at få det bedre (A1). I en anden sag forhandler borger og borgeres søn/bisidder med teamet om de lægelige udtalelser. Borgeren og bisidder mener, at de lægefaglige vurderinger viser, at borgerens funktionsevne og arbejdsevne ikke kan forbedres og giver også udtryk for, at de oplever, at behandlingssystemet har opgivet faren/borgeren. Teamet udtrykker tvivl om borgerens egen vurdering, og ved timeout fremgår det, at de vurderer, at hans ønske om en førtidspension forhindrer, at han ser mulighederne for udvikling og forbedring af sin situation.

Håbet om forbedret helbred er således et væsentligt argument i teamets vurdering af borgerens potentielle fremtidige ressourcer og indgår dermed som begrundelse for et ressourceforløb. Dette er netop i overensstemmelse med de politiske intentioner og lovgivningsmæssige rammer for ressourceforløb, hvor der bl.a. har været fokus på, at reducere antallet af borgere med psykiske lidelser, som tildeles førtidspension. Håbet om recovery begrundes et ressourceforløb. Teamet konstruerer også dette håb i forhold til borgere med somatiske lidelser eller med en erhvervet funktionsnedsættelse, hvor håbet om, at borgeren på sigt lærer at mestre sin sygdom eller nedsatte funktionsevne, begrundes et ressource-

ceforløb.

## 5.8. Opsummering

I den ressource- og udviklingsorienterede samtale konstrueres borgerens ressourcer som en dynamisk størrelse, hvor fortidige og nutidige ressourcer kobles sammen med fremtidige. Fraværet af fortidige og nutidige ressourcer betyder dermed ikke, at borgeren ikke kan udvikle ressourcer i fremtiden, og håbet om forandring og forbedring udgør en central meningsgivende markør i teamets dialog med borgeren.

Samtalen om ressourcer konstrueres primært ud fra et blik, hvor ressourcer kobles til individuelle karakteristika ved borgeren. Det handler om borgerens uddannelse, adfærd, motivation, selvindsigt og mestringsevne. Det kan tolkes som en mulig individualisering af problemet, og at løsningen på borgerens situation dermed skal findes i forandringer hos individet: helbred, motivation, mestringsevne, selvindsigt. Borgerens forvaltning af egen sygdom og funktionsnedsættelse, med vægt på den daglige livsførelse, udgør et hovedtema i teamets dialog med borgeren. Men der ses også eksempler på, at ressourcer konstrueres som et relationelt fænomen hvor familie, netværk og professionel støtte tillægges betydning. Ligesom der i drøftelsen af borgerens potentielle beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder konstrueres en mere relationel forståelse af, at borgerens arbejds- eller uddannelsesmuligheder er tæt koblet til virksomheders og uddannelsesinstitutionernes evne til at rumme og tilpasse opgaver til borgerens arbejdssevne. Den relationelle forståelse udfoldes dog i mindre grad, hvor det kan undre, at teamet ikke er mere nysgerrig på borgerens hidtidige joberfaringer, og hvilke arbejdssituationer og -miljøer borgeren vil kunne fungere i. I visse situationer fremlægger borgeren sine egne vurderinger heraf.

Rehabiliteringsteamets samtale med borgeren kan ansues som en indsats i sig selv, der handler om at tale ressourcerne frem, og dermed nedtone de problem-mættede sider af borgerens liv. I det følgende kapitel ser vi nærmere på dette.

## 6. At tale ressourcerne frem

I dette kapitel præsenteres en analyse med fokus på kommunikationsformer. Vi viser, hvordan ressourcer tales frem i de forskellige samtalerum, og hvem der i særlig grad bliver dominerende aktører.

Formøder, hovedmøder mellem team og borger, timeouts og tilbagemeldinger om indstillinger kan forstås som samtalerum, hvor bestemte samtaleformer og 'samtaleteknologier' praktiseres. De forskellige samtalerum kan forstås som rammesættende 'gener' (Scheuer 2005)<sup>2</sup> for, hvordan teamet kan og bør tale *om* borger på formøde og i timeout - og *med* borger på selve mødet. Tilsvarende sættes der en ramme om, hvordan borger, borgers sagsbehandler og evt. bisidder kan og bør tale *med* hinanden og med teamet. Men også rammen gøres til genstand for forhandling, og den rekontekstualiseres løbende i bestræbelsen på at besvare nogle af de presserende spørgsmål, der melder sig undervejs, både i forhold til de konkrete sagsforløb og i lyset af den ændrede lovgivning, de politiske intentioner og den såvel formelle som uformelle organisatoriske praksis: Hvornår skal borgeren inddrages og på hvilken måde? Hvornår får borger lov til at positioneres som dominerende aktør? Hvornår kan og skal bestemte ressourcer tales frem eller få lov til at stå i skyggen af livsudfordringer og problemer? Hvordan kontekstualiseres samtaleforløbene respektfuldt, meningsfuldt - eller magtfuldt – anerkendende eller krænkende - når og hvis problemer og ressourcer defineres meget forskelligt i henholdsvis borger- og teamperspektiv?

De forskellige samtalerum kan forstås i lyset af den del af konteksten, som i dialogismen benævnes "den abstrakte definition af begivenheder, genre, frame og activity type" jf. kapitel 2.

Samtalerne mellem borgere og teamet, samt teamets formøder og timeouts kontekstualiseres som samtaleforløb med mange variationer. Som det fremgår af

---

<sup>2</sup> Dialogismen som teoretisk ramme for analysen kan suppleres af Erving Goffman's (1959, 2014) mikrosociologiske analyser af den interaktion, som foregår 'frontstage' (mødet med det tværfaglige rehabiliteringsteam, hvor borger, sagsbehandler og evt. bisiddere deltager) og 'backstage' (professionelt formøde, møder mellem borger og borgers sagsbehandler og bisiddere, (som vi ikke har materiale fra) samt borger- og team-timeouts.

kapitel 2, kan kontekstualisering forstås som en proces, der går i to retninger: *“Diskurser, eller samtaledele, er i dialog med den aktuelle situations kontekster (...) og de sociokulturelle kontekster”* (Linell 1998). Der er altså tale om et mulighedsfelt, der i dialogen aktualiseres i nogle retninger på bekostning af andre, efterhånden som samtaletråden konstrueres frem med al den uforudsigelighed i samtaleforløbene, som dette indebærer.

Processen skaber ofte dilemmaer og bliver ikke sjældent konfliktfyldt og følelsesladet for borgeren. Der opstår også jævnligt et stort engagement og nogle gange kamp om retten til at definere ressourcer og problemer i krydsfeltet mellem forskellige oplevelsesperspektiver, mellem borgere og det professionelle team.

Kontekstualisering af ressourcer og problemforståelser ses som en løbende proces i alle samtalefora. Selvom et målrettet ressourcefokus søges bragt i spil af de professionelle, forsvinder ressourcefokus jævnligt fra samtalerne mellem teamet og borger.

I det følgende inddrages de centrale overordnede temaer fra vores analyse samt et udvalg af mere detaljerede eksempler og dialogpassager fra materialet.

## **6.1 En løsnings- og ressourcefokuseret tilgang som samtaleteknologi**

Selve ‘samtaleteknologien’ i mødet mellem borgeren og teamet kommer ofte til udtryk på en måde, der er inspireret af en løsnings- og ressourcefokuseret tilgang<sup>3</sup>, hvor små trin mod små (men målbare) forandringer, drømme, ønsker for fremtiden, styrker og kompetencer i særlige situationer og ‘mirakelspørgsmål’ bringes i spil i dialogen mellem borger og teamet. Antagelsen er, at borger allerede rummer ressourcer (potentielt eller konkret), som skal tales frem og foku-

---

<sup>3</sup> LØFT (løsningsfokuseret terapi/tilgang på dansk), SFBT (Solutionfocused Brief Therapy) Steve de Shazer og Kim Insoo Berg (2006) og anerkendende eller værdsættende udforskning (Appreciative Inquiry - (AI), Cooperrider og Srivastva (1987)). Begge tilgange er udviklet i USA, sidstnævnte med et eksplicit fokus på at gøre drømme og visioner til virkelighed gennem ‘ressource-spotning’, design af konkrete handlemuligheder og fælles forpligtelse. AI er samtidig også kritiseret for netop at fungere mindre hensigtsmæssigt (eller ligefrem kontraproduktivt) i ressourceknappe kontekster.

seres i en ressource- og løsningsorienteret retning. Snak om problemer skaber problemer. Snak om løsninger skaber løsninger. Der er altid noget, der allerede virker. Dvs.: Gør mere af det, der allerede virker! Især mødeleder - men også de fleste af de øvrige aktører i det professionelle team – ser ud til at navigere hjemmevant i forhold til denne samtalepraksis. Det følgende er et eksempel på mødeleders spørgsmål fra et møde med en unge kvinde: (A3)

**Mødeleder:** *Hvad drømmer du om...? - Hvad håber du på...? - Når du nu har det allerbedst, hvad så...? - Hvad skulle få dig til...? - Hvad kan hjælpe dig allerbedst lige nu...?*

Et andet eksempel illustrerer, hvordan drømmen fungerer som omdrejningspunkt for den ressourcefokuserede dialog mellem team og en borger med anden etnisk baggrund: (A8)

**Borger:** *(...) Selvom jeg ikke har haft de der muligheder i mit hjemland, efter jeg blev gift, så går jeg efter det der, min drøm, desværre den er, når jeg kommer - på grund af det der arbejdsmarked og min fysiske og mine psykiske, nogle gange jeg kommer lidt op, men jeg bliver så dårlig igen, og specielt jeg har fået så mange sygdomme, og det er svært, det sænker mig.*

**Sagsbehandler:** *Men vil du kunne hive nogle af de ting frem, som du har med derindefra? Netop i forhold til at arbejde med dine drømme og kigge fremad?*

**Borger:** *Det har jeg altid drømt om så, det er sådan, som jeg siger, det fungerer ikke med mig (...) Men det er svært nogle gange, når livet ikke går efter det der, du ønsker, så nu er det helt modsatte vej end mine ønsker for mit liv.*

**Mødeleder:** *Men [x], hvad er drømmen nu, hvad skal der til, for at du selv synes, du får et godt liv?*

I eksemplet bruges en del energi på at fastholde et professionelt fremadrettet ressourcefokus over for borgerens problemfokus - selvom borgeren altid har drømt om at kunne arbejde med sine drømme(!)

Drømme bliver et vigtigt omdrejningspunkt undervejs i en del af sagerne. Teamets ressourcefokus bliver løbende udfordret og 'tones' af en borgers problemfokus, hvilket ses i eksemplet ovenfor, men ikke altid. Følgende er et eksempel på løsnings- og ressourcefokuseret dialog med en borger, som tidligere har haft massive sociale problemer med hjemløshed og misbrug. I dialogen tilslutter borgeren sig teamets vurdering af ham: (B10)

**Mødeleder:** *Okay, vi er enige om, at vi vil indstille til et ressourceforløb, det betyder jo, at i et ressourceforløb kan der ske mange ting. Der skal ske alle de ting, der allerede sker, du har en god mentor på, du har en støttekontaktperson, som er god, du er lige kommet i opgangsfællesskab, så mange ting er jo rigtig faldet på plads her - synes jeg, og fortsat selvfølgelig vedligeholdelse af metadon-behandling.*

**Borger:** *Lige præcis.*

**Mødeleder:** *Og hvad det så i virkeligheden, som du også selv lidt skriver, hvor det her ender med at føre hen arbejdsmæssigt, det må vi se på. Der er nogle muligheder i hvert fald, helt klart. Der er nogle kompetencer og nogle ressourcer og egentlig mange muligheder, der står. Men hvor meget du så kan arbejde i sidste ende, det må tiden vise.*

**Borger:** *Men jeg kan også godt mærke, at jeg har fået det bedre, altså jeg synes, det er meget godt at have noget, bare en lille ting hver dag.*

**Mødeleder:** *Ja.*

'Der skal ske alle de ting, der allerede sker' - 'lige præcis' - borgeren bekræfter mødelederens fokus og giver udtryk for at have fået det bedre, og at det er 'godt at have noget - bare en lille ting hver dag'. Den løsnings- og ressourcefokuserede dialog fremstår som meningsfuld og berigende i både den professionelle og borgerens perspektiv.

Dette er langt fra tilfældet i alle sagsforløb. Ofte kontekstualiseres dialogen i et felt, hvor der er meget forskellige perspektiver på problemer og ressourcer,

hvilke spørgsmål det er meningsfuldt at stille, og hvilke veje dialogen kan gå. I et løsnings- og ressourcefokuseret perspektiv bør borgeren vedvarende ses som ekspert på eget liv med fuldt ejerskab i forhold til mulige løsninger. Udfordringer og dilemmaer forbundet med dette bliver således tydelige og et vigtigt opmærksomhedspunkt - som i følgende eksempel på en ressourcefokuseret samtale, der udfordres kraftigt af borgers problemforståelse. (A4)

**Læge:** *Hvis vi nu sagde, at du havde de her skavanker, og vi lagde dem på hylden, og vi faktisk kunne give et job, altså hvor du skulle møde hver eneste dag. Det kunne godt være, du ikke skulle møde 37 timer, men du skulle møde hver eneste dag, og der var nogen, der ligesom havde brug for dig og satte pris på dig og sådan nogle ting, hvad tænker du så omkring arbejde?*

**Borger:** *Det kan jeg ikke.*

**Læge:** *Så det er ikke noget, du har lyst til?*

**Borger:** *Nej, jeg kan ikke. Jeg ville hjertens gerne.*

**Læge:** *Men hvis jeg nu siger, at vi placerede helbredsgenerne på hylden lige for en kort stund, og vi sagde, at vi havde et job til dig, hvor 3 timer om ugen eller hvad ved jeg. Det er jo bare et tankeeksperiment. Er det noget du - altså du gerne ville, hvis det var du kunne?*

**Borger:** *Jamen altså, jeg har bygget det halve af København. Så selvfølgelig elsker jeg at arbejde.*

Lægens indledende 'mirakelspørgsmål' afvises kategorisk. Men borgerens store arbejdsvilje og motivation - at 'ville hjertens gerne' (men ikke kunne) pointeres. Borgeren positioneres som handlingsorienteret aktør. Dermed bliver denne borger også et eksempel på en aktiv og insisterende ekspert på eget liv og problemdefinerende medskaber af det kontinuum mellem ressource- og problemfokus, der overordnet tegner mange af samtaleforløbene.

## Et kontinuum mellem ressource- og problemfokus

Et fremadrettet ressourceperspektiv kendetegner mange af sagerne, hvor også muligheder for personlig modning, bedre (selv)indsigt, bedre styring af egen livs- og helbreds-situation, bedre behandlingsmuligheder, medicin nedtrapning eller ændring og øget psykosocial støtte, øget netværksstøtte, mentorhjælp, patientundervisning m.m. medtænkes og tales frem som fremadrettede ressourcer og som personlige udviklingsmuligheder, som omtalt i kapitel 5.

I nogle tilfælde positioneres teamet næsten profetisk som et unisont team af 'frelsende engle', hvor problemerne 'nok skal løse sig' på sigt. Eksempler knytter sig fx til en ung mands følgevirkninger af en trafikulykke, hvor teamet flere gange fremhæver, at de tror på, at han kan få et godt liv og en position på arbejdsmarkedet. De gentager flere gange, at "vi tror på dig" (A11). Et eksempel ses også i en sag om en yngre kvinde og hendes familie, der må lægge livet om som følge af, at kvinden har fået et alvorligt synshandicap. Familien synes at være i en krisetilstand, men teamet fremhæver, at hun kan lære at mestre sit synshandicap og få et godt liv (A13).

## Ressourcer i skyggen af problemer

Jævnligt fører karakteren og kompleksiteten af problemer dog til, at et ressourcefokus udfordres og kommer til at stå i skyggen af et dominerende problemfokus. Nogle gange er ressourcefokus næsten - eller helt - fraværende i mødet mellem borger og teamet. Teamet nedtoner et ressourceperspektiv, fx når kognitive funktionsnedsættelser vurderes at begrunde manglende selvindsigt og evt. manglende forståelse af egne begrænsede ressourcer. Der findes i materialet eksempler med en borger med cerebral parese og med kognitive funktionsnedsættelser (B3) og infantil autisme (B5). I andre sager kan fraværet af ressourcefokus forstås som bestemte dominerende aktørers særlige og vedvarende bidrag til at definere og fastholde et problemfokus (A4, A12).

I nogle af samtaleforløbene kan fraværet af ressourcefokus forstås i lyset af anerkendelse<sup>4</sup> af borgerens problemfyldte situation og særlige udfordringer. At

---

<sup>4</sup> Axel Honneth's Kamp om anerkendelse (1992/2006) kan medtænkes både med hensyn til mulighed for anerkendelse og risiko for krænkelse i forhold til den professionelle kontekstualisering af ressourcefokus i relation til borgeren.



'balancere' ressourcer og problemer viser sig ofte at være dilemmafyldt for det professionelle team - og følelsesladet for borgeren. Således tegner et kontinuum mellem ressource- og problemfokus samtidigt en (ikke helt entydig) afgrænsning mellem mulig anerkendelse og risiko for krænkelse.

## 6.2 Dominerende aktører

Selvom vores analyse er kvalitativ og primært har fokus på, hvordan forskellige aktørers stemmer, oplevelsesperspektiver og definition af problemer og ressourcer bliver dagsordenssættende i bestemte situationer, giver transskriptionernes replikfordeling og repliklængde mulighed for at skabe et supplerende overblik over dominerende aktører i - og på tværs af - de forskellige samtalerum.

Mødeleder er en helt gennemgående dominerende aktør i alle sager og indtager en rammesættende funktion i forhold til bl.a. tidsstyring og fastholdelse af relevant samtalefokus, men også i forhold til varetagelse af særlige samtalestrategier, som evt. aftales i teamet på formødet. I et eksempel varetager mødelederen en særlig strategi, hvor det ikke nævnes over for borgeren, at ønsket om førtidspension umuligt kan imødekommes, selvom det er tydeligt, at førtidspension netop er hvad borger (og bisiddere) ønsker og forventer. Argumentet for denne strategi er tidspres – undgå diskussion (B3).

Endnu et eksempel er et møde med borger, hvor mødeleder fremlægger teamets vurdering og peger på ressourcer med henvisning til borgers tidligere erhvervs erfaring uden at spørge ind til borgers udfordringer og akutte problemer, hvilket alt sammen er aftalt af teamet på formødet. Kommunikationsformen under mødet med borger bliver efterfølgende nærmest en monolog med mødeleder som meget dominerende aktør (B11).

Lægen indtager i varierende grad en dominerende rolle. Lægen i kommune A, og i de fleste sager i kommune B, positioneres som central aktør undervejs i samtaleforløbene på tværs af mødefora. Lægen bliver en vigtig kvalificerende stemme for de ressourcer, der tales frem i lyset af fysiske sygdommes og psykiske lidelsers grænseflader og kompleksitet, deres prognose over tid, fx paranoid skizofreni (A3), og til tider deres sjældenhed (A1) - og at spotte ressourcer i forhold til dette. Ofte bliver afklaringen også udfordret af komorbiditet (mere end

én diagnose samt følgesygdomme), og kompleksiteten i oplevelsesperspektiver forbundet med psykiske lidelser og kroniske smerter m.m., hvor der lægefagligt tages forbehold for forenkede ressourceblikke i lyset af dette. Der er eksempel på, at lægen også bliver en dominerende aktør i forhold til at tale alternative behandlingsformer frem, fx yoga, meditation og afspændingsøvelser (B2).

Borger og/eller bisidder indtager i visse sager en dominerende aktørposition. I otte sager positioneres borger (A1, A4, A6, A9, B3, B8, B9, B10), og i seks sager borgers bisidder(e) (A10, A12, A13, B3, B8, B10), som dominerende aktører. De gør deres stemmer gældende som bl.a. erfarne 'ekspert(er)' på egen sygdom, problemforståelser og/eller i forhold til det behandlende system. Følgende dialog er et eksempel på, hvordan borgeren positioneres som ekspert på eget liv og egen motivation, og hvordan han i høj grad udfordrer lægens og teamets problemforståelse. Eksemplet er også omtalt i forrige kapitel: (A4)

**Læge:** *Og det er jo også derfor jeg spørger dig, fordi det er jo meget vigtigt, at det også er din motivation. Det skal jo ikke være vores motivation. Vi kan jo godt have nogle ambitioner på dine vegne, men det skal jo være din motivation til også ligesom at ville noget fremadrettet ikk'?*

**Borger:** *Ja.*

**Læge:** *Jeg hører godt, at du siger, jamen jeg har prøvet, og jeg har prøvet, og jeg har løbet panden mod muren, men.*

**Borger:** *Altså smerterne er der sgu stadigvæk du, og det der med alkoholen, det kan du godt glemme alt om. Jeg gider ikke høre mere på det der, at det skal tørres af på den konto. Glem det. Altså jeg har set folk, der drikker 50 genstande om dagen, så kan du snakke om alkoholmisbrug, men altså fordi jeg drikker 6 bajere, det betyder ikke en skid, så det er sagen uvedkommende.*

**Læge:** *Så så, det vil...*

**Borger:** *Du skal ikke tørre den af på den konto (...) Jeg har stadig ondt i ryggen med eller uden 6 bajere. Min onkel han er misbrugskonsulent inde i København*

*for alkoholikere, og som han siger, jeg har fandeme aldrig hørt om nogen, der bliver blinde på venstre øje af at drikke bajere du. Det har jeg aldrig hørt om ikk'. Så det understøtter bare min teori, ikk' også. Vi kan ikke blive ved at fedte den af på de her 4 øl (utydeligt).*

**Læge:** *Så det du siger nu, det er at du ikke er interesseret i at få hjælp til at lægge de her 6-8 bajere på hylden?*

**Borger:** *Nej, den klarer jeg selv. Den klarer jeg selv. Det gør jeg jo hver gang.*

**Læge:** *Okay.*

I visse sager udfoldes en mere dynamisk relation mellem flere dominerende aktører, hvor ingen aktører er dominerende konstant, de fleste medlemmer af teamet kommer til orde i større eller mindre grad i samtaleforløbene, men vi ser også en forskel i aktørdominans i de forskellige samtalerum og imellem kommune A og B. Analysen viser således, at lægen i næsten halvdelen af sagsforløbene i kommune B indtager en tilbagetrukket position under mødet med borgere - men bliver en dominerende aktør under formøder (B1, B3, B4, B6, B7) og timeouts, (når disse finder sted).

### **6.3. Dialog og samtaleformer i de forskellige samtalerum**

I det følgende præsenteres analysen af samtaleformen i de forskellige samtalerum:

#### **Formødet**

Samtalestrategier for mødet med borger forhandles jævnligt på formødet, fx hvordan ressource- og problemfokus skal balanceres (B3 og B5), eller hvordan der bør afsættes tid under mødet med borger til at begrunde afslag om førtidspension med tydelig henvisning til lovgivning, da enhver mulighed efter beskæftigelsesloven skal være udtømt (B2), - eller at borgers stemme under hovedmødet bør begrænses af strategiske grunde. Et eksempel på sidstnævnte ses i følgende uddrag fra et formøde inden mødet med en kvinde med en psykisk lidelse: (B11)

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Så jeg tænker, vi skal have hende begrænset ind*

*på noget, måske ikke fortælle hvor lang tid vi har, men sige vi har kun et begrænset stykke tid. Vi er nødt til at komme igennem, det vi skal igennem. Så få lukket ned for det, hvis hun begynder at køre i selvsving.*

**Mødeleder:** *Så du tænker det der med at spørge for meget ind til hendes egne tanker og så videre?*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Jeg tænker måske godt, vi kunne spørge ind til hendes tanker, jeg tænker man skal passe på med, at hun overgiver sig selv i, hvor dårligt hun har det.*

**Mødeleder:** *Ja ja, jeg tænker man kan godt tage udgangspunkt i, at 'vi kan læse, at du rent faktisk godt kunne tænke dig noget med nogle fritidsinteresser, og at du har profiteret af det,' altså have fokus på det, hvor vi har set, der har været noget positivt.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Hvor der er noget ressourcemæssigt.*

**Læge:** *Det kan hun heller ikke skyde ned.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Nej, præcis.*

**Mødeleder:** *Tage den indgangsvinkel.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Jeg tror ikke, vi skal gå så meget ind i, hvordan hun egentlig har det, og hvad det er med de smerter.*

**Mødeleder:** *Nej nej.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Hun bliver ved med at sige, at hun vil dø, det bliver hun ved med at sige. Det er vi nødt til at lukke for, fordi det ikke er det, vi kan snakke om.*

**Gæst:** *Slet ikke, det hører ikke til her.*

**Mødeleder:** *Jeg prøver at se, om jeg ikke kan være lidt.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Grænsesættende?*

**Mødeleder:** *Jamen det plejer jeg ikke at have nogle problemer med, men nu må vi se, det kan være jeg bliver udfordret.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Ellers er vi her jo også.*

**Mødeleder:** *Ja, byd endelig ind.*

**Sundhedsfaglig repræsentant:** *Jeg tror i hvert fald, vi skal passe på tiden, men det er du god til.*

En forhandling af den professionelle samtalestrategi rundt om borgeren ligger tilsyneladende inden for samtalerummets (formødets) præmisser. Samtidig pointeres det, at der er noget, der professionelt skal lukkes ned for på hovedmødet. I dette tilfælde, at borger giver udtryk for, at 'hun vil dø'. Gæsten pointerer, at det 'ikke hører til her', og dermed hvad der ikke kan - eller ikke bør - tales om under mødet med borger. Det ligger altså uden for møderummets og 'genrens' præmisser.

En særlig 'værkstedshumor' finder lejlighedsvis også vej til formødet, hvor der som eksempel gøres grin med borgerens sygdom (tarmsygdom) (fx B12), som potentielt kobles ind i de professionelle perspektiver på ressourcer, problemer og borgeridentitet og bliver endnu et eksempel på kvalitative (genremæssige) forskelle på, hvad man kan og bør tale om på for- og hovedmøder.

### **Hovedmødet**

På hovedmødet kommer forventninger til at overholde spillereglerne og fastholde et ressourcefokus i samtalen mellem team, borger og bisidder fx til udtryk i en sag fra kommune A, hvor borgers søn, som fungerer som bisidder, bliver irrettesat for at 'tale borgeren mere syg': (A12)

**Sagsbehandler:** *Det hjælper ikke din far, at I bliver ved med at tale om, at det*

*hele er dårligt, fordi det får han det heller ikke bedre af.*

**Bisidder:** *Jamen jeg tror ikke, det der med at du siger, vi har set meget positivt på det.*

**Læge:** *Det synes jeg faktisk ikke, at du gør*

**Bisidder:** *Ja, lige nu.*

**Læge (hæver stemmen):** *Du sidder og taler din far sygere og sygere i stedet for at hjælpe ham til at blive raskere.*

Lægen og de øvrige professionelle forventer, at bisidder bidrager til at fastholde et ressourcefokus under samtalen på hovedmødet. Hjælp borgeren 'til at blive raskere'! Bisidder bliver i denne samtale i øvrigt en dominerende aktør, der på farens vegne udfordrer teamet i en grad, så lægen hæver stemmen, og hvor hovedmødet kontekstualiseres meget konfliktfyldt og følelsesladet for borger.

## **Timeout**

I timeouten søger teamet at få be- og afkræftet deres individuelle vurderinger hos hinanden. Ser du det samme som jeg? Også vægtingen af særlige non-verbale ressourcer eller fysisk fremtoning, ud over det umiddelbare udseende, inddrages i vurderingen - fx hos en borger (A2) med 'svært reduceret arbejdsevne' og 'svær PTSD', hvis 'charme' bliver talt frem som en væsentlig ressource i timeouten, og en anden borger, hvis 'fantastiske udstråling'(B1) ser ud til at komme væsensforskelligt til udtryk som relevant samtalefokus i de forskellige møderum. Timeouten giver i begge tilfælde plads til at italesætte disse særlige ressourcer og skabe en fælles forståelse, der tillægger den ressourcestærke fremtræden en del betydning. Til gengæld ser det ud til, at hovedmødet ikke tillader denne italesættelse, og den skriftlige indstilling, der ligesom rehabiliteringsplanens forberedende del kan ses som en særlig (skriftlig) kommunikativ 'genre', ser heller ikke ud til at tillade 'charme' og 'udstråling' som formel begrundelse for at skrive ressourcer frem.

## **Forskellige blikke på problemer og ressourcer i samme sag i de forskellige samtalerum**

Der viser sig jævnligt at være stor forskel i ressourcefokus mellem de forskellige samtalerum. Ressourcer kan fx italesættes på for- og eftermødet, men være fraværende i mødet med borger. Allerede i rehabiliteringsplanens forberedende del (RFD) rammesættes et overordnet ressourcefokus i spørgeskemaet med den betydning, det formodes at få for den efterfølgende kontekstualisering af dialogen i de forskellige samtalerum, som omtalt i kapitel 4. 'Ønsker for fremtiden' og 'styrker' er udfyldt som skemarubrikker for mange - men ikke alle - sager. Borgers stemme skrives frem ud fra forskellig praksis, principper og grader af borgerinddragelse i RFD i sagsforløbene. Nogle gange skriver borger selv med 'egen stemme' - nogle gange fyldigt, andre gange sparsomt - nogle gange skriver sagsbehandler på borgers vegne, og nogle gange skrives sagsbehandlers og borgers forskellige perspektiver frem sideordnet.

Borgerens problemer og ressourcer bliver således både talt og skrevet frem uden om og med borger på meget forskellig vis i de forskellige kontekster. Det følgende eksempel illustrerer, hvordan en borger (A2) med langvarigt svært reduceret arbejdsevne og svær PTSD insisterer på sine problemers alvor som gensvar til teamets ressourcefokus. Men i timeouten mellem sagsbehandler og borger bliver samtalen til gengæld mere ressourceorienteret. Borgeren giver i timeouten selv udtryk for at sætte pris på (dele af) den ressourceorienterede anerkendelse fra teamets side under mødet tidligere og kontekstualiserer et ressourcefokus sammen med sagsbehandleren: (A2 fortsat)

**Sagsbehandler:** *Man kan ikke vide, man skal aldrig sige aldrig. Der er flere gode eksempler på nogen, hvor de tænker 'ahh'.*

**Borger:** *Men har du en succes?*

**Sagsbehandler:** *Ja, det har jeg.*

**Borger:** *Har du det?*

**Sagsbehandler:** *Ja.*

**Borger:** *Jamen, det er jo dejligt.*

**Sagsbehandler:** *Ja, det er dejligt, så det kan altså godt lade sig gøre.*

**Borger:** *Men det kan også være mig, der skal have lidt drømme, men hvad kan det hjælpe mig. Jamen det kan hjælpe mig med at gøre ting, når jeg har det dårligt, og så skal jeg nok selv gøre det, når jeg har det godt.*

Borgeren spørger næsten retorisk, hvad kan det hjælpe hende at have drømme og svarer i dialogen med sagsbehandleren helt i tråd med et overordnet ressourcefokus, at det kan hjælpe hende til at gøre ting, når hun har det dårligt. Denne kontekstualisering følger umiddelbart efter det afklarende spørgsmål om, hvorvidt sagsbehandler virkelig har eksempler på en succes, der i dialogens 'turtagning' forekommer særlig vigtigt: 'Men har du en succes? - ja, det har jeg - har du det? - ja - jamen, det er jo dejligt'. Som nævnt tidligere bliver dette ressourcefokus i timeouten kvalitativt anderledes end det ressourcefokus, der mobiliseres på hovedmødet, hvor det også er vigtigt i borgerens perspektiv at fastholde problemernes alvor.

**Italesættelse af formelle og uformelle ressourcer i forskellige møderum**  
'Charme' bliver som tidligere nævnt et vigtigt afsæt for at tale borgerens ressourcer frem (A2), også i lægens direkte italesættelse af borgerens ressourcer som begrundelse imod førtidspension. Men hvordan borgerens 'charme' kan forstås som ressource, kan ikke læses eksplicit i transskriptionerne. Om det er hendes udseende eller noget særligt, hun gør, som situerer og taler ressourcerne frem i de professionelle perspektiv, kan ikke bestemmes.

Der foregår såvel nonverbal, uformel 'tavs' (transskriptionen fanger den i hvert fald ikke) og verbal (transskriberet) interaktion, som altså italesættes forskelligt og tilsyneladende vægtes forskelligt på borgermøde og i timeout. På trods af borgerens store problemer og alvorlige somatiske og psykiske lidelse, rammer sætter det skriftlige indstillingsdokument en 'forsigtig' og 'åben' indstilling mod ressourceforløb.

I sagen med kvinden med den 'fantastiske udstråling' foregår en del ressource-



fokuseret omtale af borger – bl.a. uddannelsesmæssigt - på teamets formøde. Til gengæld er der intet ressourcefokus under samtalen med borgerne, hvorimod der i timeouten atter bliver etableret et ressourcefokus, idet der bl.a. netop bliver sat væsentligt fokus på 'udstråling' som stor borgerressource: (B1)

**Sagsbehandler:** *Sikke en udstråling, den kvinde havde.*

**Mødeleder:** *Ja, Hun var fantastisk.*

En mulig tolkning af diskrepansen mellem fraværende ressourcefokus i mødet og tydeligt ressourcefokus uden om borgeren, kan tage afsæt i, at de professionelle delvist forholder sig til en 'tavs', uformel ressource - den 'fantastiske' udstråling – hos borgeren: Teamet ønsker at sikre, at det ikke bare er udtryk for de enkelte teammedlemmers subjektive og idiosynkratiske blik på borgeren, men noget, der skal 'afstemmes' og forhandles på plads professionelt i fællesskab i timeouten. Det, der observeres, skal kontekstualiseres meningsfuldt, men kan alligevel ikke blive et legitimt grundlag for et formelt bidrag til indstillingen, fordi denne ressource ligger uden for det skriftlige indstillingsgrundlag. Her kan indstillingen således forstås som en særligt rammesat 'genre', hvor ikke alle ressourcer, som teamet får øje på, (legitimt) kan skrives frem.

En løbende kontekstualisering mellem samtaledeltagerne finder sted i de forskellige samtalerum, der, (som 'genrer'), jævnligt udfordres, genforhandles og (re)konstrueres. Ressourcefokus kommer ofte væsensforskelligt til udtryk med bidrag fra forskellige dominerende aktører, og hvor der altså også viser sig forskelle mellem formelle og uformelle ressourcer, som tales frem uden om borger, med efterfølgende indflydelse på grundlaget for den skriftlige indstilling.

#### **6.4. Udvalgte temaer fra de forskellige samtaleforløb**

Gråd, konflikt og forhandling om perspektiver og sandheder indgår som kommunikationsform i mødet mellem teamet og borgeren. I det følgende illustreres dette via en række eksempler.

##### **Koblinger mellem italesættelse af ressourcefokus og grådabilitet**

I flere sager ses eksempler på gråd eller grådabilitet, som kommer til udtryk i

forbindelse med, at ressourcer forsøges talt frem af de professionelle. Først et eksempel fra samtalen med en kvinde (den 'charmerende' borger). (A2)

**Mødeleder:** *Har du en drøm? Om et eller andet?*

**Borger:** *Nej, jeg tror drømme, de er sluttet.*

**Mødeleder:** *Er de det?*

**Borger:** *Ja.*

**Læge:** *Hvad har du så tidligere drømt om?*

**Borger:** *Det kan jeg ikke huske (grådlabil), undskyld.  
(...)*

**Mødeleder:** *Men har du fået lidt mere overskud i de der behandlinger til hende?*

**Borger:** *Ja, jo, jeg har i dag, jeg har fået mere overskud (græder).*

Teamets italesættelse af ressourcer, i dette konkrete tilfælde atter med drømme som omdrejningspunkt, ser jævnligt ud til at fremkalde gråd eller grådlabilitet hos borgeren. Om der er tale om forløsende gråd eller udtryk for en følelse af fortvivlelse, sorg eller frustration, kan ikke afgøres. Men at der sker en kontekstualisering af ressource-perspektiver under indflydelse af tårer og stærke følelser i en del af sagerne, er tydeligt.

Endnu et eksempel på kontekstualisering af ressourcer koblet til gråd fremgår af denne samtale med en kvinde. (A7)

**Læge:** *Ja, men, men vi har også snakket om, at vi synes, at vi kan se, at du har masser af ressourcer, og at vi bestemt tænker, at du har en hel masse, og jeg tænker ikke, at det, du ligger ikke umiddelbart i den tunge ende, når vi sådan kigger på dine papirer. Så det skal du også vide, når du går herfra, at vi ser noget i dig.*

**Borger** (taler meget lavt): Tak.

**Læge** (ler forlegent): Øh og for og den er nok rigtig vigtig for dig at have med også, og at det er et samarbejde med den mentor, og selvfølgelig skal du blive god til at sige også, at det her var måske lige for meget. Og mentoren skal hjælpe dig med at fornemme, hvor er du henne, fordi det gør ikke noget at sige, det der det var for meget, fordi altså det andet du så stadigvæk kan, kan bruges til rigtig meget.

**Borger**: Ja.

**Læge**: Så det er også en proces, at man sammen med mentoren skal hjælpe dig med.

**Borger**: Ja (gråd i stemmen).

Lægen positioneres som dominerende aktør, og det er ikke entydigt, hvilken kvalitet gråden i stemmen kan tillægges. Forløsning, fortvivelse, sorg, frustration - eller en kombination? Overordnet melder spørgsmålet sig, om borgeren i denne situation oplever anerkendelse eller krænkelse (Honneth 2006)?

Et tredje og sidste eksempel med en kvinde, hvor gråden er i spil, følger her. (B12)

**Mødeleder**: (...) Altså sådan som det ser ud nu, så vil jeg ikke kunne indstille til et fleksjob, jeg vurderer ikke på nuværende tidspunkt [x] er berettiget til fleksjob.

**Bisidder**: Hvorfor ikke?

**Mødeleder**: Øhm, fordi at jeg ikke syne,s at det her forløb på udtømningsvis med sikkerhed kan sige, at det er udtryk for den varige arbejdsevne som du har.

**Borger**: (græder).

**Mødeleder**: Jeg tænker, at der kunne være andre muligheder for at forbedre din

*arbejdsevne udover det, der er foregået indtil nu.*

**Borger:** *(græder).*

**Bisidder:** *Psykiateren siger, at den er varigt nedsat, og sådan er det.*

**Borger:** *(hulkende gråd).*

**Bisidder:** *(sukker højt).*

**Mødeleder:** *Ja, det, det jeg tænker, det er, at der ligesom er to muligheder. Det er, at der er et ressourceforløb, som fortsætter, og skulle der være den mulighed for revalidering, men det er jeg lidt i tvivl om.*

**Sagsbehandler:** *Vi er jo slet ikke derude, fordi så havde vi jo forlænget den på det, tænker jeg.*

**Borger:** *(grædende forsæt).*

**Sagsbehandler:** *Vi har jo sidestillet det her forløb.*

**Mødeleder:** *Men, øh, det er spørgsmålet, om vi bare skal slutte mødet nu? Hvis du ikke.*

Dette bliver et eksempel på et møde, der i borgerens perspektiv, sekunderet af bisidder, givetvis opleves som krænkende. Information til borger på mødet om, at teamet ikke vurderer, at arbejdsevnen er varigt nedsat, er åbenbart i konflikt med den eksterne lægefagligheds (psykiaterens) vurdering. Dermed bliver dette møde også et tydeligt eksempel på en dilemmafyldt samtalsituation, hvor teamet og borgerens perspektiv på borgerens ressourcer står i et modsætningsforhold.

### **Konfliktfyldt kontekstualisering af ressource- og problemfokus**

Her følger et eksempel, der viser en meget konfliktfyldt samtale. Optakten til denne sekvens har også været inddraget tidligere i kapitlet. Bisidder bliver en

dominerende aktør, og kontekstualiseringen sker ud fra meget divergerende perspektiver på, hvad de forskellige aktører mener at have sagt og forstået i forbindelse med borgerens ressourcer og sygdom. Borger er en mand i 50'erne, hvis søn deltager som bisidder. (A12 fortsat)

**Læge (hæver stemmen):** *Du sidder og taler din far sygere og sygere i stedet for at hjælpe ham til at blive raskere.*

**Borger:** *Men det gør han også.*

**Læge:** *Du holder ham fast i denne situation, med det du gør.*

**Borger:** *Ved du hvad, det gider jeg ikke høre på.*

**Bisidder:** *Vi har hjulpet ham så meget.*

**Borger:** *Derhjemme, han har hjulpet mig.*

**Mødeleder:** *Nej, jeg tror lige, vi skal lande nu her.*

**Bisidder:** *Ja, det er.*

**Mødeleder:** *Nej, nej, vi skal.*

**Borger:** *Hvis I sender en som mig på arbejde, så gider jeg ikke mere, så er det slut.*

**Sagsbehandler:** *Men prøv og hør.*

**Mødeleder:** *Men må jeg ikke lige prøve og tale færdig.*

**Borger:** *(grådlabil) I sender mig på arbejde.  
(...)*

**Sundhedsfaglig:** *(...) hvis vi siger ja til en førtidspension, så er det at opgive,*

*hvor vi faktisk ser, at der kan være muligheder, som vi gerne vil undersøge, om der er muligheder for, at din far kan få det bedre med noget indsats på en eller anden måde. Det er netop ikke for at opgive, at vi gør det, vi gør.*

**Bisidder:** *Hvis du hører mig ret, fordi jeg sagde også, jeg vil gerne have at min far får det godt, og han vil også have, at han får det godt. Så jeg sagde ikke, at jeg vil have, at I giver ham førtidspension, jeg vil bare ikke have, at han bliver kastet ud i systemet, og sagt med det, at du siger, at vi ikke passer på ham.*

**Læge:** *Det sagde jeg ikke.*

**Bisidder:** *Jamen, det var det, du sagde lige før.*

**Borger:** *Det er min familie, der passer på mig, og derfor lever jeg i dag, fordi min familie passer mig rigtig godt. Altså det vil jeg ikke høre, det vil jeg slet ikke høre om.*

Udover at et eksempel på grådlabilitet endnu en gang kontekstualiseres i dette samtaleforløb, ser vi også, at bisidder bliver en meget dominerende aktør på borgers (sin fars) vegne. Hvad der siges, hvad der høres, og hvad der tolkes, kontekstualiseres i forskellige (uventede) retninger. Der findes i øvrigt flere interessante eksempler på dette i dette samtaleforløbs samlede transskription. I nærværende passage siger bisidder bl.a. til lægen 'du siger, at vi ikke passer på ham', hvortil lægen replicerer, at det sagde han ikke, men bisidder insisterer - 'jamen, det var det, du sagde lige før'.

Som det kan ses i transskriptionseksemplet, har lægen hævet sin stemme og sagt - 'du sidder og taler din far sygere og sygere i stedet for at hjælpe ham til at blive raskere'. Kommunikationen 'uden om' ordene, fx betoning, prosodi, kropssprog og de øvrige non-verbale samtaleelementer, i dette tilfælde bl.a. den hævede stemme, bliver selvfølgelig vigtige, betydningsskabende elementer i kontekstualiseringen af dialogen. Bisidder og læge bidrager begge med vigtige og meningsfulde bidrag til den samlede kontekstualisering, men de taler samtidig forbi hinanden, og konflikten mellem team og borger og bisidder bliver ikke trappet ned i løbet af dette møde.

Samtaleforløb konstrueres på baggrund af verbale såvel som nonverbale elementer, hvor fx en hævet stemme og en bebrejdende tone kan blive lige så afgørende for en dialogs videre forløb som ordvalg, ressourcefokus og 'samtaleteknologi' i øvrigt.

Endelig er udsagnet knyttet til at tale 'din far sygere og sygere' endnu en interessant og helt central pointe i et ressourceorienteret og løsningsfokuseret perspektiv. Samtalen, dialogen og dens fokus er 'virkelighedsskabende': Vi kan – helt konkret – tale hinanden syge eller raske. Derfor skal dialogen også, ifølge lægen og teamet her på dette møderums særlige præmisser, tage form som en ressourceorienteret, 'sundhedsskabende' samtale.

### **Tværfaglig turtagning om alternative behandlingsformer**

I en vis forstand udfordres den traditionelle, (logisk positivistiske), lægevidenskabelige tænkning her. Det findes der flere eksempler på. Et afsluttende eksempel på dette, omend fra en lidt anden vinkel, følger her. Der er i dette tilfælde tale om en sag, hvor borger havde en ubrudt tilknytning til arbejdsmarkedet indtil for to år siden. Derefter kronisk smerteforløb:(B2)

**Læge:** *"(...) så tænker jeg jo lidt, at for din egen skyld, at du skulle overveje at arbejde med noget yoga, meditation og alle de her ting, altså afspændingsøvelser og så videre."*

(...)

**Mødeleder:** *"Lægevidenskabeligt om man så må sige, så har man jo konstateret, at mindfulness og yoga og smertehåndtering, at det er noget, som virker ift. håndspålæggelse og det, som du har læst om."*

Også teamets sundhedsperson italesætter mindfulness som mulighed, og borger bidrager med følgende perspektiv:

**Borger:** *"(...) jeg synes også det der mindfulness, det virker sikkert for nogen og så videre, men for mig er det hokus pokus, men hvis I mener, det skal til, så må vi jo gøre det. Altså men for mig er det total hokus pokus, og jeg har endda en kammerat og hans kæreste har haft yoga, så jeg ved faktisk godt om yoga, men*

*jeg har ikke set nogle rigtige videnskabelige beviser på, at det virker.”*

Ligeledes er dette et eksempel på borgerens ’medicinske’ perspektiv(!), der udfordres af mødelederens og sidenhen lægens bud på relationelle behandlingsmuligheder (psykolog/coaching). Lægen vælger sent i samtalen at vende tilbage til en medicinsk diskurs/behandlingsmulighed: Han nævner et særligt stof, som ikke er afprøvet på smerteklinik, og som er et forsøg værd, også i forhold til, at borger udtrykker stor bekymring for afhængighed af morfin og lignende præparater.

Der ses vedvarende tværfaglige bestræbelser på at forstå borgeren bedst muligt – for at kunne skabe grundlag for en kvalificeret indstilling. Samtidig foregår en stille værdikamp på behandlingsformer. Da mødelederen på et tidspunkt foreslår flexjob, afviser borgeren dette. Og en længere dialog mellem teamet og den (efterhånden frustrerede) borger udspiller sig:

**Borger (til ML):** *Jeg synes, det er skræmmende, at du kan sige samtaler med en psykolog, altså jeg har ikke noget psykisk problem.*

**Mødeleder:** *Nej, nu taler jeg om samtaler med psykolog med henblik på at få nogle værktøjer til at prøve og se, om man kan håndtere tingene på en anden måde, altså smerterne på en anden måde, ikke problemer.*

**Borger:** *Nå nå.*

Borgeren repræsenterer vedvarende en markant, reflekteret og kritisk stemme. Han positioneres som dominerende aktør undervejs, der udfordrer teamet, men samtaleforløbet kontekstualiseres med en rimelig konsensus mellem borger og læge om, at det er vigtigt ’at holde sig i gang’, og at være motiveret til at prøve ’hvad der er at prøve’. En mulig tolkning er, at borgeren føler sig presset på dette tidspunkt. Han ved, at en af møderummets præmisser er, at man skal forholde sig ressourceorienteret og give udtryk for motivation.

Sidste del af mødet er kraftigt rammesat af mødeleder, der blandt andet karakteriserer borgeren som ’selvstyrende’, og flexjob foreslås som mulighed, hvilket afvises og begrundes af borger. Samtaleforløbet er alt i alt udtryk for, at borge-



rens perspektiver kommer tydeligt på banen og i nogen grad også skrives frem i indstillingen.

Dermed bliver denne sag også et eksempel på, at selv meget divergerende perspektiver på problemer, behandlings- og handlemuligheder forhandles, og ressourcer kan kvalificeres og kontekstualiseres meningsfuldt frem mod en indstilling.

## **6.5. Opsummering**

Den udviklings- og ressourcefokuserede tilgang afspejles i teamets samtaleteknologi via en løsningsfokuseret spørgeteknik, hvor der spørges til drømme, håb, fremtidsvisioner, og hvor der i visse situationer stilles såkaldte mirakel-spørgsmål. Samtaleteknologien er ligeledes præget af en mål- og progressionsorienteret tilgang, hvor indsætter tales frem som små og store mål, der via (små) skridt kan bringe borgeren nærmere arbejde eller uddannelse. Mødeleder og læge er gennemgående dominerende aktører i samtalen, ligesom borger og bisidder i visse sager indtager en dominerende aktørposition. Hvordan og i hvor høj grad borger får mulighed for at positioneres som ekspert på eget liv, og i forhold til løsninger på problemer, bliver også et vigtigt tema i denne forbindelse. Kommunikationsformerne er endvidere præget af de forskellige samtalerum, hvor formøde og timeout er karakteriseret ved en form for ”back stage”-kommunikationsform, hvor teamet taler om borgerne og lader mere normative og subjektive vurderinger få spillerum samt taktiske overvejelser om, hvordan samtalen kan struktureres og styres. I mødet med borgeren ses varierende kommunikationsformer, hvor der spørges til problemer og ressourcer, udtrykkes anerkendelse, men også til tider afvisning af borgerens subjektive oplevelser, erfaringer og vurderinger. I visse sager opstår konfliktfyldte situationer, hvor stemmen hæves, eller hvor borger forlader mødet. Der er sager, som involverer borgere, der enten er eller bliver grådlabile eller græder åbenlyst, men hvor det er vanskeligt at tolke, hvorvidt dette er et udtryk for, at borgeren oplever anerkendelse eller krænkelse.

## 7. Dilemmaer, udfordringer og handlemuligheder

I dette kapitel diskuteres undersøgelsens resultater i lyset af en række dilemmaer og udfordringer for rehabiliteringsteamets møde med borgerne og indstillingen til et ressourceforløb. Formålet er, at åbne for faglig refleksion over de handlemuligheder, som teamet og borgeren har i det (forhandlings)rum, hvor teamet vurderer, at borgeren indstilles til et ressourceforløb, og hvor indsatserne i forløbet drøftes og til dels fastlægges.

Temaerne, vi tager op, er koblet til både de nære handlerum i aktørernes hverdagspraksis og til videre samfundsmæssige rammer og perspektiver for den beskæftigelsesrettede rehabilitering af mennesker med komplekse problemer.

### Systematisk sagsarbejde

Rammerne for mødet med borgerne er fastlagt via lovgivning, processtyringsredskaber udarbejdet af STAR, kommunernes organisering af mødernes tidsramme og de deltagende aktørers konkrete organisering af mødernes struktur. Rehabiliteringsplanens forberedende del og møderne har et bestemt sigte, nemlig at lede hen mod, at der træffes beslutning om at indstille til en af de i lovgivningen bestemte indsatsformer. Samtidig er der et handlerum, hvor den konkrete praksis kan tilrettelægges med en større eller mindre grad af systematik i sagsarbejde og borgerinddragelse. I det følgende vil vi pege på en række af de udfordringer, som tegner sig i den konkrete praksis i de to kommuner.

- Tidsrammen for møderne har betydning for det rum, der er for en systematisk gennemgang af sagens indhold i en dialog med borgeren, og for at borgeren kan komme til orde. En tidsramme på 30 min. i kommune B skaber et mere lukket forhandlingsrum, og der er mindre tid til at lytte til borgerens udsagn på grund af tidspres.
- Når formøderne anvendes til at træffe forudgående beslutning om at indstille til et ressourceforløb, skabes der potentielt en lukkethed i dialogen med borgeren. Samtalen drejes i retningen af at afklare indholdet i ressourceforløbet og i mindre grad mod at lytte til borgerens egne fortællinger, erfaringer og vurderinger.

- Formøderne kan potentielt anvendes til en systematisk gennemgang af sagens indhold, og hvor det drøftes, hvilke temaer teamet ønsker borgerens udsagn og vurderinger af. Der er stor variation i, hvor systematisk sagerne behandles: fra en meningsfuld systematik med afsæt i de skriftlige dokumenter til et mere ensidigt fokus på udvalgte dele af sagens indhold. Der kan peges på behovet for en klar mødeledelse, som kan styre indholdet på formødet, og at deltagerne i teamet er forberedte og fagligt funderet i deres argumentation.
- På formøderne fortolkes og forhandles de deltagende aktørers perspektiver på borgerens sag. Teamets medlemmer konstituerer potentielt et særligt perspektiv på borgeren forud for mødet med personen. Formøderne er indholdsmæssigt meget forskellige, fra saglige og fagligt begrundede udsagn til small talk og mere fordomsfulde udtalelser om den pågældende borgers liv og tilstand. Den kultur, der skabes i dette ”backstage” samtalerum kan få konsekvenser for teamets vurdering af borgeren. En normativ dialog vil sandsynligvis påvirke teamets medlemmer i deres vurdering af borgeren, og der kan være en risiko for manglende borgerinddragelse, og at borgerens perspektiver, som ekspert på eget liv, ikke mødes med tilstrækkelig nysgerrighed og lydhørhed. Igen kan der peges på behovet for mødeledelse, og at teamets medlemmer forholder sig fagligt begrundet til sagens indhold, er åbne og lyttende til borgerens perspektiver og fortællinger.
- I teamets dialog med borgeren synes bestemte temaer at blive prioriteret frem for andre. Der er fokus på borgerens motivation, mestringsevne i hverdagslivet og håbet om et bedre helbred. Derimod synes temaer som erhvervs erfaring og borgerens økonomiske situation at blive udgrænset. Det til trods for, at hovedparten af borgerne har erfaringer fra tidligere jobs, som kunne bringes frem i samtalen og vurderingen af de skånehensyn, der skal tages i en arbejdssituation (fx i forhold til det kollegiale fællesskab, at arbejde på egen hånd, at have faste rutiner, at have afvekslende opgaver, at være kreativ/skabende). Ud fra de skriftlige dokumenter kan vi se, at hovedparten af borgerne angiver, at de har økonomiske problemer, men emnet behandles ikke af teamet. En mulig tolkning kan være, at teamet oplever, at det ligger uden for deres handlerum. Men for borgeren kan det at få bistand, til at få

styr på sin økonomiske situation, være væsentligt som led i en udviklingsproces. Økonomisk rådgivning kan derfor indgå som en indsats i ressourceforløbet.

### **En rehabiliterende tilgang?**

Med førtidspension- og fleksjobreformen blev rehabiliteringsbegrebet introduceret i beskæftigelsesindsatsen via rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteam (Bonfils 2013). Indsatsformens ressourceforløb bygger på den rehabiliterende tilgang med vægt på en længerevarende, tværfaglig, koordineret og helhedsorienteret indsats (Caswell og Dall 2013). Nærværende undersøgelse viser, at rehabiliteringsplanen og rehabiliteringsteamet har fokus på borgerens ressourcer og de potentialer, der er for borgerens udvikling. Men samtidig tenderer både det skriftlige materiales indhold og samtalen mod en fokusering på individet, i forståelsen borgerens helbred, motivation og mestringsevne. Der er en tendens til en individualisering af borgerens problemkompleks, og at løsningen på borgerens situation skal findes i en forandring af individet. Fx ved at borgerens helbred forbedres eller/og, at borgeren bliver bedre til at mestre sin sygdom, funktionsnedsættelse og øvrige problemer. Herved overses, hvordan kontekstfaktorer har indflydelse på borgerens funktionsevne og arbejdsevne. I et rehabiliterende perspektiv kan man tale om, at rehabiliteringsteamet tenderer mod en biomedicinsk forståelse af funktionsevne og funktionsbegrænsninger, idet de primært lægger op til indsatser, som har til hensigt at ændre på tilstanden hos den enkelte borger (Møller 2011).

Inden for rehabiliteringsområdet tales der typisk om, at forstå borgerens funktionsevne i lyset af en bio-psyko-social model. Det vil sige, at borgerens funktionsevne og arbejdsevne skal forstås som et komplekst samspil mellem borgerens helbredstilstand, psykologiske og sociale forhold i relation til de givne samfundsmæssige, kontekstuelle rammer, hvori borgeren lever. Kontekstfaktorer kan være lige fra de fysiske rammer, man lever i, til holdninger og normer i samfundet, politiske og lovgivningsmæssige rammer og vilkår, organisatoriske forhold omkring de behandlende, rehabiliterende og kompenserende foranstaltninger, såvel som de professionelle tilgang, metoder samt syn på borgeren. I det følgende vil vi pege på en række af de kontekstfaktorer, som med fordel kunne inddrages i en analyse og vurdering af borgerens funktionsevne, arbejdsevne,

ressourcer og udviklingspotentialer, set i et relationelt, rehabiliterende perspektiv.

- Strukturelle og samfundsmæssige faktorer har betydning for borgere med komplekse problemer og deres muligheder for beskæftigelse eller uddannelse. Arbejdsmarkedets indretning i Danmark levner generelt lidt plads til ufaglært arbejdskraft, og mulighederne for deltidsjob er igennem tiden reduceret. Konjunkturer har ligeledes betydning for beskæftigelsesgraden blandt borgere med funktionsnedsættelse (Larsen og Høglund 2015). Andre samfundsmæssige faktorer er holdninger i samfundet til mennesker med komplekse problemer, herunder sygdom og funktionsnedsættelse og virksomheders rummelighed ift. at ansætte borgere med nedsat arbejdsevne. Et større fokus på, hvorvidt og hvordan det omgivende miljø i form af arbejdspladser eller uddannelsesinstitutioners indretning påvirker de deltagende personers funktions- og arbejdsevne kan give en mere helhedsorienteret forståelse for borgerens situation. Indsatsformerne i et ressourceforløb kan rette sig mod at tilpasse det omgivende miljø – arbejdspladser eller uddannelsesinstitutioner – så den enkelte borgers funktions- og arbejdsevne forbedres ad denne vej.
- Lovgivningsmæssigt eksisterer der en lang række muligheder for at tilbyde støtte og kompensation til mennesker med funktionsnedsættelse, herunder mennesker med nedsat arbejdsevne. Ressourceforløb er en indsatsform, hvor behandling, sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser kan bringes i anvendelse. For at kunne udnytte de mange muligheder, er der behov for, at fagpersonerne har kendskab til de lovgivningsmæssige muligheder på tværs af sektorer og til de forskellige indsatsformer, samt at de udnytter disse (Amby 2014, KL 2016). På samme vis er der behov for et øget fokus på, hvorvidt jobcentrene anvender virksomme metoder i deres indsats for at støtte udsatte borgere i at komme i beskæftigelse. Forskningen viser, at metoderne ”Supported Employment” (SE) og ”Individuel planlagt job med støtte” (IPS) er effektive metoder i forhold til at bringe mennesker med funktionsnedsættelse i arbejde. Førstnævnte retter sig særligt mod mennesker med kognitive og fysiske funktionsnedsættelser, hvor sidstnævnte retter sig mod borgere med psykiske lidelser (OECD 2013, Larsen og Høglund 2014, [91](http://vidensportal.dk/handicap/Handicap-og-beskaeftigelse/indsat-</a></li></ul></div><div data-bbox=)

ser/Supported%20Employment 24. august 2016 ). Disse grupper udgør en væsentlig andel af de borgere, som tilkendes ressourceforløb (Toft 2016).

De ovennævnte metoder (SE og IPS) bygger på en tilgang, hvor jobkonsulenten både fungerer som sagsbehandler, virksomhedskonsulent og mentor. Herved understøttes en koordineret og helhedsorienteret indsats, hvor antallet af fagpersoner, som borgeren er i kontakt med begrænses. Jobkonsulenten arbejder ud fra empowerment-orienterede, rehabiliterende og kompenserende tilgange og strategier, hvor borgerens præferencer og valg er styrende for indsatsen. Inden for rehabiliteringsområdet beskrives den professionelle tilgang til borgeren som et skifte fra en rolle som ekspert og initiativtager, til en rolle hvor man arbejder faciliterende, coachende og som partnere i borgerens liv og understøtter borgerens egne valg og holdninger til, hvad der er meningsfulde indsatser og et meningsfuldt liv (Rehabiliteringsforum Danmark 2004). Rehabiliteringsteamet kan i deres tilgang til borgeren bidrage til at understøtte borgerens egne vurderinger og valg af de indsatsformer, som er meningsfulde for borgeren.

### **Anerkendelse eller krænkelser**

I det følgende fokuserer vi på, hvordan brugen af den ressourceorienterede tilgang som samtaleteknologi skaber et dilemma omkring de positioner, sygdoms- og sundhedsidentiteter og ressourcer, som tales frem i de forskellige samtalerum. Den ressourceorienterede og løsningsfokuserede tilgang kan både være inspirerende, kvalificerende og udviklende for borgeren. Men som samtaleteknologi kan den også opleves som krænkende. Fraværet af et ressourcefokus i dialogen med borger kan i visse tilfælde være udtryk for anerkendelse af - og respekt for - borgerens alvorlige problemer, idet et insisterende ressourcefokus netop kan risikere at underkende og i værste fald krænke borgerperspektivet på problemernes alvor. Rehabiliteringsteamets samtale med borgeren foregår i en magtfuldt kontekst, hvor borgerens fremtidige forsørgelsesgrundlag og position på arbejdsmarkedet afgøres. Den løsnings- og ressourceorienterede samtale er bl.a. udviklet i psykoterapeutiske sammenhænge og benyttes her som en metode til fremadrettet problemløsning i samarbejde med borgere med komplekse problemer. Et af de principper, der gælder for at arbejde etisk forsvarligt med en løsnings- og ressourceorienteret tilgang er, at borgeren respekteres, behandles og anerkendes som 'ekspert på eget liv'. Netop dette fremstår til tider problema-

tisk i teamets samtaler, hvorved den løsnings- og ressourcefokuserede tilgang risikerer at krænke borgerne, (helt imod de gode intentioner), hvis borgeren ikke i meget væsentlig grad inddrages, høres og får agens som ekspert på eget liv.

### **Afvigeridentiteter i rehabiliteringsteamets møderum**

I forlængelse af ovenstående vil vi afslutningsvis pege på, hvordan samfundsmæssige diskurser for borgernes adfærd, og sprogliggørelse af deres problemkompleks, synes at påvirke, hvorvidt teamet tillægger borgeren agens og dermed muligheden for, at borgeren får indflydelse på teamets vurdering af deres sag. Der er tale om samfundsmæssige normer for, hvilke klientkompetencer, som tillægges værdi, når man som borger navigerer i velfærdssystemet (Hjort 2015). I en artikel om klientkompetencer i sundhedsvæsenet beskriver Hjort de kompetencer, det fordrer af patienten/borgeren for at navigere i det moderne sundhedsvæsen. Vi mener, at der kan drages en række paralleller til de kompetencer, det fordrer af borgeren for at navigere i rehabiliteringsteamets samtalerum.

Borgernes affektive ressourcer har indflydelse herpå, hvor teamet synes at anerkende de borgere, som positionerer sig positivt i relationen til de professionelle og viser, at de har brug for hjælp - men også vilje til selvhjælp. Det kræver evne og vilje til selvindsigt og sproglige kompetencer at beskrive egne problemer, sygdom, funktionsbegrænsninger – uden hverken at ”under- eller overdrive”. Vi ser eksempler på, at teamet fx ved timeout kategoriserer borgeren som offer, når han eller hun har talt ”for meget” om sin sygdom og problemer og ikke har fokuseret på løsninger og muligheder. Borgeren skal vise, at de erkender egne behov og anerkender de professionelle indsats. Vi ser eksempler på dette, når borgerne italesætter, hvordan hjælp fra det offentlige har understøttet deres forandringsproces. For eksempel i form af behandling, bostøtte eller SKP, mentorstøtte, og teamet anerkender deres selvindsigt og erkendelse af behovet for hjælp.

Hjort peger også på, at dette kræver kognitive ressourcer. Borgeren skal kunne orientere sig og navigere i organisationens procedurer, forklare sig og forstå de professionelle forklaringer og holde styr på logistik og koordinering. Vi ser eksempler på dette, når borgeren er velforberedt og har kendskab til beskæftigelsesystemets rammer og regler og udviser forståelse for rehabiliteringsteamets mandat. Teamets anerkendelse af borgerens indsigt kommer som eksempel til

udtryk ved timeout, når de taler om, at borgerens forslag til skånehensyn i en jobsituation eller/og indsatser i et ressourceforløb er ”realistiske og meningsfulde”. Borgerens kognitive og sproglige kompetencer har betydning for deres muligheder for at positionere sig meningsfuldt og opnå anerkendelse fra teamet og dermed indflydelse på de vurderinger, som teamet når frem til.

I denne sammenhæng er det værd at nævne, at en del af de 25 borgere, som indgår i denne undersøgelse, kan have vanskeligt ved at leve op til disse forventninger, idet de netop synes påvirket af angst, krise, kan have nedsatte kognitive evner eller sproglige vanskeligheder. Borgerinddragelse er et væsentligt element i 2013 reformen, hvilket ses i både rehabiliteringsplanens forberedende del, hvor borgeren forventes at beskrive sine ressourcer og udfordringer, og i rehabiliteringsteamets dialog med borgeren på mødet. Borgerne har meget forskellige forudsætninger for at indgå i denne inddragelsesproces, og der kan være behov for et øget fokus på, hvordan borgere, som har svært ved at indfri de affektive og kognitive forventninger, kan få styrket deres deltagelsesposition.



## 8. Referencer

Amby, F. 2014. Målgruppen der forsvandt. En analyse af handicapområdets position i dansk beskæftigelsespolitik og betingelserne for, at ledige med handicap kan komme i ordinær beskæftigelse. Ph.d. afhandling. Februar 2014, CCWS, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet.

Bonfils, I. S. 2013. Rehabilitering – ét begreb, mange meninger. I Socialpolitik, nr.1. Tidsskrift for Socialpolitisk Forening, 6-11.

Bøjersson, E. B. 2016. Når brugerinddragelse er vanskelig. Social Kritik 45/2016: 17 – 25.

Carstens, A. 1998. Aktivering, klientsamtaler og socialpolitik. Hans Reitzels Forlag.

Caswell, D. og Dall, T. 2013. Team, tværfaglighed og timing – kan rehabiliteringsteamene leve op til forventningerne? I Socialpolitik, nr.1. Tidsskrift for Socialpolitisk Forening, 17-21.

Caswell, D., Dall, T. og Madsen, M. B. 2015. Social- og beskæftigelsespolitikken på vej ud af jernburet? Uden for Nummer, 30: 4- 13.

Cooperrider, D.L. og Srivastva, S. 1987. Appreciative inquiry in organizational life. I Woodman, R. W. og Pasmore, W.A. (eds) Research in Organizational Change And Development, Vol. 1 (129–169). Stamford, CT: JAI Press.

De Jong, P. og Insoo K. B. 2006. Løsningsfokuserede samtaler. Hans Reitzels forlag.

Djurhuus, L. 2013. Skriftlighed i socialt arbejde. I Posborg, Nørrelykke og Antczak: Socialrådgivning og socialt arbejde. En grundbog. 2. udgave. Socialpædagogisk Bibliotek. Hans Reitzels Forlag. 269-311.

Glerup Aner, L. og Nedergård, L. 2016. Vidensanvendelse og argumentation i rehabiliteringsteam. Uden for Nummer, 32, 2016.

Goffman, E. 1959. The presentation of self in everyday life. New York, NY: Anchor Books Dansk udgave (2014): Hverdagslivets rollespil. Samfundslitteratur.

Goffman, E. 2009. Stigma. Samfundslitteratur.

Honneth, A. 2006. Kamp om anerkendelse. Gyldendal akademisk.

Høybye-Mortensen, M. 2013. I velfærdsstatens frontlinje. Administration, metoder og beslutningstagning. Hans Reitzels Forlag.

Kommunernes Landsforening. 2016. Jobcentrenes erfaringer med ressourceforløb. KL-undersøgelse af ressourceforløb 2016.

Larsen, M. R. og Høgelund, J. 2014. Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Larsen, M. R. og Høgelund, J. 2015. Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002-2014. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Mehlsen, L., Holt, H., Bjerregaard Bach, H. og Thörnfeldt, C. 2015. Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer. SFI. Det Nationale Forskningscenter for velfærd. 15:39.

M-Ploy. 2013. Status på kommunernes implementering af førtids- og fleksjobformen. Evaluering.

Møller, M. L. 2011. Intervention, en mulighed for forandring. I Hjortbak m.fl. (red.) Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark.

New Insight A/S 2012: Litteraturreview ifm. BeskæftigelsesIndikatorProjektet. September 2012. Væksthuset.

OECD. 2013. Mental Health and Work: Denmark. OECD Publishing, 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.

Scheuer, J. 2005. Indgange til samtaler. Samtaleanalyse som konversationsanalyse, dialogisme og kritisk diskursanalyse. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag. København.

Toft, L. V. 2016: Hvad kendetegner personer visiteret til ressourceforløb? KL Analysenotat.

Institut for Socialt Arbejde  
PROFESSIONSHØJSKOLEN

**METROPOL**

ISSN: 1397-7725

