



Syge og ledige borgeres handlerum i beskæftigelses- og sundhedssektoren - anvisninger for det sociale arbejde:

En kvalitativ interviewundersøgelse fra et
borgerperspektiv

Udarbejdet af:

Marie-Louise Hjuler Tamsmark, studienr.: 20151979

Annemone Kristine Stenholt Johansen (Stine Stenholt Juul), studienr.: 20151950

Fie Maria Bondesen, studienr.: 20141770

Vejleder: Morten Frederiksen

August 2017, M4 - Speciale København, Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg
Universitet

Abstract

The extent of action of ill and unemployed citizens within the employment sector and health sector - directions for social work: A qualitative interview study based on the perspective of the citizens

Introduction

This study explored ill and unemployed citizens' experiences of action in relation to the employment sector and health sector, and how this can contribute knowledge in order to develop opportunity for these citizens within welfare institutions.

Based on the citizens' experiences, the purpose of this study is to develop a theoretic model explaining the way ill and unemployed citizens take action in relation to their process. Based on the model, the study aimed to provide directions for social work in order to promote the extent of action of ill and unemployed citizens.

Materials and methods

The study was conducted using the qualitative method Grounded Theory and semistructured interviews dealing with 11 participant's experiences of action in relation to the employment sector and health sector. Participants were recruited through job centres and private actors from the employment sector within four municipalities of Zealand. Three eligible participants cancelled. The participants widely represented gender, marital status, social background and living conditions in relation to the employment sector and health sector.

Results

The actions of ill and unemployed citizens are divided into three types of actors of action:

The compassionate actor takes action on a continuum of trust to impotence with the intention to adapt to its process by giving consent to or accepting the process.

The initiating actor takes action on a continuum of agreement to self-responsibility with the intention of shaping its process by joining or affecting the process.

The fending actor takes action on a continuum of distrust to disagreement with the intention of controlling its process by changing or opposing the process.

The analysis shows that from the perspective of the citizens, promotion of the actions of The initiating actor in the welfare institutions is beneficial for gaining the citizens' ownership and influence in relation to their process.

The model of action explains the relationship between the actors of action and four spheres of experiences that affect the actions of ill and unemployed citizens in process. The relation has led to four main findings in the study, which has given rise to the order of directions relating to promoting the extent of action of ill and unemployed citizens which are as follows:

- The welfare institutions must consider a starting point in the wishes of the ill and unemployed citizens
- The welfare institutions should provide help for the realization of the wishes of ill and unemployed citizens
- The welfare institutions must integrate an active effort to involve and support networks of the ill and unemployed citizens or must help establish a network

Conclusion

The citizens' experiences of the extent of their actions in the employment sector and the health sector can create basis for the development of social work by implementation of the model of action and by taking the citizen's wishes as a starting point for promoting the actions of The initiating actor. Furthermore the social work must provide help and strategically involve the network of the citizen.

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden februar til august 2017 og tager sit udgangspunkt i det sociale og sundhedsfaglige arbejde som krydsfelt. Interessen for sociale strukturer og individuel sårbarhed i dette krydsfelt og motivationen for at undersøge specialets problemstilling udspringer blandt andet af vores baggrund som henholdsvis socialrådgiver, sygeplejerske og fysioterapeut. Vores individuelle erfaringer med den professionsfaglige håndtering af problemstillinger i krydsfeltet har udgjort et spændende, alsidigt og berigende afsæt for specialet og ført til mange, lange erfaringsudvekslinger og drøftelser. Specialet er udarbejdet i fællesskab, og det har gennem processen været helt uundværligt at inspirere og sparre med hinanden.

Dette forord skal også benyttes til først og fremmest at rette en tak til de 11 informanterne, der har deltaget i undersøgelsen. Vi vil gerne takke for, at I åbent og ærligt har lukket os ind i såvel gode som svære dele af jeres liv. Tak for jeres tid, for jeres gæstfrihed og for hver jeres måde at være menneske på. Derudover også en tak til de personer, der har bistået os i at finde frem til informanterne. Uden jer alle havde gennemførelse af undersøgelsen og udarbejdelsen af dette speciale ikke været mulig.

Dernæst skal vores vejleder Morten Frederiksen også have en stor tak for kompetent, direkte, nysgerrig, medfølelse og til tider sarkastisk sparring og rådgivning. Vi ønsker, at du vil tage med dig videre, at din person og din vejledning gør en afgørende og motiverende forskel for os som studerende.

Sidst, men ikke mindst, fortjener vores familier en kæmpe tak for jeres tålmodighed og praktiske og mentale støtte og opbakning. Særligt i den intensive slutfase af specialet har I gjort, at vi har fået mulighed for at fordybe os med nogenlunde god samvittighed og følge undersøgelsen til dørs - og ikke har haft noget som helst andet for øje.

*“Det er ikke alt, der tæller, der tælles;
og det er ikke alt, der tælles, der tæller.”*

(Albert Einstein)

Indhold

1.0 Indledning.....	6
1.1 Problemfelt.....	7
1.1.1 Problem for den enkelte.....	8
1.1.2 Problem for samfundet	9
1.1.3 Borgernes handlerum.....	11
1.2 Problemformulering	14
1.3 Specialets opbygning.....	14
2.0 Metode	16
2.1 Litteratursøgning	16
2.2 Videnskabsteoretisk ståsted.....	16
2.1.1 Forforståelse.....	17
2.3 Grounded Theory	18
2.3.1 Dataindsamling.....	19
2.3.2 Semistruktureret interview	22
2.3.3 Databearbejdning.....	25
3.0 Analyse	29
3.1 Del 1: Den handlende aktør.....	30
3.1.1 Den eftergivende aktør.....	31
3.1.2 Den initierende aktør	35
3.1.3 Den afværgende aktør.....	39
3.1.4 Opsummering	43
3.2 Del 2: Oplevelsessfærer.....	44
3.2.1 Personlig sfære	45
3.2.2 Sektoriel sfære.....	52
3.2.3 Netværkssfære	66
3.2.4 Bureaukratisk sfære.....	74
3.3 Resultater	82

3.3.1 Syge og ledige borgeres handlerum	82
3.3.2 Hovedfund og anvisninger	87
4.0 Diskussion	89
4.1 Resultater	89
4.1.1 Den handlende aktør	89
4.1.2 Implikationer på mikroniveau	90
4.1.3 Implikationer på mesoniveau	93
4.1.4 Implikationer på makroniveau	100
4.1.5 Behov for yderligere forskning	104
4.2 Metode	105
4.2.1 Undersøgelsens gyldighed	105
4.2.2 Resultaternes pålidelighed	107
4.2.3 Bekræftbarhed af undersøgelsens resultater	107
4.2.4 Undersøgelsens overførbarhed	108
5.0 Konklusion	110
6.0 Litteraturliste	111
Bilag	116
Bilag 1: Søgestrategi	116
Bilag 2: Interviewguide	118
Bilag 3: Informationsbrev	121
Bilag 4: Samtykkeerklæring	122

1.0 Indledning

Dette speciales anliggende er at undersøge, hvordan det sociale arbejde i velfærdsstatens institutioner kan udvikles, således at syge og ledige borgeres handlerum fremmes. Hensigten er, at de opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren og kan udvikle deres liv i mere produktive og foretrukne retninger. Specialets metodiske tilgang bygger på Grounded Theory med henblik på at foretage konstruktiv og dynamisk analyse samt bidrage til udviklingen og kvalificeringen af en teoretisk model til socialt arbejdes analyser af syge og ledige borgeres handlinger.

Borgere defineres som såvel borgere i tilknytning til beskæftigelsessektoren og som patienter i tilknytning til sundhedssektoren.

De seneste år er krav om afbureaukratisering og reformering af den offentlige sektor fremført med fornyet styrke. Den overordnede hensigt er at sikre, at borgerne får øget ejerskab til og indflydelse på deres egen sags mål og indhold (Andersen, 2015b, s. 16). Undersøgelser viser imidlertid, at der stort set ikke er sket forbedringer i borgernes oplevelse af at blive inddraget, hørt og brugt som ressource i deres egne sagers behandling siden 1990'erne (Andersen, 2015a, s. 106). Samtidig er situationen for netop syge og ledige borgere fortsat en betydelig belastning for den enkelte og for samfundet. Derfor undersøges det gennem empirisk udforskning af syge og ledige borgers oplevelser af deres forløb, om og hvordan der kan skabes et handlerum for borgerne, og af hvad og hvordan det påvirkes i det sociale arbejde.

Handlerum defineres som relationen mellem handlinger og kontekst, der påvirker handlingerne. Muligheden for handling er en betingelse for at opnå øget ejerskab og indflydelse.

For at udvikle noget i en positiv retning, er det meningsfuldt at tale med de mennesker, som udviklingen berører. Inddrages borgerens perspektiv ikke, vil der alene kunne skabes en beskrivelse af, hvordan problemerne fremtræder for den, der beskriver. Derfor undersøges syge og ledige borgeres handlerum ud fra et borgerperspektiv. Inddragelse og privilegering af borgernes

perspektiver vil kunne skabe en dybde i forhold til analyse af handlinger og strukturelle funderinger. På den måde kan borgernes oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, som netop varetager syge og ledige borgeres forløb, give et kvalificeret bidrag til forståelsen af, hvad der påvirker deres handlinger.

Oplevelser defineres som det subjektive udtryk for, hvorfor mennesker føler, tænker og handler, som de gør (Guldager, 2014, s. 26).

Forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren defineres som samtaler, tilbud og afgørelser om forsørgelsesgrundlag efter beskæftigelsesloven i beskæftigelsessektoren og af udredning, behandling og opfølgning i sundhedssektoren.

Der er et fokus på, at borgerperspektivet er så godt som fraværende inden for socialt arbejde, såvel inden for forskning, teorier om socialt arbejde, praksisfelter og udvikling heri, socialpolitik og uddannelser af professioner i området. En tilføjelse hertil er, at særligt udsatte borgere ofte har svært ved at kommunikere med det sociale system, hvilket medfører et behov for viden om, hvordan disse borgere oplever egne problemstillinger (Andersen, 2015a, s. 107), og samtidig hvordan det sikres, at borgerne ikke alene gøres ansvarlig for deres problemstillinger, således at det sociale sikkerhedsnet forbliver intakt. Derfor synes det relevant at undersøge emnet ud fra borgerperspektiv, da en sådan viden kan bidrage til et mere helhedspræget billede af syge og ledige borgeres problemstilling.

På baggrund af borgernes oplevelser er formålet med specialet at generere en teoretisk model, som kan forklare syge og ledige borgeres handlinger i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, med mål om at udstikke anvisninger for det sociale arbejde med henblik på at fremme syge og ledige borgeres handlerum.

1.1 Problemfelt

I dette afsnit beskrives problemfeltet indledningsvist ud fra, hvordan sygdom og ledighed udgør et problem for den enkelte, og dernæst hvordan det udgør et problem for samfundet. Afslutningsvist

skitseres et billede af, hvad der i dag danner ramme for borgernes handlerum. Beskrivelsen af problemfeltet udgør dermed en naturlig afgrænsning til andre relevante aspekter af problemstillingen, som relaterer sig til syge og ledige borgere.

1.1.1 Problem for den enkelte

Syge og ledige borgere udgør en mangfoldig gruppe med hensyn til eksempelvis alder, køn samt uddannelses- og erhvervmæssig baggrund. Undersøgelsens interesse er at forstå og forklare syge og ledige borgeres handlinger med fokus på andre aspekter end deres baggrund.

Sygdom og ledighed er en dobbeltproblematik, som kan berøre flere forskellige aspekter af den enkelte borgers liv. Sygdom kan ofte være en begrænsning for den enkelte for at udfolde sig på en ønskværdig måde og leve med en høj grad af livskvalitet (Jørgensen, 2016, s. 87). Forskning viser, at et godt helbred er afgørende for en persons mulighed for at være en del af det samfundsmæssige fællesskab. Jo dårligere helbred, desto sværere er det både at passe et arbejde og deltage i sociale aktiviteter (Nørup, 2016). Sygdom kan derudover påvirke den enkelte borgers fysiske og psykiske ressourcer, selvbillede, ønsker og fremtidsplaner og ofte have konsekvenser for borgerens personlige netværk. I en bredere samfundsmæssig sammenhæng synes solidariteten med mennesker i udsatte positioner samtidig at vige for det individuelle ansvar for eget liv (Andersen, 2015a, s. 105ff), hvilket kan medføre, at den syge og ledige borger lades alene med sine problematikker, og som kan vanskeliggøre deres deltagelse i fællesskabet yderligere.

Ifølge en kortlægning af ledige borgere synes der at være en synergi mellem sygdom og ledighed (Kudahl, 2013). Ledige borgere oplever i højere grad sygdom, udsættes i højere grad for sundhedsmæssige risikofaktorer og dør tidligere end borgere i arbejde. Det gælder særligt for de borgere, der også har andre sociale problemer end ledighed. Omvendt er sygdom som nævnt en betydelig belastning for den enkelte. Sygdom udgør en risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet, og der er ofte behov for støtte til, at sygdom ikke står afgørende i vejen for et fortsat arbejdsliv (Københavns Kommune, 2010, s. 4).

Ledighed kan i sig selv medføre økonomisk utryghed, som har betydning for trivsel og deltagelse, nederlag i forhold til tab af arbejdsidentitet, frygt for tab af kvalifikationer og savn af daglig social kontakt med kollegaer. Udover denne arbejdsmarkedsmarginalisering er ledige borgere yderligere i risiko for at marginaliseres socialt (Andersen, 2015, s. 98).

Med disse problemstillinger, som sygdom og ledighed kan medføre for den enkelte, må det formodes, at deres handlerum i relation til at opnå øget ejerskab og indflydelse i deres forløb kan være reduceret. Det kan betyde, at syge og ledige borgere er en gruppe, som har et graverende behov for hjælp og støtte, og denne hjælp og støtte må givetvis rette sig mod alle de aspekter af borgerens liv, som er under påvirkning af borgerens sygdom og ledighed.

I det sociale arbejde med syge og ledige borgere er der kommet et skærpet fokus på det ansvarlige, selvforsørgende og lønarbejdende menneske. Denne fremadskridende ansvarliggørelse af sociale og sundhedsmæssige problemer kan medføre, at ledighed, social marginalisering og visse former for somatiske og psykiske lidelser gøres til den enkeltes eget problem (Andersen, 2015a, s. 105ff), hvor den enkeltes personlige netværk kan få en afgørende funktion i at løfte dette ansvar. Endvidere kan der argumenteres for, at der er kommet et mere epikursk menneskesyn, hvor borgeren betragtes som egoistisk, selvcentreret og beregnende, og det medfører, at det sociale arbejde bliver mere kontrollerende og søger at styre med økonomiske virkemidler (Jensen & Prieur, 2015, s. 145ff). Denne form for styring har en betydning for borgernes handlerum. Eksempelvis styres synet og opfattelsen af ledige gennem et kategoriseringsværktøj, som forringer muligheden for at se og tale om den enkelte borgers problemer eller begrænsede mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet (Nielsen, 2015, s. 44ff).

På den anden side associeres det sociale arbejde med understøttelse af borgerens uafhængighed, selvbestemmelse og autonomi. Borgerens behov for hjælp, politiske intentioner om flere i det arbejdsrelaterede fællesskab og det sociale arbejdes interesse for det sociale og det personlige udgør et spændingsfelt, hvori såvel udfordringerne som mulighederne ligger, for at borgerne opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb (Andersen, 2015a, s. 105ff), og dermed at den enkelte syge og ledige borgers handlerum fremmes.

1.1.2 Problem for samfundet

Sygdom og ledighed er ikke kun et problem for den enkelte, men også for samfundet, som naturligt må have interesse i at reducere antallet af syge og ledige borgere, dels for at holde sundheds- og forsørgelsesudgifterne nede, og dels for at sikre produktion og udvikling i samfundet (Jørgensen, 2016, s. 101).

Syge og ledige borgere kan endvidere repræsentere et legitimitetsproblem for velfærdsstaten. Størstedelen af den danske befolkning bakker op om og opfatter velfærdsstaten som en legitim reguleringsmekanisme, der sikrer lighed og social sikkerhed. Befolkningen har tillid til, at velfærdsstaten sørger godt for alle ved behov (Rostgaard, 2016, s. 13). Den offentlige debat viser, at omfanget af borgere, som er "for syge til at arbejde og for raske til førtidspension", er et aktuelt og kontroversielt emne (Danmarks Radio, 2017). Debatten giver et billede af, at disse borgere fastholdes på kontanthjælp eller i langstrakte ressourceforløb, hvilket må antages at kunne undergrave velfærdsstatens legitimitet på sigt, fordi problemstillingen for denne gruppe ikke løses effektivt. Den danske velfærdsstat er gennem tiden i høj grad lykkedes med at udligne ulighed i befolkningen, men hvis syge og ledige borgere ikke oplever at modtage den fornødne hjælp ved behov, er det problematisk for samfundet, fordi ulighed i sundhed og arbejdsmarkedstilknytning udgør en af de væsentligste aktuelle økonomiske udfordringer med store sociale og helbredsmæssige følger for befolkningen. Ulighed strider mod ideologien bag velfærdsstaten om at skabe lige vilkår for alle (Iversen, 2016, s. 114f), hvorfor det på længere sigt må antages, at samfundets sammenhængskraft bliver mindre, når uligheden stiger (Larsen & Andersen, 2015, s. 216).

Dette pres mod velfærdsstatens legitimitet er reel, idet der statistisk kan påvises en stigning i antallet af syge og ledige borgere, som givetvis må betyde, at velfærdsstaten ikke har succes med at hjælpe denne gruppe borgere. Ifølge en opgørelse fra Danmarks Statistik var der i 2016 lidt færre på offentlig forsørgelse end i 2008. På trods af dette fald i offentligt forsørgede er én gruppe dog vokset, og det er gruppen af "øvrige ydelsesmodtagere". Denne voksende gruppe dækker primært over borgere på forskellige ydelser med andre problemer end ledighed. Gruppen dækker derfor også borgere, som på grund af sygdom ikke deltager på arbejdsmarkedet (Danmarks Statistik, 2017).

På samfundsniveau er der en erkendelse af, at syge og ledige borgere har problemer, som skal løses mere effektivt, så de ikke fastholdes i ledighed med forværring af sygdom. Regeringens reformudspil "*Borgeren først - en mere sammenhængende offentlig sektor*" fra 2017 er et eksempel på, hvorledes velfærdsstaten adresserer og dermed erkender problemstillingen i forhold til udsatte borgere, herunder syge og ledige, og søger at løse problemstillingen. I udspillet understreges

borgerens perspektiv: *“Nu er der behov for at se på, hvordan vi får strukturer og sektorer til at spille bedre sammen – ikke mindst fra borgerens perspektiv. Vi skal sætte borgeren først.”* (Regeringen, 2017, s. 3). Reformudspillet konkretiserer problemstillingen i form af menneskelige og økonomiske omkostninger og identificerer årsagen i form af “siloopdeling i velfærdssektorerne” og “anvendelse af økonomiske incitamenter”. Løsningen på problemstillingen findes ifølge reformudspillet ved “afbureaukratisering, bedre sammenhæng på tværs af sektorerne, teknologisk udvikling og bedre ledelse” (Regeringen, 2017, s. 3ff).

Sygdom og ledighed er således et stigende samfundsproblem, som har politisk bevågenhed. Derfor synes det også i den samfundsmæssige optik at være relevant at undersøge, hvordan det sociale arbejde kan udvikles, så antallet af syge og ledige kan reduceres.

1.1.3 Borgernes handlerum

Gennem de seneste årtier har velfærdspolitikken forandret sig markant, hvilket har medført ændringer for såvel det sociale arbejde i velfærdsinstitutionerne som for de borgere, der modtager velfærdsydelser (Janson, 2012, s. 22). Den danske velfærdsstat stiller stadig centrale sociale og sundhedsmæssige ydelser til rådighed for denne gruppe, men retten til disse ydelser er under stadig forandring. Globaliseringen og tendenser som en øget markedsgørelse og individualisering i samfundet har medført, at den danske velfærdspolitik nu i højere grad sigter mod en investering i enkeltindivider (Janson, 2012, s. 21f), så de bliver i stand til at klare sig bedst muligt til glæde for både dem selv og samfundet i forhold til den globale konkurrence (Guldager & Skytte, 2015, s. 518f). Det betyder, at velfærdsstatens tilbud til syge og ledige retter sig mod arbejdsmarkedet, hvilket givetvis reducerer den enkelte borgers handlerum. Når en borger eksempelvis står uden for arbejdsmarkedet, er fokus nu på at investere i borgerens fremtid på arbejdsmarkedet via uddannelse og opkvalificering fremfor alene at kompensere for tabt indkomst. Herved søges de omkostninger, som samfundet har på grund af syge og ledige borgeres problemstillinger, reduceret (Janson, 2012, s. 21ff). Investeringstilgangen omfatter alle borgere - også dem, der på grund af sygdom ikke deltager på arbejdsmarkedet. Investeringstilgangen kan af nogle opfattes som udtryk for en reduktionistisk livsforståelse. Med denne opfattelse løses de individuelle og komplekse problemstillinger, som syge og ledige kan have, ikke nødvendigvis med det arbejdsmarkedsrettede

fokus, blandt andet fordi borgernes handlerum i forhold til at opnå øget ejerskab og indflydelse reduceres.

Udover sigtet mod investering i den enkelte er der tillige sket en større bevægelse i retning af større ansvarliggørelse af borgere og patienter.

Reform af førtidspension og fleksjob eksemplificerer rammerne for syge og ledige borgeres handlerum og kan betragtes som en lovgivningsmæssig virkeliggørelse af velfærdsstatens investering i og ansvarliggørelse af enkeltindivider. Reformens formål er at begrænse adgangen til førtidspension og dermed sikre, at så mange syge og ledige borgere som muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet (Regeringen, 2012, s. 4). Dette formål reducerer handlerummet for den enkelte, fordi alene handling rettet mod deltagelse på arbejdsmarkedet anerkendes.

Status på Reform af førtidspension og fleksjob fra marts 2017 beskriver, at reformens mål om at begrænse adgangen til førtidspension i høj grad er lykkedes (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2017, s. 1ff). Samtidig viser statistik som tidligere nævnt, at antallet af syge på andre forsørgerydelser end førtidspension er steget, hvilket kan indikere, at når rammerne alene anerkender handling rettet mod deltagelse på arbejdsmarkedet, reduceres den syge og ledige borgers mulighed for handling rettet mod andre aspekter af livet og dermed reelt opnå øget ejerskab og indflydelse.

Den moderne velfærdsstat har gennem tiden udviklet en lang række systemer og institutioner præget af hver deres faglige logikker og forestillinger om, hvad den "kompetente" og "myndige" borger er (Mik-Meyer & Villadsen, 2007, s. 9), men det må forventes, at investeringstilgangen og bevægelsen mod ansvarliggørelse af den enkelte har ledt og fortsat leder til nye former for blandt andet medborgerskab, nye former for relationer til fagprofessionelle, emotioner, pligter og rettigheder.

Fagprofessionelle defineres som alle de professionelle personer, som borgerne har kontakt med i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Kun i tilfælde, hvor selve funktionen har en væsentlig meningsbetydning, er den benævnt.

Reformen af førtidspension og fleksjob er et eksempel herpå. Et andet eksempel er, at sundhed er blevet en metaværdi, som i høj grad dominerer andre værdier i samfundet. Det betyder, at borgerne har pligt til at efterleve idealet om det sunde og gode liv, hvilket skal ske ved, at borgeren tager ansvar for eget liv i overensstemmelse med eksperternes ønsker til sund levevis (Mik-Meyer, 2016, s. 129ff). Disse forandringer påvirker også rammerne for borgernes handlerum.

En undersøgelse af udsatte kontanthjælpsmodtagere viser, at borgerne i nogle tilfælde oplever uoverensstemmelse mellem kravet om deltagelse i aktive tilbud eller på arbejdsmarkedet og deres helbredsmæssige situation (Danneris, 2017, s. 16ff). Undersøgelsen kan antyde, at eksempelvis pligten til at efterleve det sunde liv og kravet om aktiv deltagelse på arbejdsmarkedet kan være urealistisk at leve op til for den syge og ledige borger. På den måde reduceres borgerens handlerum i forhold til at opnå ejerskab og indflydelse i deres forløb yderligere, idet rammerne for handlerummet er for snævre for lige præcis gruppen af syge og ledige borgere.

Der eksisterer således et spændingsforhold mellem samfundets og borgerens ansvar for, at borgeren bliver rask og i stand til at forsørge sig selv. Der er en forståelse af, at den enkelte person skal tage ansvar for egne problematikker inden for en ramme, som velfærdsstaten sikrer. Statistikken tyder dog på, at det er svært for den enkelte at bære ansvaret selv. Ved udelukkende at have fokus på samfundets ansvar, kan der ske en ansvarsfralæggelse hos den enkelte borger (Jørgensen, 2016, s. 101). Ved omvendt at lade det være op til enkelte selv at tage ansvar for egne problematikker i et meget komplekst moderne samfund, vil det kunne afstedkomme ulighed i samfundet, idet det ofte er de ressourcestærke, som har overskud til at gennemskue blandt andet lovgivning og behandlingsmuligheder (Jørgensen, 2016, s. 103).

Sygdom og ledighed er således et problem for enkeltindivider, da det forringer deres levevilkår. Samtidig er det et problem for samfundet, da det medfører øgede velfærdsudgifter og færre skatteindtægter. En måde at adressere problemet på kan være en målsætning om at sikre, at borgerne opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb, hvilket betinges af muligheden for at handle. Handlerummet synes imidlertid at blive reduceret af snævre rammer som kravet om deltagelse på arbejdsmarkedet og forpligtelse om det sunde liv. Derfor undersøges det i dette speciale, hvordan syge og ledige borgeres oplevelser af at handle i deres forløb i beskæftigelses- og

sundhedssektoren kan bidrage med viden til, hvordan disse borgeres handlerum i beskæftigelses- og sundhedssektoren kan fremmes.

1.2 Problemformulering

Hvordan kan socialt arbejde med syge og ledige borgere udvikles på baggrund af borgernes oplevelser af deres handlerum i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren?

1.3 Specialets opbygning

Specialets problemformulering er undersøgt og besvaret gennem følgende proces:

I *kapitel 1.0* blev specialets emne præsenteret. Herefter blev problemfeltet indledningsvist beskrevet ud fra, hvordan sygdom og ledighed udgør et problem for den enkelte, og dernæst hvordan det udgør et problem for samfundet. Afslutningsvist skitseredes et billede af, hvad der i dag danner ramme for borgernes handlerum.

I *kapitel 2.0* beskrives de metodiske overvejelser og valg og de konsekvenser, de har haft for gennemførelsen af undersøgelsen. Indledningsvist gennemgås en litteratursøgning, som blev foretaget med henblik på at afdække problemfeltet. Dernæst præsenteres undersøgelsens videnskabsteoretiske ståsted, som også dækker over forforståelse. Afslutningsvis fremstilles valget af Grounded Theory som undersøgelsesmetode, og herunder beskrives dataindsamlingen og -bearbejdningen samt undersøgelsens analysestrategi.

I *kapitel 3.0* analyseres den indsamlede empiri. Analysen gennemføres i to dele. I den første del fremanalyseres den handlende aktør, hvorunder empirien viser tre aktørtyper: 1) Den eftergivende aktør, 2) Den initierende aktør og 3) Den afværgende aktør. I analysens anden del sættes den handlende aktør i relation til informanternes oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Empirien viser, at informanternes oplevelser af at handle er sammenhængende med fire sfærer: 1) personlig sfære, 2) sektoriel sfære, 3) netværkssfære og 4) bureaukratisk sfære,

som hver især rummer generative principper for den handlende aktør. Herved genereres en teoretisk handlingsmodel for syge og ledige borgeres handlinger.

I *kapitel 4.0* diskuteres og vurderes den handlende aktør, hvorefter undersøgelsens anvisninger og implikationer i implementering af handlingsmodellen på mikro-, meso- og makroniveau diskuteres og perspektiveres. Afslutningsvis diskuteres gyldighed, pålidelighed, bekræftbarhed og overførbare af undersøgelsens resultater, hvormed resultaterne vurderes med henblik på at kvalificere undersøgelsen.

I *kapitel 5.0* besvares specialets problemformulering, om hvordan socialt arbejde med syge og ledige borgere kan udvikles på baggrund af borgernes oplevelser af deres handlerum i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

2.0 Metode

I dette kapitel beskrives metodiske overvejelser og valg og de konsekvenser, de har haft for gennemførelsen af undersøgelsen. Indledningsvist gennemgås en litteratursøgning, som blev foretaget med henblik på at afdække problemfeltet. Dernæst præsenteres undersøgelsens videnskabsteoretiske ståsted, som også dækker over forforståelser. Afslutningsvist fremstilles valget af Grounded Theory som undersøgelsesmetode, og herunder beskrives dataindsamlingen og -bearbejdningen samt undersøgelsens analysestrategi. I disse underafsnit præsenteres endvidere informanter, der har deltaget i undersøgelsen, og omfanget af deres bidrag til empirien.

2.1 Litteratursøgning

Indledningsvist blev der foretaget en litteratursøgning (se bilag 1) med henblik på at afdække omfanget og indholdet af allerede eksisterende viden om syge og ledige borgere. Litteratursøgning blev foretaget på både dansk og engelsk i søgemaskinen Primo, artikel- og citationsdatabasen Scopus og Det Kongelige Biblioteks digitale katalog REX. Litteratursøgningen gav mange resultater, men hovedparten omhandlede andre målgrupper og specifikke fagområder. Litteratursøgningen blev af flere omgange derfor specificeret ved at tilføje relevante søgeord som eksempelvis "styring", "borger" og "innovation" i søgningen, hvilket overordnet ikke gav et mere relevant resultat. Derudover blev der foretaget en bred søgning i søgemaskinen Google, hvilket primært gav resultater vedrørende den offentlige debat om syge og ledige borgeres problemstillinger og vilkår. Samlet set må det konkluderes, at syge og ledige borgeres oplevelser af at handle i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren ikke synes fyldestgørende afdækket, hvorfor denne undersøgelse vurderes som et relevant bidrag i udviklingen af socialt arbejde med syge og ledige borgere.

2.2 Videnskabsteoretisk ståsted

Undersøgelsen har afsæt i en kritisk-hermeneutisk videnskabsteoretisk forståelse, hvor viden om syge og ledige borgeres handlinger findes i deres subjektive oplevelser. Da hensigten er at forstå og forklare syge og ledige borgeres handlinger, nødvendiggør det en fremfortolkning af meningen i deres umiddelbart foreliggende oplevelser (Juul, 2012, s. 109). Den hermeneutiske forskning interesserer sig for, hvordan mennesket oplever, forstår og handler i relation til et bestemt felt, og

hvilke betydninger det har for menneskets gøre og væren. Denne undersøgelse interesserer sig for, hvordan syge og ledige borgere oplever, forstår og handler i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, og hvilken betydning det har for deres handlinger (Juul & Pedersen, 2012, s. 415).

Undersøgelsens kritiske perspektiv knytter sig til socialt arbejdes traditionelle ambitioner om at bidrage til menneskelig opblomstring ved at understøtte det enkelte menneskes mulighed for at forfølge sin egen vision om et godt liv. Undersøgelsens videnskabsteoretiske tilgang bygger altså på en bestemt opfattelse af mennesket og samfundet, som fremgår af nedenfor beskrevne forforståelse. Inddragelsen af forforståelse udgør en forståelsehorisont for undersøgelsen, som undervejs i fortolkningsprocessen revideres ved nye forståelser og på den måde bidrage til konstruktiv til diskussioner om mål og værdier i samfundet (Højlund & Juul, 2015, s. 16ff). Således repræsenterer undersøgelsens kritiske perspektiv en normativ standard for undersøgelsens analyse og konklusion med hensigt at udvikle socialt arbejde med syge og ledige borgere i en mere ideel retning.

Den metodiske anvendelse af Grounded Theory knytter an til hermeneutikken som videnskabsteoretisk ståsted, fordi metoden indebærer en dynamisk fortolkningsproces, som netop giver mulighed for at overskride det umiddelbart foreliggende og forstå den mening, der gemmer sig i de syge og lediges oplevelser.

I den dynamiske fortolkningsproces spiller forforståelse en rolle, for hvilke betydninger fortolkningerne frembringer. På den måde udgør nedenfor beskrevne forforståelse specialets forståelsehorisont (Juul, 2012, s. 122). I undersøgelsen bringes forforståelsen i anvendelse blandt andet ved planlægning og gennemførelse af interviews og i analysen, og her må forforståelsen vise sin berettigelse i mødet med informanternes oplevelser (Juul, 2012, s. 125).

2.1.1 Forforståelse

Samtidig sygdom og ledighed er en kompleks problemstilling. I det moderne danske samfund er der sket nogle forandringer i de krav og forventninger, der stilles til det enkelte individ og den enkeltes livsførelse. Herunder kan nævnes forandrede krav og forventninger til borgere i velfærdsinstitutionerne, eksempelvis ansvarliggørelse for sygdom og ledighed samt til borgernes

forløb. Disse krav og forventninger kan medføre et pres i sig selv for den enkelte og dennes hverdagsliv.

De sidste årtiers skærpede anvendelse af regler og kontrol i velfærdsinstitutionerne understøtter ikke nødvendigvis syge og ledige borgeres mulighed for at tage ansvar og opnå indflydelse i deres forløb. Hensigten med de seneste års reformer af den offentlige sektor er givetvis at håndtere den enkelte syge og ledige borgeres problemstilling bedst muligt og skabe bedre rammer for det sociale arbejde med disse borgere. Det kan imidlertid være vanskeligt at få gode intentioner om individuel, kompetent og anstændig behandling af den enkelte til at stemme overens med dels den skærpede anvendelse af regler og kontrol i velfærdsinstitutionerne og dels de snævre samfundsmæssige krav og forventninger.

På trods af det har syge og ledige borgere som udgangspunkt et ønske om at bidrage til og tage del i samfundets fællesskab med de ressourcer, de har.

2.3 Grounded Theory

Syge og ledige borgeres handlinger og handlerum undersøges metodisk ud fra Grounded Theory. Målet for anvendelsen af Grounded Theory er at generere en teoretisk model til 1) at beskrive syge og ledige borgeres handlinger i deres forløb og 2) at forklare, hvorfor de handler, som de gør.

Grounded Theory er en kvalitativ forskningsmetode, hvor formålet er at konstruere teori på baggrund af empirisk data (Corbin & Strauss, 2015, s. 11). Grounded Theory blev udviklet af sociologerne Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss i 1960'erne som modsvar til konventionelle forestillinger om forskning, metode og teori. Med Grounded Theory præsenterede de en metode, hvor dataindsamling, analyse og eventuel teori er tæt forbundet (Boolsen, 2015, s. 242).

Grounded Theory tillader identifikation af generelle kategorier og udvikling af teoretiske forklaringer, der rækker bag det umiddelbare, og tilbyder ny indsigt i variationer af oplevelser og fænomener (Corbin & Strauss, 2015, s. 6). Den viden, som fremkommer gennem anvendelse af Grounded Theory som metode, gør det muligt at forklare og tage skridt til at ændre, rumme og forandre situationer, fordi metoden kan anvendes til at frembringe opfattelser og mening, der gemmer sig i handling, til at undersøge rationel som irrationel adfærd og til at demonstrere, hvordan logik og følelser påvirker personers handlinger.

Grounded Theory vægter at udforske processer og gør ikke brug af statistiske analyser, hvilket muliggør en mere dybdegående undersøgelse af den måde, syge og ledige borgere handler på. En dynamisk analyse tillader bevægelse mellem tidligere tilegnet viden og ny viden, og på den måde kan empirien lede til de lag af betydning, som informanternes oplevelser kan indeholde. Disse lag kan omfatte en persons 1) udtrykkelige forklaring af sin handling, 2) udtalte formodning om den, 3) hensigter med at give sig i kast med den, 4) handlingens virkning på andre og 5) dens konsekvenser for fremtidige individuelle handlinger og interpersonelle relationer. Disse lag af betydning kommer til udtryk i analysen, hvor betydningen i nogle tilfælde er direkte udledt af informanternes umiddelbart foreliggende oplevelser af deres handlinger, mens betydningen i andre tilfælde er fremanalyseret på baggrund af en fortolkning af andre betydningslag i deres oplevelser. Som eksempel kan en informants handling forstås og forklares af informantens bestemte forventning til noget, som fremanalyseres på baggrund af informantens reaktion på en oplevelse, som udtrykker, at forventningen ikke er indfriet. På den måde søges en fyldig beskrivelse af kategorier og udvikling af forklaringer opnået (Charmaz, 2017, s. 186).

I erkendelse af, at syge og ledige borgere repræsenterer en kompleks problemstilling, er det vigtigt for denne undersøgelse, at den genererede teori kan revideres og opdateres, efterhånden som der erhverves ny viden, samt kan give et stærkt fundament for videre undersøgelser (Corbin & Strauss, 2015, s. 11).

2.3.1 Dataindsamling

2.3.1.1 Selektion og materiale

For at opnå relevant viden om syge og ledige borgeres oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren er det afgørende at udvælge informanter, som netop har sådanne oplevelser.

Derfor er undersøgelsens kriterier for udvælgelse af informanter som følger:

- Informanterne skal have personligt og direkte erfarede oplevelser af samtidige forløb i beskæftigelsessektoren og sundhedssektoren
- Informanternes forløb skal være aktuelle og uafklarede
- Informanter skal repræsentere flere forskellige kommuner

Første udvælgelseskriterium betød, at informanterne i første omgang blev søgt direkte rekrutteret i jobcentre ved telefonisk kontakt. Hensigten med at rekruttere i flere forskellige kommuner var at

undgå, at én bestemt kommune fremstilles som et særtilfælde, hvilket hverken er undersøgelsens interesse eller konstruktivt for de problemstillinger, undersøgelsen centrerer sig om.

Det viste sig dog vanskeligt at rekruttere kvalificerede informanter på den måde, dels fordi flere jobcentre ikke havde ressourcer til at hjælpe med rekrutteringen, dels fordi mange borgere ikke havde overskud til at deltage på grund af deres situation. For at få succes med rekrutteringen af informanter i jobcentre blev der via specialegruppens professionelle netværk derfor etableret kontakt til alternative gatekeepere, som er ansatte i jobcentre og derigennem har kontakt til syge og ledige borgere. På den måde er det gatekeeperne, der har udvalgt informanterne i overensstemmelse med de tre udvælgelseskriterier. Vanskelighederne i forhold til at rekruttere informanter er årsagen til, at en anden aktør på beskæftigelsesområdet yderligere blev kontaktet for at få succes med at rekruttere kvalificerede informanter.

I undersøgelsen deltager i alt 11 informanter, seks kvinder og fem mænd i alderen 19-58 år fra fire sjællandske kommuner. Ni er rekrutteret i fire forskellige jobcentre. To er rekrutteret via en anden aktør på beskæftigelsesområdet, som tilbyder forløb til sygemeldte borgere med henblik på deltagelse på arbejdsmarkedet. Derudover aflyste yderligere tre kvalificerede informanter deres deltagelse i undersøgelsen på grund af deres sygdom. Materialet udgøres således af følgende informanter:

Informant 1 har i halvandet år været tilknyttet psykiatrisk ambulatorium og samtidig modtaget uddannelseshjælp gennem jobcenter. Informant 1 har afsluttet 10. klasse, har aldrig været på arbejdsmarkedet og bor hos sine forældre.

Informant 2 har i et år været tilknyttet jobcenteret og har en psykiatrisk lidelse. Informant 2 har ikke afsluttet niende klasse, har aldrig været på arbejdsmarkedet og bor midlertidigt sammen med sin kæreste i egen lejlighed.

Informant 3 modtager sygedagpenge og blev diagnosticeret med psykisk lidelse for to år siden. Informant 3 er uddannet kontorassistent, er gift og har tre hjemmeboende børn.

Informant 4 har været sygemeldt fra sit arbejde i seks måneder grundet somatisk lidelse. Informant 4 er uddannet inden for bilbranchen, er gift og har to hjemmeboende børn.

Informant 5 har været ledig og modtaget kontanthjælp i syv år grundet forskellige somatiske lidelser. Informant 5 er uddannet elektriker, bor alene med sin hund og har ingen børn.

Informant 6 har været sygemeldt i ni år og modtager kontanthjælp på grund af både en somatisk og psykisk lidelse. Informant 6 er uddannet social- og sundhedshjælper, er gift og har tre voksne børn og tre børnebørn.

Informant 7 har modtaget kontanthjælp siden sit 18. leveår, afbrudt af kortere perioder i arbejde, og har både en somatisk og en psykisk lidelse. Informant 7 er uddannet social- og sundhedshjælper. Informant 7 bor alene og har to børn.

Informant 8 har været sygemeldt og modtaget sygedagpenge eller jobafklaringsydelse i fire år grundet en somatisk lidelse. Informant 8 er uddannet sygehjælper, er gift og har to voksne børn og to børnebørn.

Informant 9 har været sygemeldt i tre år på grund af somatisk lidelse. Informant 9 har bestridt lederstillinger i erhvervslivet, er fraskilt, har et voksent barn og bor alene med sin hund.

Informant 10 har været tilknyttet jobcenteret de seneste ni år grundet en somatisk lidelse samt psykisk belastning. Informant 10 er uddannet socialpædagog samt har næsten fuldført en kandidatuddannelse. Informant 10 er gift og har to hjemmeboende børn.

Informant 11 har været tilknyttet jobcenteret i seks år grundet somatisk lidelse. Informant 11 har studentereksamen og bor sammen med kæreste og et hjemmeboende barn.

2.3.2 Semistruktureret interview

For at den viden, vi kan få adgang til gennem de rekrutterede informanter, bliver så velegnet til teoriudvikling som muligt til, skal den indhentes på en måde, så den ikke er styret af på forhånd fastlagt teoretisk forståelse (Boolsen, 2015, s. 241ff).

Undersøgelsen er derfor gennemført med semistrukturerede interviews med åbne spørgsmål og løbende opfølgning på informanternes beskrivelser, hvilket gør det muligt at indbygge yderligere spørgsmål i de efterfølgende interviews (Charmaz, 2017, s. 182). De gennemførte interviews er derfor løbende gennemlæst og konceptualiseret med henblik på at forfølge og teste mulige analytiske kategorier i de efterfølgende interviews. Den løbende gennemlæsning og konceptualisering hjælper med at forholde os selvreflekterende over, hvordan vi påvirker undersøgelsesprocessen og omvendt (Corbin & Strauss, 2015, s. 27). Konceptualiseringen og kategorisering er dog foretaget med bevidsthed om, at det ikke er muligt at begribe informanternes oplevelser af at handle i deres forløb fuldstændigt, fordi deres beskrivelser er enkeltdele af en større helhed (Corbin & Strauss, 2015, s. 26).

2.3.2.1 Interviewguide

Valg af Grounded Theory som overordnet undersøgelsesmetode og semistrukturerede interviews som dataindsamlingsmetode medfører, at interviewguiden som værktøj skal indeholde spørgsmål, som er åbne og så vidt muligt hverken styret af teori eller forforståelse. Interviewguiden skal samtidig være et værktøj til at opnå viden om syge og ledige borgers oplevelser af deres forløb i både beskæftigelses- og sundhedssektoren. Derfor er interviewguiden semistruktureret, da det giver åbenhed overfor informanternes beskrivelser og samtidig fastholder interviewets fokus på informanternes oplevelser af deres forløb i både beskæftigelses- og sundhedssektoren (Corbin & Strauss, 2015, s. 39).

Interviewguiden er opbygget af forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål og hjælpespørgsmål. Forskningsspørgsmålene er udledt af specialets problemformulering og indkredser relevante områder herunder (se bilag 2). Interviewspørgsmålene er konkrete spørgsmål, som hver især bidrager til besvarelse af forskningsspørgsmålene. Hjælpespørgsmålene indeholder først og fremmest agensspørgsmål, som skal bidrage til uddybende beskrivelser af informanternes

oplevelser af netop at handle i deres forløb og dermed til et solidt fundament til at fremfortolke forskellige betydningslag. Derudover giver hjælpespørgsmålene mulighed for at stille opklarende og uddybende spørgsmål, dels for at styrke informanternes fortællelyst og opmuntre til fyldige beskrivelser, dels for at sikre en korrekt forståelse af informanternes beskrivelser.

Gennem den løbende konceptualisering og analytiske kategoriseringsproces er interviewguiden blevet udbygget med identificerede koncepter fra de gennemførte interviews. Det betyder, at de gennemførte interviews løbende har udviklet sig fra at være helt åbne i forhold til informanternes oplevelser til i højere grad at forfølge og teste mulige analytiske kategorier (Corbin & Strauss, 2015, s. 136).

Valg af Grounded Theory betyder, at der bør udføres interviews, indtil der er nået et mætningspunkt, hvormed flere interviews ikke giver yderligere viden om informanternes oplevelser. Det løbende arbejde med at udbygge interviewguiden betyder, at data trods et begrænset antal informanter løbende er kommet tættere og tættere på et mætningspunkt, idet der har vist sig mønstre i kategorierne, som i kraft af deres egenskaber og dimensioner danner grundlag for genereringen af teori (Corbin & Strauss, 2015, s. 139).

2.3.2.2 Interviewsituation

Aftaler om gennemførelse af interviews blev foretaget telefonisk med informanterne selv. Tidspunkt og lokalitet for interviewene blev tilrettelagt efter informantens ønsker, med henblik på at interviewsituationen blev så tilpas og tryk for informanten som muligt. På den måde søgtes de bedste rammer for personlige og fyldige beskrivelser af informanternes oplevelser skabt.

Alle informanter blev inden selve interviewet orienteret mundtligt og skriftligt om undersøgelsens emne og formålet med deres deltagelse (se bilag 3). Derudover har alle informanter underskrevet en samtykkeerklæring (se bilag 4), hvor de igen er blevet informeret om undersøgelsen og dens formål, at deres personlige oplysninger og bidrag til specialet opbevares og behandles fortroligt og anonymt, samt at deres samtykke til hver en tid kan trækkes tilbage uden begrundelse.

Alle interviews er optaget på diktafon og gennemført med en første- og en andeninterviewer til stede. Førsteinterviewerens rolle var at afvikle interviewet med fokus på interviewpersonen og emnet for interviewet. Andeninterviewerens rolle var dels at bistå førsteintervieweren i at bevare overblik over og retning for selve interviewet samt supplere med eksempelvis opklarende eller uddybende hjælpespørgsmål. Denne interviewform har givet mulighed for bedre at opfatte og undersøge informantens oplevelser, mens interviewet faktisk udførtes, og forfølge informanternes specifikke svar og beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 143f). Det er vores oplevelse, at det har medvirket til et stort antal velafviklede og trygge interviewsituationer for både informanter og interviewere og øget muligheden for at opnå et helhedsindtryk af informanternes beskrivelser.

Som indledning til interviewene blev informanterne bedt om at udfylde et netværksskort med indhold af såvel positive som negative "betydningsfulde aktører" (personer og sektorer) i deres forløb. Formålet med denne indledende opgave var dels at anvende det som samtaleredskab til at komme i dialog med informanterne, og dels at tage praktisk afsæt i informanternes valg af emner og fastholde dem gennem interviewet. Derudover var formålet med udfyldelse af netværksskort at supplere informanternes beskrivelser med et visuelt indtryk af og overblik over betydningsfulde aktører og kontekster i deres forløb til at understøtte fortolkning. Det viste sig dog vanskeligt at udfylde og anvende netværksskortene stringent og produktivt, hvorfor de ikke er inddraget i undersøgelsens analyse, men blot har fungeret som et redskab i interviewsituationen.

Fem interviews foregik i informanternes hjem. I disse omgivelser var informanterne trygge ved situationen, og det gav en afslappet interviewsituation, hvormed det er vores oplevelse, at informanterne kunne være åbne og ærlige. Fire interviews foregik på det lokale bibliotek, hvilket ligeledes fremstod som en rolig og tryk ramme for interviewene. Et interview foregik på en lokal café. Interviewet bar tydeligt præg af forstyrrelser, som betød, at informanten kun sparsomt beskrev personlige oplevelser. Et interview blev gennemført under en gåtur, hvilket medførte kortere pauser i interviewet, eksempelvis grundet trafikstøj, hvilket dog ikke syntes at medføre væsentlige forstyrrelser i gennemførelsen af interviewet.

2.3.3 Databearbejdning

2.3.3.1 Transskription

Transskription af alle interviews er foretaget af interviewets førsteinterviewer, idet denne procedure muliggør genkaldelser af interviewsituationen og dermed en tidlig påbegyndelse af meningsanalysen af det, der blev sagt. Interviewene er transskriberet efter samme skriveprocedure og så vidt muligt ordret, mens dimensioner af interviewet som eksempelvis pauser og følelsesudtryk som regel er udeladt, idet transskriptionen skal bruges til en læseværdig tekst på baggrund af informanternes beskrivelser og modsat ikke en sproglig eller konversationsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 202f). Alle persondetaljer er anonymiseret.

2.3.3.2 Analysestrategi

Som følge af anvendelsen af Grounded Theory og hermeneutik som det videnskabsteoretiske ståsted er syge og ledige borgers oplevelser styrende for selve analysen. Dermed muliggøres det at generere en teoretisk model, som kan forklare syge og ledige borgeres handlerum i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, som udspringer fra den indsamlede empiri (Boolsen, 2017, s. 241ff).

Bearbejdningen af undersøgelsens data bygger på principper for kodning i tråd med Grounded Theory. Kodning er en proces, hvor det defineres, hvad data handler om (Charmaz, 2017, s. 182). Efterfølgende transskriberingen af alle interviews, er første trin i selve bearbejdningen af data en gennemlæsning af alle interviews foretaget individuelt af alle tre specialeforfattere. Forskellige øjne medfører forskellige perspektiver, hvorfor den individuelle gennemlæsning er efterfulgt af en fælles diskussion og identificering af koncepter (Corbin & Strauss, 2015, s. 26). Koncepterne er anvendt i form af nye interviewspørgsmål i næstkommende interview, og således er dataindsamlingen fortsat gennemført (Corbin & Strauss, 2015, s. 7). Enkelte gange er der af pragmatiske årsager foretaget flere interviews i umiddelbar forlængelse af hinanden, hvorfor det ikke har været muligt at følge denne konceptualiseringsproces fuldstændig stringent.

Ved disse "konstante sammenligninger" af ligheder og forskelle i empirien søges det at opfange alle de emner, som informanterne berører, uafhængigt af den interesse, undersøgelsen har (Corbin & Strauss, 2015, s. 7). Derudover tillader denne konstante sammenligningsproces at forbinde

informerernes handlinger med konteksten, som handlingerne opleves i, hvilket leder til teorigenerering fremfor beskrivelse ved at give et større billede af handlerummet (Corbin & Strauss, 2015, s. 155). Denne første "åbne kodning" præciserer, hvad vores data handler om. Den første åbne kodning blev foretaget med henblik på at indfange, "hvad der foregår", som identificeres ved "konceptualisering".

Næste del af kodningsprocessen foregik ved at samle koncepterne fra første åbne kodning under overordnede kategorier. I denne kategoriseringsproces udvælges dele af empirien ved gruppering af koncepter, som former nye kategorier. I denne del af kodningsprocessen søges det at identificere egenskaber og dimensioner i form af årsager, problemer, konsekvenser og strategier i empirien, som er indsamlet gennem syge og ledige borgeres oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Denne identificering af egenskaber og dimensioner giver navn til kategorierne, som sidenhen integreres i en hovedkategori (Corbin & Strauss, 2015, s. 7f). Kodningen afdækker således betydningslag i informanternes oplevelser, som udfoldes og formidles i analysen. Således skaber denne del af kodningsprocessen et begyndende mønster i begrebsliggørelsen af, hvad der foregår i data. Resultatet af denne del af kodningsprocessen er de seks følgende kategorier:

- Tage aktivt initiativ i forløb
- Passiv
- Personlig styring
- Søge støtte i netværk
- Finde støtte i professionelle
- Bureaukrati

Den følgende oversigt er vejledende for de forskellige informanternes empiriske bidrag til kategorierne:

Kategori/ Informant	Taget aktivt initiativ i forløb	Passiv	Personlig styring	Søge støtte i netværk	Finde støtte i professionelle	Bureaukrati
1	2	1	3	4	15	0
2	1	8	3	1	3	0
3	6	1	6	5	11	4
4	3	0	4	3	6	0
5	2	3	13	4	12	2
6	2	2	5	3	2	1
7	3	7	10	4	12	3
8	11	6	6	4	13	3
9	3	5	12	3	12	3
10	19	10	15	10	20	11
11	10	0	5	2	5	3

Oversigt 1 er udarbejdet på baggrund af empirien og er vejledende for informantbidrag, ud fra hvor mange steder i interviewene, de berører kategorierne. Det skal understreges, at oversigten kun er vejledende, idet den dynamiske databearbejdning i nogle tilfælde har medført større forandringer af kategorierne, og at oversigten derfor kan være misvisende for nogle af informanternes bidrag. I enkelte tilfælde er disse informantbidrag dog inddraget i analysen med henblik på at underbygge forklaring af informanternes handlinger.

Kategorierne rummer både oplevelser af eksempelvis “at søge støtte i netværk” og “ikke at søge støtte i netværk”, og som Oversigt 1 giver et billede af, findes der også såkaldte “negative cases” i data. Disse negative cases underminerer ikke nødvendigvis konceptualiseringen, men kan derimod ofte repræsentere en dimensional ekstrem eller variation, som i nogle tilfælde kan anvendes som “undtagelsen, der bekræfter reglen” (Corbin & Strauss, 2015, s. 295).

I den tredje og sidste del af kodningsprocessen er egenskaber og dimensioner ved kategorierne som nævnt operationaliseret og integreret i de fem endelige hovedkategorier, som således er dannet gennem en dynamisk kodnings- og analyseproces, og som samtidigt er bearbejdet i analysen. De fem analytiske hovedkategorier er følgende:

- Den handlende aktør
- Personlig sfære
- Sektoriel sfære
- Netværkssfære
- Bureaukratisk sfære

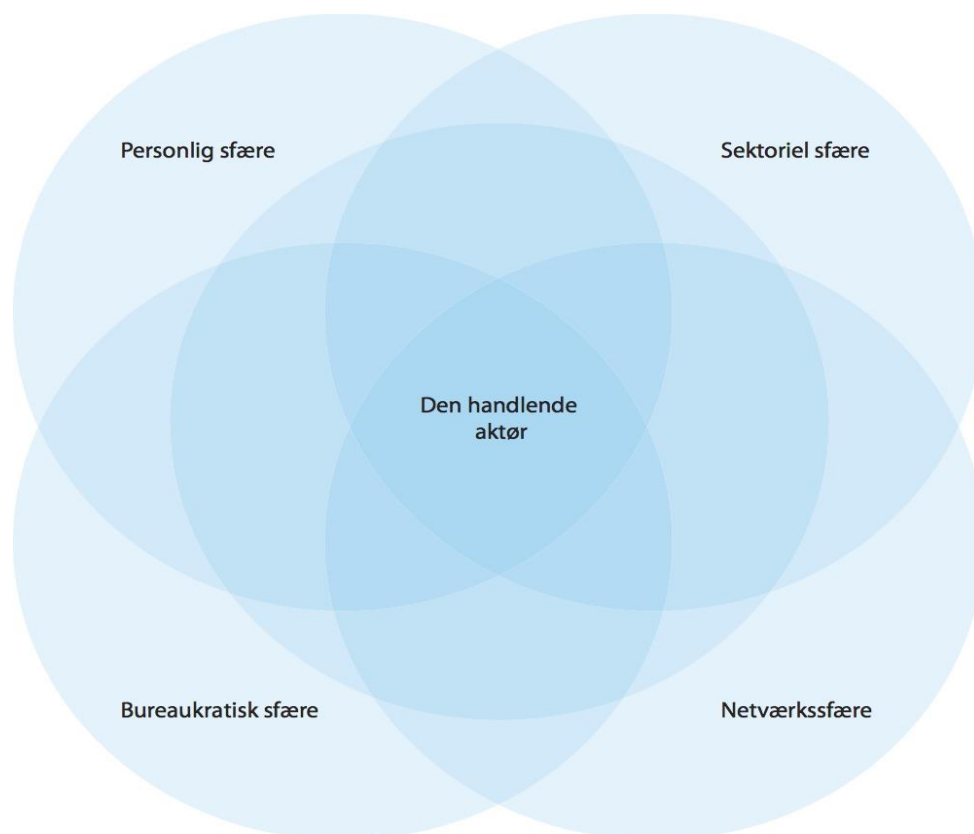
På den måde er de fem hovedkategorier udviklet af og forbinder dermed underkategorierne. Egenskaberne og dimensionerne i hver af kategorierne fylder denne struktur ud med detaljer, som udgør strukturen i den genererede teori (Corbin & Strauss, 2015, s. 8).

3.0 Analyse

Analysen gennemføres i to dele. I den første del fremanalyseres den handlende aktør, som dækker over tre aktørtyper: 1) Den eftergivende aktør, 2) Den initierende aktør og 3) Den afværgende aktør. I analysens anden del sættes den handlende aktør i relation til informanternes oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Analysen viser, at informanternes oplevelser af at handle er sammenhængende med fire sfærer.

Sfære defineres som et naturligt afgrænset område, hvor nogen færdes og har indflydelse eller betydning (Den Danske Ordbog – moderne dansk sprog, 2017b).

Disse oplevelsessfærer er 1) personlig sfære, 2) sektoriel sfære, 3) netværkssfære og 4) bureaukratisk sfære, som hver især rummer generative principper for den handlende aktør. Nedenstående Figur 1 er således udarbejdet på baggrund af empirien og illustrerer denne relation mellem den handlende aktør og oplevelsessfærene, som samlet udgør handlerummet. Den præsenteres allerede nu for at skabe en ramme for læsningen af analysen.



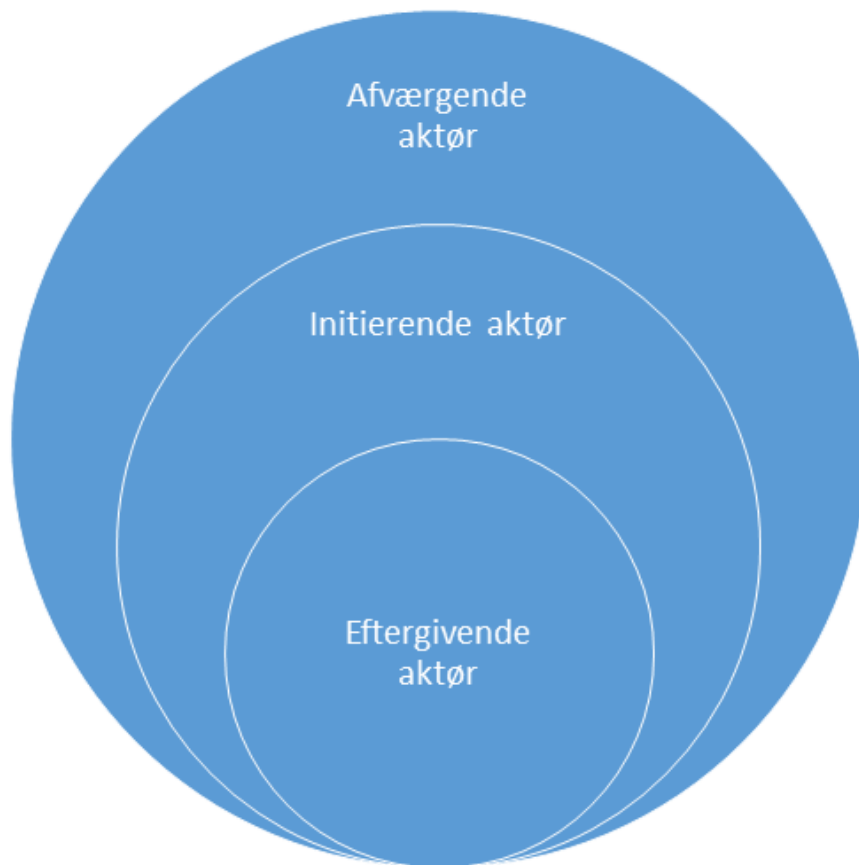
Figur 1 er udarbejdet på baggrund af empirien og vedrører de oplevelser, der har ført til udledningen af informanternes handlerum i deres forløb. På den baggrund illustrerer figuren den handlende aktør og fire oplevelsessfærer, som er gensidigt konstituerende. Endvidere er oplevelsessfærene indbyrdes relaterede.

3.1 Del 1: Den handlende aktør

Den handlende aktør er udledt af empirien og dækker over tre forskellige aktørtyper, som har karakter af idealtyper¹. Disse aktørtyper karakteriserer, hvordan syge og ledige borgere handler i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. De tre aktørtyperes handlinger adskiller sig fra hinanden ved deres handlemåde, baggrunden for deres handlinger samt intentionen med handlingerne. Aktørtypernes handlinger bevæger sig på hver deres kontinuum. De tre aktørtyper fremgår af nedenstående Figur 2. Analysen viser, at nogle informanternes handlinger typisk ligger inden for en eller to handlende aktørtyper, mens andre informanternes handlinger bevæger sig imellem alle tre aktørtyper, eksempelvis afhængigt af forskellige tidspunkter i deres forløb. Derfor vil nogle informanter indgå mere i analysen af en enkelt aktør end andre. Denne dynamik og

¹ Idealtyper er konstruktioner af sammensatte kausale forklaringer, som i virkelighedens verden ofte er kendetegnet ved, at de kombinerer træk fra de forskellige typer (Guldager, 2014, s. 31).

aktørtypernes handlinger beskrives kort under hver enkelt aktørtype og udfoldes følgende i analysens anden del.



Figur 2 er udarbejdet på baggrund af empirien. Informanternes oplevelser af deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren har betydning for den måde, de handler på. Cirklerne i figuren beskriver forskellige aktørtyper, som informanternes handlinger kan lægge sig inden for. Analysen viser, at informanterne bevæger sig imellem de forskellige cirkler afhængigt af deres oplevelser.

3.1.1 Den eftergivende aktør

Den eftergivende aktør vil her blive analyseret i forhold til de *handlemåder, baggrund for handling og intention med handling*, som karakteriserer aktøren. Den eftergivende aktør handler på et kontinuum fra samtykker på baggrund af tillid til accepterer på baggrund af afmagt.



Handlemåde

Den eftergivende aktørs handlemåde har karakter af samtykke til eller accept af sit forløb i både beskæftigelses- og sundhedssektoren. Samtykke og accept er ofte ikke eksplicit, men kan tolkes i handlinger forbundet med eksempelvis en beslutning i sektorerne.

Et eksempel er Informant 3's beskrivelse af at følge behandlingsplanen i sundhedssektoren, hvilket kan synes som et udtryk for samtykke til planen:

Altså, selve psykiatrien der bliver jeg henvist til, hvad hedder den, ved den her centralvisitationen, de siger, vupti det er et pakkeforløb på PTSD, der er næste ledige tid, det befinder sig på [hospital], det var jo så bare skønt . . . og så blev jeg henvist derop til, og så fik jeg en indkaldelse til en læge, og så fortalte han, hvad det var, der skulle ske. (Informant 3)

Selvom informantens forløb ikke udvikler sig "den helt lige vej", synes informantens handling, som er at afvente start på behandling, at hvile på hendes samtykke til planen for hendes forløb:

Og så blev jeg indkaldt ved lægen i maj, men jeg startede først til terapien i august, det var så lidt lang tid ligesom at gå, men på den anden side, så var det dér, jeg havde fået medicin. (Informant 3)

I forhold til jobcenteret beskriver Informant 7 sin reaktion på, at sagsbehandleren har frataget ham mentorstøtte:

Så det pisser mig helt vildt af, at [sagsbehandler] har taget min mentor fra mig, altså op til nu, at nå men nu er der ikke noget at gøre, så tager vi det dér fra dig, og så glemmer de mig, altså fra at have talt en eller to gange om ugen med min mentor, er der nada. (Informant 7)

Adspurgt om Informant 7's handling i forbindelse med fratagelsen af mentor, kan informantens svar forstås som accept: *"Jeg har faktisk ikke, jeg har faktisk ikke gjort noget, men jeg har tænkt meget."* (Informant 7).

Informant 2 accepterer deltagelse i uddannelsesrettet forløb, på trods af at det fremgår, at han ikke at kunne se nogen mening i det:

Jamen det er ikke, det er ligesom at gå i skole, der er bare ikke så mange timer og heller ikke så meget at lave, så det er fint nok at komme, det er jo bare for at aktivere os til at gå og lave noget jo. (Informant 2)

Baggrund for handling

Baggrunden for Den eftergivende aktørs handlinger synes både at være tillid og afmagt. Der ses en sammenhæng mellem handlemåde og baggrund for handling, hvor baggrunden for samtykke er tillid og baggrunden for accept er afmagt.

Informant 1 beskriver for eksempel, at det var rart at tale med forskellige fagprofessionelle i sundhedssektoren, som havde viden om hendes forskellige problemstillinger. Dette kan forstås som udtryk for tillid til de fagprofessionelles viden i sundhedssektoren. Informant 1 har fulgt planerne i både beskæftigelses- og sundhedssektoren og har gennem sit forløb overvejende handlet ved at følge sektorernes beslutninger og planer (se Oversigt 1 i kapitel 2.0 under "Finde støtte i professionelle"). Det kan derfor udledes, at samtykke til sektorernes beslutninger gives på baggrund af tillid:

Altså, jeg synes, det var rart, fordi det var jo så forskellige ting, vi snakkede om, med diætisten snakkede jeg jo med om kost og mad, med fysioterapeuten snakkede jeg om motion, ja og psykologen, det var sådan det mere sådan følelsesmæssige og sådan tanker og . . . så jeg synes også, at det var meget rart, at det sådan var forskellige, så man sådan kunne gå i dybden med dér, man vidste, det var nogen, der sådan vidste noget om det. (Informant 1)

For andre informanter synes deres handlemåder snarere at være af accepterende karakter på baggrund af afmagt. Informant 6 beskriver, at hvis man siger nej til en praktik, så stopper jobcenteret med al hjælp:

Nej, de [jobcenter] gør det bare [beslutter praktiksted], jeg siger, jeg har så mange forskellige sagsbehandlere i de ni år, jeg tror, de har nogle aftaler med nogle arbejdspladser, store arbejdspladser eller store ting ligesom McDonald's eller Bilka eller Netto eller den måde, ikk', de vil sende til dér, simpelthen, de vil sende til dér, og det ligesom de aftalerne, de er helt klart, de er på plads . . . hvis du siger nej, så de siger til dig, så vi stopper med alle ting.
(Informant 6)

Informanten accepterer at deltage i en praktik på trods af hendes helbredsmæssige problemer, da hun har en oplevelse af at være gidsel. Denne oplevelse kan tolkes som et udtryk for afmagt:

Hvis jeg havde glemt hættten, det chefen helt oppe, og de giver mig en træsko, jeg kan ikke løfte, det er alt for tungt for mine ben, jeg kan ikke løfte med den måde, så jeg tog mine sko, og så var der nogen, som begyndte igen, hvorfor du tager ikke den sko, vi har givet dig, okay men jeg kan ikke løfte mine ben, de er alt for tunge for mig, okay, det var det helt, det er, som jeg siger, en kamp, ligesom du har gidsler. (Informant 6)

Intention med handling

Intentionen med denne aktørtypes samtykke og accept er at tilpasse sig sit forløb. Denne intention om tilpasning ses at hænge sammen med oplevelsen af både tillid og afmagt.

I forhold til sundhedssektoren kan intentionen med Den eftergivende aktørs handlinger ses som tilpasning. For eksempel tager Informant 4 angstmedicin på trods af oplevelse af, at det ikke er det rigtige at gøre. Informant 4 tilpasser sig sit forløb ved samtykke til lægens anvisninger på baggrund af tillid til, at lægen gør det rigtige: "Så set i bakspejlet så skulle jeg have sagt nej til det og så bedt om en blodprøve, men man stoler, ja man stoler på sin læge." (Informant 4).

I forhold til beskæftigelsessektoren beskriver Informant 8 at tilpasse sig sit forløb, da hun svarer på, om der har været overensstemmelse mellem hendes ønsker og mål og jobcenterets beslutninger: *“Nej det har der ikke, det har været, det har faktisk været kæft, trit og retning, og hvis du ikke opfører dig ordentligt, så ryger du af helvede til, ikk’.”* (Informant 8). Denne oplevelse betyder, at Informant 8 accepterer behandlingen og tilpasser sig forløbet på baggrund af afmagt:

Så bliver jeg rasende, når jeg går derfra, og jeg siger ikke noget, og det er dumt for mig ikke, altså og det burde jeg måske have gjort, altså hvis jeg tager før [sagsbehandler], skulle jeg jo have sagt fra noget før. (Informant 8)

Opsummering

Den eftergivende aktør kan på baggrund af ovenstående analyse karakteriseres ved følgende egenskaber og dimensioner i forhold til handlemåder, baggrund for handling og intention med handling:

Kategori	Egenskaber og dimension
Handlemåde	Samtykker Accepterer
Baggrund for handling	Tillid Afmagt
Intention med handling	Tilpasse sig forløb

3.1.2 Den initierende aktør

Den initierende aktør vil ligesom Den eftergivende aktør blive analyseret i forhold til de *handlemåder, baggrund for handling og intention med handling*, som karakteriserer aktøren. Den initierende aktør handler på et kontinuum fra påvirker på baggrund af eget-ansvar til indgår på baggrund af enighed.

Forandrer

Modsætter sig

Mistillid

Uenighed

Handlemåde

Den initierende aktørs handlemåde kan karakteriseres ved at indgå i og påvirke sit forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

Et eksempel på påvirkning af forløb er Informant 8, som beskriver, at hun selv har fundet praktikker:

Jamen, det jo mig selv, der ligesom har fundet det dér, det var også mig selv, altså det andet job jeg var i praktik, det var min mands søsterfirma, hvis man kan sige det sådan, det var også noget, vi selv ligesom sagde, der skal altså bare ske noget nu . . . så på den måde så fandt jeg så [praktikken], fordi jeg kender en, der er et andet sted, og hun sagde, de søger et eller andet deroppe, så det var også mig selv, der fandt det, ikk'. (Informant 8)

I forhold til sundhedssektoren er der eksempler på, at aktøren aktivt påvirker sit forløb. Informant 4 beder for eksempel om at få taget blodprøver:

Så gik jeg op til egen læge, hvor jeg så bad min læge om at få taget nogle blodprøver, det havde de ikke gjort til at starte med, og det viste sig så, at det var mit calcium, der var kritisk lavt, og det giver de samme symptomer som med stress. (Informant 4)

Den initierende aktør påvirker desuden sit forløb ved selv at opsøge viden:

Og der har jeg som nævnt læst rigtigt mange steder, at den her sygdom kan du igen spise dig ud af, men der var ikke noget med lægerne med, at de sagde, [Informant 4], prøv at dyrke noget mere motion, prøv at spise noget sundere, eller prøv at gøre ditten, dutten eller datten, som jeg sagde til den ene læge, jamen hvis du beder mig om at løbe 50 eller 100 kilometer,

jamen så gør jeg det, nej nej men det gjorde hun ikke, så der savner jeg lidt det dér med, at det er lægerne, at de måske tænker lidt ud over deres egne lægebøger, ikk'. (Informant 4)

Den initierende aktør påvirker også sit forløb ved at skabe sammenhæng mellem de to sektorer, eksempelvis ved at formidle oplysninger mellem beskæftigelses- og sundhedssektoren. Informant 3 beskriver, at hun sørger for, at begge sektorer er opdateret i hendes forløb:

Og de matcher ikke [de to sektorer] . . . nej det synes jeg ikke, fordi jeg fortæller jo begge steder, hvad der sker i den anden ende, havde jeg nær sagt, men igen ja det er jo så mig, der har båret informationerne frem og tilbage, ikk'. (Informant 3)

Eksempler på informanter, der indgår i deres forløb ses oftest i forbindelse med forløb i sundhedssektoren. Informant 8 beskriver, hvordan hun har indgået i forløb på smerteklinik:

Altså mit forløb på hospitalet er fungeret fint, det kører helt fint, ikk', smerteklinikken har jeg været sindssygt glad for altså, så jeg har en psykolog, som er super dygtig, vi har bare ligesom, vi kunne bare det dér, jeg har ikke det dér med, det bare os to altså, så det har været også, og sådan har jeg det med hele smerteklinikken også, ikk'. (Informant 8)

Baggrund for handling

Baggrunden for Den initierende aktørs handlemåde er eget-ansvar for og enighed i sit forløb.

Informant 11 er en af de informanter, som i høj grad påvirker sit forløb (se Oversigt 1 i kapitel 2.0 under "Tage aktivt initiativ i forløb"). Samtidig kan det udledes, at Informant 11 har et stort eget-ansvar for forløbet:

Altså jeg har bare, jeg har selv været sådan primus motor på de dér arbejdsprøvninger, tit så finder kommunen et sted til én, hvor man så bliver sendt ud, jeg har hele tiden selv presset på for at komme i arbejdsprøvning, og jeg har selv fundet et sted, hvor jeg kunne være, og det sidste sted, der var jeg i, jamen der var jeg faktisk i to år i forskellige forløb, mens de dér

rapporter blev lavet, og de tilbød mig faktisk en fleksjobstilling, så det gør det jo også bare endnu mere altså. (Informant 11)

Nogle informanter indgår i deres forløb på baggrund af enighed. Et eksempel er Informant 4, som er enig i det tilbud, som beskæftigelsessektoren giver ham, hvorfor han vælger at indgå i det:

Men der var jeg så op til en samtale deroppe [på jobcenter], og der blev jeg så tilbudt et forløb på noget, der hedder [tilbud] ude i [by], altså der er en masse psykologer og psykiatere og alle sådan nogle ting derude, og det sagde jeg så, ja det sagde jeg så ja tak til, og der har jeg så været ude, ikk', og det har været super godt. (Informant 4)

Intention med handling

Intention med for Den initierende aktørs handlemåde er forme sit forløb.

Informant 3 er en af de informanter, som beskriver, at hun påvirker sit forløb med henblik på at forme det på baggrund af et eget-ansvar for et befordrende forløb i samarbejde med sundhedssektoren. For eksempel holder hun løbende egen læge underrettet, hvilket kan tolkes som en påvirkende handling for at forme forløbet:

Men hun [læge] er på hele tiden, og hvis der sker et eller andet, så ringer jeg også og bare lige giver hende en update og siger, nu skal du høre, nu er der sket sådan og sådan og sådan, så hun hele tiden ved, hvad der rører sig, også fordi den journal fra psykiatrien, den kommer ikke automatisk til lægen, så det er ikke altid lige, fordi de ved, hvad der foregår. (Informant 3)

Opsummering

Den initierende aktør kan på baggrund af ovenstående analyse karakteriseres ved følgende egenskaber og dimensioner i forhold til handlemåde, baggrund for handling og intention med handling:

Kategori	Egenskaber og dimensioner
Handlemåde	Påvirker Indgår
Baggrund for handling	Eget-ansvar Enighed
Intention med handling	Forme forløb

3.1.3 Den afværgende aktør

Den afværgende aktør vil i nedenstående afsnit blive analyseret i forhold til de *handlemåder*, *baggrund for handling* samt *intention med handling*, som karakteriserer aktørtypen. Den afværgende aktør handler på et kontinuum fra forandrer på baggrund af mistillid til modsætter sig på baggrund af uenighed.



Handlemåde

Den afværgende aktørs handlemåde har karakter af at forandre og modsætte sig sit forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

Konkrete forandrende handlinger består eksempelvis i at klage for at få omstødt en afgørelse: “Så jeg har klaget tror jeg tre gange og ja, men hvad er en klage og hvad er en rykker ik`. Altså officiel klage har jeg lavet tre gange.” (Informant 10).

Et andet eksempel på forandrende handling, som den afværgende aktør foretager, er, at inddrage uvildige fagpersoner som advokat, privat socialrådgiver og fagforening:

Altså det, der har hjulpet mig eller har været betydningsfuldt, det har været, at jeg ligesom har valgt at få en privat socialrådgiver, som nærmest er lidt en mellemting imellem, selvfølgelig er hun socialrådgiver, men hun er lige så meget coach og psykolog, i forhold til hvordan man tackler udfordringerne med at være i det her system. (Informant 10)

At inddrage uvildige fagpersoner kan ses som en forandrende handlemåde, fordi informanten har en forventning om, at den uvildige fagperson kan bistå i at forandre forløbet.

En anden informant forandrer sit forløb ved at tage til sit hjemland for at blive udredt, idet hun oplever ikke at modtage den fornødne hjælp i den danske sundhedssektor.

Ni år, og så jeg presset også, med MR-undersøgelse, alt muligt i hjemlandet, ikke gratis, jeg købte flybilletter, det er godt, jeg har noget familie, hvor jeg boede, ellers jeg skal betale hoteller, jeg har betalt 10.000 eller 12.000 til MR-undersøgelsen, det er jo så ikke gratis. (Informant 6)

Den afværgende aktør handler også ved at modsætte sig sit forløb. Eksempelvis beskriver en informant, at han udebliver fra aftaler i sundhedssektoren: *“Ja der er det jo nok bare min timing, der er elendig i forhold, fordi jeg vil ærlig indrømme, jeg er da ikke så flink til at komme, når de [sundhedssektoren] kalder mig ind.”* (Informant 5). Dette kan forstås som en modsættende handling i forhold til den plan, der er lagt for informanten i sundhedssektoren. Eksempelvis beskriver informanten, at han hellere vil tage ud og fiske og bruge det som genoptræning:

Jeg kan da selv klare min genoptræning, jeg tror, det er mere genoptræning at stå nede på molen med fiskestang i hånden og blive ved med at stå og kaste med blink og køre ind, kaste, i otte timer. (Informant 5)

Baggrund for handling

Baggrunden for Den afværgende aktørs handlinger er mistillid til og uenighed i sit forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. For eksempel har Informant 11 mistillid til de fagprofessionelles kompetencer og vilje til at hjælpe i sundhedsvæsenets:

Vi er sådan lidt bagefter i forhold til mange andre lande, så de dér læger de ved ikke rigtig, hvad de skal gøre ved det, så ja altså jeg har ikke følt mig sådan taget ind af sundhedsvæsenet, det synes jeg ikke, og sådan har følt, at de gerne ville hjælpe altså egentlig. (Informant 11)

En anden informant har mistillid til, at sagsbehandleren har "styr på tingene":

Men du ved, så siger hun til mig, "hvad fejler du?", på en måde, hvor det er sådan, du ved, det er jo ikke et interview, det er jo ligesom hende, der skal have styr på tingene, ikk' . . . så der er ingen, der har styr på noget som helst altså, det er helt vildt. (Informant 10)

I forbindelse med et rehabiliteringsmøde på jobcenteret oplever Informant 8 stor uenighed i vurderingen af hendes behandlingsmuligheder, hvorfor hun modsætter sig deres forslag:

Og da de så begynder at snakke, der sad en fysioterapeut, og nu er du jo fysioterapeut, men hun sad bare og var så skide smart, hvor at jeg blev simpelthen så gal på hende, og hun fik det glatte lag, og det er jo rigtig synd, fordi hun kommer jo bare med nogle ting, hun synes, jeg skulle, og det var sådan med, da jeg skulle ind med min ryg, at jeg var klar over, at man ikke opererede mere og i den dur, og hvor jeg sagde til hende, jamen det kan godt være, du siger det sådan, men jeg har gået til genoptræning et helt år, og det er bare ikke lykkedes, og sådan er det bare, og jeg blev opereret, og jeg gider ikke høre på det mere, og så fik hun ellers, og alle de andre fik sådan set også. (Informant 8)

Intention med handling

Den afværgende aktørs intention med sine handlinger er at styre sit forløb på baggrund af mistillid til og uenighed i sit forløb i sektorerne. Denne intention ses for eksempel i Informant 11's beskrivelse af at forandre sit forløb ved at tage sin far med til samtaler i beskæftigelsessektoren på baggrund af mistillid:

Jeg plejer også at have bisidder med, i starten der havde jeg det ikke, men dengang jeg var på sygedagpenge, der begyndte jeg at have min far med, fordi jeg kunne godt mærke, at tonen var en helt anden, hvis man havde en med, specielt en mand af en eller anden grund altså, en ældre mand, det var ja. (Informant 11)

Intentionen om styring ses også i Informant 9's beskrivelse af, at han bruger sin tid som frivillig på et plejecenter, på trods af at jobcenteret har sagt, at han ikke må. Dermed modsætter han sig sit forløb på baggrund af uenighed med intention om styre sit forløb i retning af, at det giver ham livskvalitet:

Og det har jeg så gjort [arbejdet frivilligt på plejecenter], og det må man ikke, nej det må man ikke, men det giver mig noget livskvalitet, og det gør det også for dem [plejehjemmets beboere], ikk', så det skider jeg højt og flot på, for at sige det på godt dansk. (Informant 9)

Endnu et eksempel på styring som intention er Informant 11, som søger at styre "sandheden" om hende, da hun er uenig i jobcenterets beskrivelse og derfor modsætter sig:

Den dér ressourceprofil blev aldrig lavet færdig i de to år, jeg var der, og det var simpelthen, fordi jeg ville have, at det skulle være sandheden, der stod der, og de ville have, at det skulle lyde som om, at jeg var noget andet, end jeg var. (Informant 11)

Opsummering

Den afværgende aktør kan på baggrund af ovenstående analyse karakteriseres ved følgende egenskaber og dimensioner i forhold til handlemåde, baggrund for handling og intention med handling:

Kategori	Egenskaber og dimensioner
Handlemåde	Forandrer Modsætter sig
Baggrund for handling	Mistillid Uenighed
Intention med handling	Styre forløb

3.1.4 Opsummering

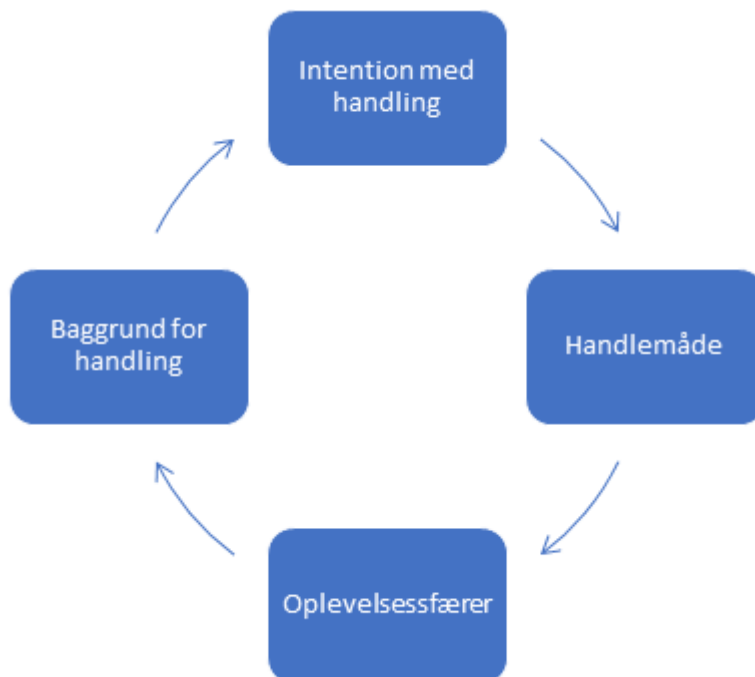
Samlet har analysen frembragt tre aktørtyper, som adskiller sig fra hinanden ved deres handlemåde, baggrunden for deres handlinger samt intentionen med deres handlinger, som bevæger sig på et kontinuum.

Nedenstående oversigt giver et overblik over de egenskaber og dimensioner, som karakteriserer de tre handlende aktørtyper. I analysens anden del sættes disse karakteristika i relation til de oplevelser, som informanterne har haft i deres forløb, for at forstå og forklare, hvad der påvirker syge og ledige borgeres handlinger i relation til den kontekst, de foretages i. Denne relation udgør således handlerummet.

Kategori	Eftergivende	Initierende	Afværgende
Handlemåde	Samtykker Accepterer	Påvirker Indgår	Forandrer Modsætter sig
Baggrund for handling	Tillid Afmagt	Eget-ansvar Enighed	Mistillid Uenighed
Intention med handling	Tilpasse sig forløb	Forme forløb	Styre forløb

3.2 Del 2: Oplevelsessfærer

Informanternes oplevelser danner grundlag for en empirisk udledning af fire sfærer, som er i gensidig påvirkning med informanternes handlinger i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Disse sfærer ligger på mikro-, meso- og makroniveau. De fire sfærer rummer hver især generative principper for informanternes handlinger. Først analyseres den *personlige sfære* på mikroniveau, som udgøres af informanternes ønsker, viden og overbevisninger. Dernæst analyseres den *sektorielle sfære* på mesoniveau, som udgøres af informanternes behov for hjælp og deres forventning om indlevelse. Herefter analyseres *netværkssfæren* på mesoniveau, som udgøres af praktisk støtte og følelsesmæssig støtte. Til slut analyseres den *bureaukratiske sfære* på makroniveau, som udgøres af opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren og forventning om befordrende forløb. Som den tidligere præsenterede Figur 1 illustrerer, er de fire oplevelsessfærer, som er indbyrdes relaterede, og den handlende aktør gensidigt konstituerende. Nedenstående Model 1 anvendes til at forklare, hvorfor syge og ledige borgere handler, som de gør i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren:



Model 1 er udarbejdet på baggrund af empirien og kaldes handlingsmodellen. Modellen forklarer, hvordan oplevelser inden for de fire sfærer genererer handling ved at påvirke handlemåde, baggrund og intention som beskrevet under den handlende aktør. Modellen forklarer, at en intention med handling genererer en måde at handle på, som påvirker oplevelser inden for de fire sfærer, hvilket påvirker baggrund for fortsat handling. Denne baggrund påvirker igen intentionen for handling, som genererer ny handlemåde. Denne handlemåde påvirker oplevelser inden for de fire sfærer, som påvirker baggrund for fortsat handling og så fremdeles. Som udgangspunkt er det generative princip for informanternes handlinger på niveau med intentionen med handling.

3.2.1 Personlig sfære

Analysen viser, at inden for den personlige sfære påvirker informanternes *ønsker, viden* og *kontroversielle overbevisninger*² deres handlinger. Samtidig viser analysen, at informanternes oplevelser af, om deres *ønsker* realiseres, om deres *viden* anvendes, og om deres *overbevisninger* anerkendes, påvirker baggrunden for deres handlinger og dermed intention med deres fortsatte måde at handle på i deres forløb.

3.2.1.1 Ønsker

For hovedparten af informanterne gælder det, at de har *ønsker* for deres liv og fremtid. *Ønskerne* omhandler dels at få en "normal" hverdag, som centrerer sig om familie, fritid og deltagelse på arbejdsmarkedet, og dels at blive raske.

² Kontroversiel defineres som noget, der på afgørende punkter adskiller sig fra normen eller det almindeligt accepterede, og som derfor kan virke provokerende (Den Danske Ordbog – moderne dansk sprog, 2017a).

For Informant 9 har deltagelse på arbejdsmarkedet haft en central betydning i hans liv inden sygdommen, og han ønsker fremfor alt fortsat at bidrage og at "være noget for andre":

Så jeg vil gerne ovenpå igen, ikk', jeg er godt klar over, jeg kommer ikke til at arbejde igen, det gør jeg sikkert ikke, men jeg kommer til at kunne være noget for andre mennesker igen, ikk' . . . det er faktisk det eneste ønske, jeg har sådan rigtigt. (Informant 9)

På baggrund af et eget-ansvar for at realisere dette ønske handler informanten i overensstemmelse med Den initierende aktør ved at påvirke sit forløb og arbejde frivilligt på et plejehjem i forlængelse af en afsluttet virksomhedspraktik. Informanten oplever imidlertid, at ønsket ikke lader sig realisere, da jobcenteret meddeler ham, at det frivillige arbejde ikke må fortsætte. Denne oplevelse afføder, at informanten modsætter sig grundet uenighed i jobcenterets afgørelse, hvilket ligger i tråd med Den afværgende aktør:

Nej det [arbejde frivilligt på plejehjem] må man ikke, men det giver mig noget livskvalitet, og det gør det også for dem [plejehjemmets beboere], ikk', så det skider jeg højt og flot på, for at sige det på godt dansk. (Informant 9)

En anden informant har et ønske om at anvende sine ressourcer på arbejdsmarkedet på trods af kronisk somatisk lidelse. Intentionen om at realisere ønsket betyder, at også hun på baggrund af et eget-ansvar søger at forme sit forløb ved at søge om fleksjob:

Jeg vil virkelig gerne bruge de ressourcer, jeg trods alt har, og derfor har jeg forsøgt at få et fleksjob, men det var som om, at det har jeg kæmpet for, men det var som om, at jeg sådan har fået at vide, at det skal jeg ikke, altså at det at jeg kæmper for det, det må så betyde, at jeg ikke er så syg alligevel, altså at det sådan lidt ja selvmodsigende. (Informant 11)

Informantens oplevelse er, at hendes initierende handling mødes med mistro, og at ønsket om at anvende sine ressourcer på arbejdsmarkedet ikke realiseres. Denne oplevelse betyder, at

informantens baggrund for handling forandrer sig fra eget-ansvar til afmagt og fortsat handling i overensstemmelse med Den eftergivende aktør:

Jamen de [rehabiliteringsteam] bliver ved med at sige, at jeg skal arbejdsprøves mere jo, men det kan de jo blive ved med, og det var også det, jeg sagde til ham [leder af rehabiliteringsteam], jamen I kan arbejdsprøve mig i ti år, og I kan stadigvæk sige, at der mangler noget, og der svarede han, ja det kan vi, det kan vi godt, så der var jeg jo, nå men okay så er der jo ikke mere, jeg kan gøre. (Informant 11)

Andre informanter beskriver, at sygdommen har ændret deres prioriteter i livet og dermed deres ønsker om en mere hensigtsmæssig balance mellem familie- og arbejdsliv. Her angiver Informant 3, hvordan sygdommen har ændret hendes perspektiv på, hvad der er betydningsfuldt i hendes liv, nemlig hendes personlige netværk:

Ja men fokus har faktisk været, fordi lige præcis jamen arbejde, alt det andet lå herude, men arbejde lå herinde [refererer til netværksskort], og mit mål var absolut hele tiden at få skubbet arbejde ud, hvor det hører til, som et arbejde, og så at jeg fik min familie og dem, der virkelig betød noget for mig, og de kom tættere på, og det ser faktisk ud til, det lykkes meget godt, og det er også, og nu kan jeg faktisk klare at få en krammer fra mine børn, det kunne jeg ikke før. (Informant 3)

Informanten handler i overensstemmelse med Den initierende aktør ved at påvirke sin situation og ansøge om et fastholdelsesfleksjob for at realisere ønsket om en mere hensigtsmæssig balance mellem familie og arbejde. Samtidig indgår informanten aktivt i sit behandlingsforløb i psykiatrien, fordi hun er enig i sundhedssektorens plan om, at det kan hjælpe hende til at realisere sit ønske. Behandlingen har hjulpet hende til at håndtere sin sygdom og på den måde opnå mere hensigtsmæssig balance mellem familie- og arbejdsliv:

Hvad der er allervigtigst, det har jo ændret sig rigtig meget, ikk', men det allervigtigste har været, at jeg har det godt, så jeg kan noget for andre, jeg har ikke, mine børn har været langt,

langt, langt væk fra mig, de har ikke, de har ikke haft, selvfølgelig har de haft en betydning, men jeg har ikke haft ressourcerne til dem, fordi jeg lagde alle mine ressourcer på arbejde, det var den eneste måde, jeg kunne flygte på, det var at koncentrere mig om noget andet, og det blev så arbejdet. (Informant 3)

Oplevelsen af enighed i sundhedssektorens planer for hendes forløb betyder, at hun fortsat handler initierende. Den initierende handlemåde ses bibeholdt, når informanten er enig i, at en kommende arbejdsprøvning vil være retningsanvisende for en mere hensigtsmæssig balance mellem hendes familie- og arbejdsliv:

Ja ja men altså jeg ville jo gerne arbejde alt det, jeg ligesom kunne, jeg ville jo helst ikke fejle noget, men på den anden side så ved jeg jo også, jeg skal jo også passe på, og det er jo dér, arbejdsprøvningen kommer ind, fordi spørgsmålet er jo så, om jeg faktisk kan arbejde 20 timer, eller om det er mindre, fordi jeg bliver så træt, så det altså ja, og på det punkt der ville arbejdsprøvning måske nok give mening, men det er ikke omkring arbejdsopgaver, men om arbejdstiden, det er simpelthen omkring, hvor meget jeg kan, og hvor meget jeg ikke kan. (Informant 3)

Informant 9 har et stort ønske om at blive rask eller få det bedre, hvilket betyder, at han på baggrund af et eget-ansvar påvirker sit behandlingsforløb ved selv at betale for forskellig slags træning:

Og nu er det sådan i øjeblikket, ikk', at jeg har på egen hånd selv taget og betalt for noget balancetræning og noget genoptræning og noget fysioterapeut, og i morgen ja i morgen på en helligdag der skal jeg til psykolog også, ikk', jeg er simpelthen begyndt psykologbehandling også. (Informant 9)

3.2.1.2 Viden

For et par af informanterne har deres fagrelevante viden om beskæftigelses- og sundhedssektoren betydning for deres måde at handle på i deres forløb.

Informant 10 har en baggrund, som giver hende viden om beskæftigelseslovgivningen, men hun oplever, at hendes viden ikke bringes i anvendelse i hendes forløb:

Altså hun [sagsbehandler] kender ikke forvaltningsloven, altså for at tage et udgangspunkt, og hun, og det er selvfølgelig også en svær kombination, at hun ligesom er meget underuddannet, og jeg måske er meget overuddannet, altså så hver eneste gang så skal jeg ligesom spille et eller andet spil, fordi ellers så kommer jeg til at fornærme hende, så jeg skal så ligesom sige, nå men kunne du ikke være sød at tjekke op på den dér lovgivning, fordi at det jeg bliver lidt i tvivl omkring et eller andet, og jeg sidder jo og godt ved, at for eksempel at jeg har ret til ferie med ydelse, og det har hun ikke overhovedet tjek på altså, og hun tjekker op på de forkerte ting og så, så jeg skal hele tiden sådan være i et eller andet spil, fordi at hvis jeg sætter hårdt mod hårdt, så sætter hun hårdt mod hårdt med mig, så jeg skal være underdanig. (Informant 10)

Denne oplevelse betyder, at informanten på baggrund af eget-ansvar må "spille skuespil" ved at indtage en underdanig rolle. Således søger hun at forme sit forløb i overensstemmelse med Den initierende aktør ved at påvirke det under dække af ikke at være bekendt med eksempelvis lovgivningen. Skuespillet kan dog også forstås som afværgende med den forandrende handling at bede sagsbehandleren om at tjekke op på lovgivningen.

Informant 3 har også en baggrund, som betyder, at hun er bekendt med beskæftigelseslovgivningen. Denne viden betyder, at hun har gode forudsætninger for at forme sit forløb som Den initierende aktør ved at kunne gennemskue de lovgivningsmæssige muligheder og på den baggrund påvirke forløbet ved at komme med relevante forslag:

Altså bare i forhold til jobcenteret, nu kom jeg selv ind og sagde fastholdelsesfleksjob faktisk . . . men det var jo så, hvad det var, men havde jeg ikke haft, altså havde jeg ikke vidst noget som helst om, hvordan systemet hang sammen, var jeg ikke kommet dertil. (Informant 3)

Informanten oplever, at hendes viden bringes i anvendelse, idet jobcenteret starter hendes sag med henblik på afklaring af muligheden for fastholdelsesfleksjob, hvilket er medvirkende til, at informanten i overvejende grad fortsat handler initierende i sit forløb i tæt relation til de fagprofessionelle (se Oversigt 1 i kapitel 2.0 under "Finde støtte i professionelle").

3.2.1.3 Kontroversielle overbevisninger

Enkelte informanter har kontroversielle overbevisninger, som påvirker, hvordan de handler i deres forløb.

En informant har en overbevisning om, at behandling med piller påvirker hende negativt, og hun påvirker dermed sundhedssektorens anbefaling ved at afvise den tilbudte behandling på baggrund af eget-ansvar i forhold til at efterleve sin overbevisning. Således handler hun i overensstemmelse med Den initierende aktør:

Jeg har sagt det til lægen, jeg tager piller, når jeg køber pillerne, men jeg tager det ikke, jeg spiser ikke dem, okay, hjernen arbejder dårligere, dårligere ting, den arbejder ikke til gode ting, ikk'. (Informant 6)

Afvisning af den tilbudte behandling medfører, at informantens forløb både i beskæftigelses- og sundhedssektoren stagnerer, fordi hendes overbevisning ikke bliver anerkendt, for eksempel ved at hun tilbydes en anden type behandling. Det lykkes derfor ikke for informanten at forme sit forløb:

Derfor jeg siger altid, jeg er åben til alle slags undersøgelser, hvis I tror ikke på mig, jeg vil, hvis jeg bliver rask, jeg ønsker ikke noget fra jer, jeg vil klare det selv, bare vi kan godt skifte, hvis det er muligt, jeg vil skifte min krop til en af jer, bare en dag eller halv dag, ikke andet, så I kan godt opleve, hvordan er det, ikk', det er altså sådan. (Informant 6)

Informanten oplever, at hendes forløb stagnerer, idet hun holder fast i sin overbevisning, og at hun ikke modtager alternative tilbud i sundhedssektoren. Hendes desperate råb efter hjælp kan forstås

som et udtryk for afmagt over ikke at blive tilbudt anden behandling, hvilket altså medfører, at hun efterfølgende i sit forløb handler som Den eftergivende aktør.

Informant 4 har en overbevisning om, at der findes andre alternativer til behandlingen af sin sygdom end den, sundhedssektoren tilbyder ham, hvorfor han handler som Den initierende aktør ved at påvirke sin behandling på baggrund af eget-ansvar for at blive rask:

Ja for at få det bedre, og vi [ægtefælle og informant] sad og spurgte dem deroppe, jamen kan jeg selv gøre noget for at overvinde det her, nej det kunne jeg ikke, jeg skulle bare tage det her medicin, som man nu får. (Informant 4)

Selvom informanten oplever, at hans overbevisning ikke anerkendes, handler han fortsat med intention at forme sit forløb efter sin overbevisning. På den måde påvirker han forløbet ved at omlægge sin livsstil parallelt med sit behandlingsforløb i sundhedssektoren. Informanten handler således fortsat som Den initierende aktør:

Og så har jeg taget skeen i den anden hånd, kan man sige, og så er jeg begyndt at læse en masse om det her og begyndt at spise sundt, leve sundt og sådan nogle ting, og tror faktisk på, at man kan spise sig ud af det, med at spise de rette ting og selvfølgelig droppe nogle ting i din kost, kan man sige, så det giver mig håb, jeg tror på det, at man kan. (Informant 4)

Informant 4's handlinger repræsenterer en såkaldt negativ case. Hans handlinger fortsætter i overensstemmelse med Den initierende aktør på trods af manglende anerkendelse af hans overbevisning. Den stabile initierende handling synes atypisk i forhold til end de øvrige informanternes handlinger, som oftest handler eftergivende, når deres ønsker ikke realiseres, når deres viden ikke anvendes, eller når deres overbevisninger ikke anerkendes i den personlige sfære.

3.2.1.4 Opsummering

Analysen af informanternes handlinger i den personlige sfære viser, at ønsker genererer initierende handlinger med intention om, at ønskerne realiseres. Når informanterne oplever, at deres ønsker

realiseres, medfører det, at de initierende handlinger fortsætter, hvorimod handlingerne bevæger sig i retning af Den eftergivende eller Den afværgende aktør, når ønskerne ikke realiseres.

På samme måde genererer viden om beskæftigelses- og sundhedssektoren initierende handlinger, hvor oplevelser af både, at denne viden anvendes og ikke anvendes, genererer fortsat initierende handling.

Også kontroversielle overbevisninger genererer initierende handlinger, og analysen viser, at manglende anerkendelse af overbevisninger både kan generere eftergivende handlinger og for en informant generere fortsat initierende handling, hvilket er atypisk i forhold til informanternes måde at handle på.

Informanternes handlinger synes at vise, at ønsker er et *afgørende* generativt princip for *størstedelen*, viden er et *influerende* generativt princip for *størstedelen*, mens kontroversielle overbevisninger er et *afgørende* generativt princip for et *mindretal* af informanterne.

3.2.2 Sektoriel sfære

Inden for den beskæftigelses- og sundhedssektorielle sfære viser analysen, at informanterne dels har behov for professionel hjælp og dels har forventning om indlevelse fra de fagprofessionelle i deres forløb, som genererer handlinger. Informanternes behov for hjælp knytter an til *behandling af sygdom og sag* og til *manglende erkendelse af helbredsmæssige begrænsninger*. Forventningen om indlevelse knytter an til *forståelse for sygdomssituation* og til en *anstændig og værdig behandling*. Analysen viser, at informanternes handling i deres forløb påvirkes af, hvorvidt behovet for professionel hjælp opfyldes, og forventningen om indlevelse indfries inden for den sektorielle sfære.

3.2.2.1 Behov for hjælp

Analysen viser, at mange af informanternes handlinger genereres af et behov for hjælp. Dette behov for hjælp rummer dels *behandling af sygdom og sag* og *manglende erkendelse af helbredsmæssige begrænsninger*.

Behandling af sygdom og sag

Flere informanter beskriver et konkret behov for hjælp, som handler om behov for behandling af sygdom i sundhedssektoren og behandling af sag i beskæftigelsessektoren.

En informant handler i overensstemmelse med Den initierende aktør på baggrund af et eget-ansvar for at håndtere sine problemstillinger. Han handler således ved aktivt at påvirke sit forløb og bede om hjælp til at behandle sine problemstillinger:

Altså jeg har skrevet to A4 og noget og alt var noget, jeg skal have hjælp, at jeg er alkoholiker og stofmisbruger, og det vil jeg ikke være, fordi jeg vil gerne være en del for mine børn og alle de der ting, som jo næsten bare blev, nå men altså jeg gik op og afleverede den [i jobcenteret], og så siger hun [sagsbehandler], nå men den ligger jeg ind i din sag, så siger jeg, du skal kraftedeme ikke lægge den ind i min sag, du skal sgu da læse det lort, og så skal vi gøre et eller andet og handle ud fra det dér. (Informant 7)

Informant 7 søger at forme sit forløb ved at appellere til sin sagsbehandler og på den måde påvirke sin sag i beskæftigelsessektoren, men informanten oplever, at hans behov for hjælp til at behandle sine sociale problemstillinger ikke opfyldes. Det medfører, at informanten ikke fortsat handler initierende, men som Den eftergivende aktør på baggrund af afmagt over oplevelsen af ikke at kunne påvirke sit forløb:

Hele det jeg havde siddet og skrevet og været ærlig og siddet og grædt, og jeg ved ikke hvad, og var ked af det og noget, når man havde skrevet det og så kommer op og afleverer det, og så bliver det egentligt bare idiot-agtigt altså, ja ja den lægger jeg ind i din sag, altså jeg kunne forestille mig, at min sagsmappe den er rimelig tyk, men jeg ja jeg ved ikke, hvad jeg skal sige altså. (Informant 7)

Nogle informanter fortæller om, at de ikke har viden om beskæftigelses- og sundhedssektoren og dermed behov for hjælp i deres forløb: "Jeg kender ikke systemet, og hvilken retning det skal gå . . .

jeg forstår det ikke, jeg tror heller ikke, hvad er det, hvorfor er det.” (Informant 6). Det betyder, at informanterne handler initierende ved at opsøge hjælp i sektorerne til at få opfyldt behovet.

Eksempelvis har Informant 4 et ønske om hjælp til at blive rask, hvilket genererer den initierende handling, at han efterspørger viden om sin sygdom og går i dialog med sundhedssektoren med hensigt om at blive rask:

Jeg havde jo tusind spørgsmål, nu er jeg typen, som sætter mig meget ind i tingene dér, når der er noget galt, ikk', og jeg spurgte om en masse ting, blandt andet med dit tarmsystem og din tarmflora, de har fundet ud af, jamen det er fuldstændig nyt land for dem, for lægerne, at det betyder så meget for din krop, at du har den rigtige tarmflora for eksempel, ikk', og spise de rigtige ting, og da jeg nævnte det, det ved vi ikke noget om . . . de kan symptombehandle, men ikke behandle selve, skal vi sige, sygdommen, problemet, vel.
(Informant 4)

Informantens oplevelse af, at behovet for hjælp til at opnå viden om behandling af sygdommen, ikke opfyldes, skaber mistillid i forbindelse med den tilbudte behandling. På den baggrund handler informanten i overensstemmelse med Den afværgende aktør ved at forandre sundhedssektorens behandlingstilbud og styre sit forløb:

Men ved at jeg selv er så stædig, som jeg er, nå men så har jeg så læst en masse om det og selv søgt en masse ting på nettet og blevet meget klogere på en masse ting, ikk', og har købt nogle bøger og sådan nogle ting, ikk', om det her, ikk' . . . så nu skal vi derop her igen om fem måneder, min kone og jeg, ikk', og der har jeg sagt til mig selv, når jeg kommer derop der, så er jeg 100 procent frisk, så har jeg ikke den sygdom mere, og det ved jeg. (Informant 4)

Informant 4 oplever, at inkompetence i sundhedssektoren er årsag til, at hans behov for hjælp ikke opfyldes.

Flere andre informanter har oplevelse af, at inkompetence hos fagprofessionelle betyder, at deres behov for hjælp ikke opfyldes:

Altså den sagsbehandler jeg har nu, jeg tror, hun har seks ugers kursus, altså som jeg plejer at sige, hun vil være rigtig dygtig, nu håber jeg ikke, det må I godt citere, men dygtig som barnepige, men som sagsbehandler der er hun altså, hun aner ikke grundlæggende overhovedet, hvad det går ud på. (Informant 10)

Som tidligere beskrevet handler Informant 10 i overensstemmelse med Den initierende aktør, når hun oplever inkompetence hos de fagprofessionelle og i denne sammenhæng derfor ikke får opfyldt sit behov for hjælp til behandling af sygdom og sag. Disse oplevelser øger informantens eget-ansvar som baggrund for handling, og på den måde ses en sammenhæng mellem de fagprofessionelles inkompetence og nogle af informanternes handlinger som Den initierende aktør i deres forløb.

Et eksempel på en informant, som får opfyldt sit behov for hjælp, er Informant 1, der har brug for hjælp til at behandle sin psykiatriske lidelse. Informantens behov for hjælp udtrykkes i hendes forvirring over sin sygdomssituation og måden at håndtere den på:

Altså jeg var glad, sådan fordi jeg kunne godt mærke, at jeg havde brug for noget hjælp . . . og jeg kan huske, lige i starten var jeg stadigvæk meget sådan, jamen det vidste jeg ikke helt rigtigt og sådan, jeg var meget i tvivl, så det var først senere, jeg tror, jeg fik sådan modet eller sådan ja til, at det her det vil jeg gerne. (Informant 1)

Intentionen om at få behandlet sin sygdom betyder, at informanten med støtte fra sit netværk opsøger hjælp i sundhedssektoren på baggrund af en tillid til, at hendes behov for hjælp opfyldes. Således handler hun i overensstemmelse med Den initierende aktør, og idet hun oplever at modtage hjælp, medfører det, at hun senere i sit forløb "får modet til" at tage eget-ansvar for behandling af sin sygdom og dermed fortsat handle som Den initierende aktør i sit forløb:

Det faktisk også mig selv, der sådan gjorde det [foreslog tilbud i jobcenteret] eller sådan fik det i gang lidt, fordi at til at starte med, så havde jeg bare fået en mentor, som jeg sådan skulle snakke med sådan dér en gang om ugen, men jeg følte, at det var rigtig svært at være derhjemme, ja jeg gik meget derhjemme og sådan, jeg følte bare til sidst, at nu havde jeg

brug for, at der skulle ske noget, og ja så jeg sagde til mentor, at ja så først så foreslog jeg sådan noget praktik. (Informant 1)

Manglende erkendelse af helbredsmæssige begrænsninger

For nogle informanter består behovet for hjælp desuden i, at det er vanskeligt at erkende deres helbredsmæssige begrænsninger.

For Informant 5 betyder det, at han handler i overensstemmelse med Den eftergivende aktør ved at acceptere sit forløb i beskæftigelsessektoren, på trods af at han dermed overskrider sine helbredsmæssige begrænsninger:

Jeg ved ikke, om der, altså de prøver jo også på at se, hvor langt jeg kan trække, ikk', hvor meget, jeg kan, og det gør jeg jo egentlig også selv, så jeg kører den jo også derud, hvor det gør ondt, så er jeg jo nok også et kvaj, fordi jeg kører hellere lidt længere, end jeg egentlig burde, før jeg siger stop, fordi jeg ville håbe, at jeg kunne det hele, altså kan jeg en lille smule mere, nå ja men så er det jo fint nok jo. (Informant 5)

Idet informanten oplever ikke at få opfyldt sit behov for hjælp til erkendelse af sine begrænsninger, handler han fortsat på baggrund af afmagt i sit forløb. Han accepterer sit forløb, på trods af at beskæftigelsessektorens aktiveringstilbud betyder, at informanten overskrider sine begrænsninger:

Jeg vil da ærligt indrømme, der har da nok været mange gange, hvor jeg jamen jeg tror bare, jeg tager telefonen og så ringer og bliver indlagt, men nej ikke om jeg ville, jeg kan godt selv klare den her, jeg skal ikke derned. (Informant 5)

Informant 3 beskriver ligeledes, at det er vanskeligt at erkende sine begrænsninger, og at hun har behov for hjælp til denne erkendelse, eksempelvis i forhold til at have et befordrende forløb mellem beskæftigelses- og sundhedssektoren:

Så ville det give mening, at der ikke skete noget overhovedet, før der ligesom kom et go fra psykiatrien, dem der sagde, okay så det er nu, nu er hun klar, nu kan vi godt begynde med

noget arbejdsprøvning, og det skal være på de og de og de præmisser, det var noget, jeg faktisk også rigtig godt kunne tænke mig, at psykiatrien gav videre til jobcenteret, hvad er det helt konkret for skånebehov, der er brug for, fremfor jeg skal sidde og opfinde den dybe tallerken, uden at jeg egentlig aner noget som helst om, hvor jeg skal starte, og hvor jeg skal slutte. (Informant 3)

Informant 3 oplever, behandling i psykiatrien hjælper hende til en større erkendelse af sine begrænsninger:

Jeg starter jo så op i det her fysioterapiforløb oppe i psykiatrien, også sådan noget body awareness, og så jeg kan lære mine egne signaler at kende, inden jeg får et angstanfald, og hvordan jeg kan klare alle de ting dér. (Informant 3)

Når informanterne oplever at få opfyldt behovet for hjælp til denne erkendelse medfører det, at de i større grad erkender deres begrænsninger. I dette tilfælde betyder det, at informanten fortsat handler initierende ved at påvirke sit forløb, idet hun afslår et efterfølgende aktiveringstilbud på baggrund af et eget-ansvar for ikke at overskride sine begrænsninger. Denne handling accepteres af beskæftigelsessektoren:

Det er faktisk lige efter, at jeg får at vide, at jeg skal starte på det [fysioterapiforløb], at jeg bliver kontaktet af sygedagpenge, som så siger, skulle du ikke lige på sådan noget stresshåndteringsnoget, så sagde jeg, ej det synes jeg sådan set ville være en ret dårlig ide, fordi nu skal jeg starte på det andet, og jeg kan slet ikke overskue, at det skulle være så mange ting, og desuden mener jeg ikke, stresshåndteringsforløb er noget, jeg overhovedet har behov for, men det siger de så, jamen det synes de, det er helt i orden, nu er jeg jo i gang med det andet, super godt, og så er det det. (Informant 3)

Informant 11 har også behov for hjælp til at erkende sine begrænsninger som følge af sin sygdom, hvorfor hun som Den initierende aktør indgår i behandlingsforløb på baggrund af enighed i, at det kan opfylde hendes behov for hjælp til erkendelsen:

Det var altså, det var nok det første sted, hvor hende neuropsykologen, jeg gik hos, altså hun var meget sådan direkte og lige ud og sagde til mig, jamen hvis ikke du accepterer, at det her det er din situation, så kommer du ikke videre. (Informant 11)

Informanten oplever, at hun får opfyldt sit behov for hjælp, og at "det skubber hende i den rigtige retning" i forhold til at erkende sine helbredsmæssige begrænsninger:

Altså jeg tror altid, jeg har været typen, der bare sådan har arbejdet smerter væk, altså det skal man, det er bare noget, man skal ignorere, og så går det væk over noget tid, så det var sådan lidt en aha-oplevelse, at sådan nå men okay jeg er nødt til selv at acceptere det her, så det synes jeg, det var noget, der skubbede mig i den rigtige retning, helt sikkert. (Informant 11)

3.2.2.2 Forventning om indlevelse

Informanterne har en implicit forventning til de fagprofessionelle om indlevelse. Denne forventning genererer for flere informanter initierende handlinger med intention om at forme deres forløb i samspil med beskæftigelses- og sundhedssektoren. Forventningen om indlevelse rummer *forståelse for sygdomssituation og anstændig og værdig behandling*.

Forståelse for sygdomssituation

Med forventning om, at der er forståelse for Informant 10's sygdomssituation prøver hun til møde i beskæftigelsessektoren at få defineret sine skånebehov og på den måde påvirke sit forløb på baggrund af et eget-ansvar:

Mine smerter er meget stressudløst, det bliver meget værre, så der lærer man jo ligesom, hvordan man skal tage vare på sig selv, og ovre i det sociale system der gør de bare sådan her [gestikulerer et slag og hvæser] og gør lige det modsatte af at tage vare på sig selv og hører overhovedet ikke på ens skånebehov, altså for eksempel vil de have mig ud i praktik,

og så siger jeg, skal vi ikke beskrive mine skånebehov, nej det tager vi bare hen af vejen, bare sådan ja, når jeg så er gået ned eller hvad? (Informant 10)

Forventningen om forståelse for hendes sygdomssituation bliver imidlertid ikke indfriet, hvorefter informanten selv finder et praktiksted. Forventningen om forståelse for hendes sygdomssituation består således endnu, og med intention om at forme sit forløb i overensstemmelse med sine skånebehov og "kunne tage vare på sig selv", prøver hun igen at påvirke sit forløb som Den initierende aktør:

Altså jeg havde fundet et praktiksted, der havde åbent mellem syv og syv og også i weekenderne, og hun kunne godt, jeg kunne komme, når jeg havde lyst, eller når jeg kunne, lyst, selvfølgelig ikke lyst, når jeg kunne klare det, så kunne jeg måske godt klare to til fire timer om ugen, i en periode. (Informant 10)

Praktikken bliver imidlertid ikke etableret, og informanten har fortsat en oplevelse af manglende forståelse for hendes sygdomssituation, da jobcenteret sender hende på kursus fem timer ugentligt, selv om både hun og hendes egen læge har sagt, at det ikke kan lade sig gøre for hende. Igen handler Informant 10 ved at søge at påvirke sit forløb og forklarer, at hun ikke kan, hvilket er i overensstemmelse med Den initierende aktør:

Altså i mine lægeerklæringer der står, at jeg skal starte meget tidligt, altså meget forsigtigt, højst en til to timer, og så ringer de og siger, jamen du skal starte på kursus i næste uge, fem timer om ugen, selvom jeg ligesom har givet udtryk for mange gange, det kan jeg ikke, jeg kan ikke lige nu, måske kan jeg om en måned, men lige nu har jeg lige været nede med mange infektioner, så jeg får vildt meget penicillin, og jeg har hjemmesygeplejerske, og jeg kan ikke komme på et eller andet yogakursus, altså det kan jeg bare ikke. (Informant 10)

Selvom informanten gentagne gange oplever, at hendes forventning om forståelse for sygdomssituation ikke indfries, handler hun altså fortsat i overensstemmelse med Den initierende aktør. Derfor tegner der sig her et billede af, at syge og ledige borgeres forventning om indlevelse

hos de fagprofessionelle ikke sådan elimineres, på trods af oplevelsen af at forventningen ikke indfries. Informantens måde at handle på kan omvendt også give et indtryk af et stort eget-ansvar og intention om at forme sit forløb i samarbejde med de fagprofessionelle, hvorved hun fortsat prøver at påvirke forløbet.

Også Informant 5 har en forventning om forståelse for hans sygdomssituation, da han på grund af sygdom ikke kan deltage i virksomhedspraktik. Denne forventning generer ligeledes initierende handling, hvor han søger at forme sit forløb ved at forklare, at hans helbred ikke kan holde til det:

Jamen det har handlet om med virksomhedspraktik, og hvor jeg siger, jamen det er også fint nok, men jeg kan ikke, jeg kan ikke, jeg kan måske klare nogle dage, og så er det slut igen, og så sætter du mig i åbent tilbud [del af sanktion for ikke at møde i virksomhedspraktik], hvor jeg kun får for de dage, jeg er der, altså skal jeg på gaden igen, skal jeg miste mit hjem én gang til, så jeg går på gaden, jeg har ikke helbredet til at gå på gaden, så nu må I holde op. (Informant 5)

Informanten oplever, at hans forventning om forståelse ikke bliver indfriet, idet han sanktioneres for de dage, som han ikke kan møde i praktikken på grund af sygdom. I dette tilfælde medfører oplevelsen, at informanten handler som Den eftergivende aktør: "Altså tit og mange gange så har jeg bare rystet på hovedet, og altså nå, og så er det bare kørt igennem, ikk' [peger med finger fra det ene øre til det andet]." (Informant 5). Hans reaktion kan her forstås som et udtryk for afmagt, idet han accepterer sit forløb, på trods af at han ikke oplever forståelse for sin sygdomssituation og dermed må deltage i praktik, som ikke samsvarer med hans helbred og arbejdsevne.

Informant 3 har også en forventning om forståelse for sygdomssituation. I modsætning til de foregående oplever hun, at denne forventning bliver indfriet:

De [jobcenter] har faktisk sat sig ned, de har læst de her speciallægeerklæringer, de har læst konklusioner, når du sidder med den dér konklusion, så ved de bare, okay vi skal ikke presse,

vi skal ikke være for nærgående på nogle områder, og det tager de faktisk til sig. (Informant 3)

Informantens forventning om forståelse for hendes sygdomssituation medfører, at hun fortsat er enig i planen for og udviklingen af hendes forløb, hvorfor hun handler som Den initierende aktør ved at påvirke mødetidspunkter i jobcenteret:

Jeg synes, den sagsbehandler jeg har, hun er bare super sød altså, lyttende, forstående, tager hensyn til, hvordan jeg har det, også hvordan det passer bedst med mødetider, jamen altså skal vi tage en morgentid, fordi det er dér, du er frisk, eller skal vi tage om eftermiddagen, jeg kan altid bare ringe til hende og sige, ikke lige nu alligevel, bad timing, altså det kan jeg, ikk', og så rykker vi det bare. (Informant 3)

Anstændig og værdig behandling

Generelt for informanterne gælder det, at de har en forventning om at blive behandlet anstændigt og værdigt i deres forløb. En anstændig og værdig behandling indbefatter at blive mødt med respekt og tiltro og at blive set som et unikt, ligeværdigt menneske.

En informant oplever, at denne forventning ikke bliver indfriet, idet hun møder på jobcenteret til tiden som aftalt, men jobcenteret er forsinkede og afvikler mødet med informanten utilstrækkeligt:

Måden jeg var blevet behandlet på, ikk', jeg kan så sige, at jeg var på rehabiliteringsteam, der lagde de telefonen sådan foran mig, jeg skulle være der klokken ni, og hun sagde, vi er forsinkede, så vi skal skynde os, og jeg bliver nødt til at have den, så jeg kan kigge på uret, så jeg ikke bliver mere forsinket, allerede dér, der tændte, det tændte simpelthen inde i mig, fordi de bliver forsinkede, så meget kan de ikke blive forsinkede, de havde et telefonmøde, det må de altså lukke, og så må de tage mig, når det er mig, de skulle have ind, der kunne jeg godt mærke, der kogte det, og der kunne jeg ligeså godt sige til mig, jeg kunne ligeså godt lade være med at sidde der, for jeg var så gal indvendig. (Informant 8)

Informanten oplever, at hun "ligeså godt kan lade være med at sidde der", hvilket kan forstås som udtryk for afmagt, mens hendes efterfølgende reaktion peger på, at hun på baggrund af uenighed reelt handler som Den afværgende aktør. Informanten modsætter sig nemlig sit forløb ved at opponere mod den oplevede behandling: *"Hvor at jeg blev simpelthen så gal på hende, og hun fik det glatte lag."* (Informant 8)

Mange informanter peger på mange sagsbehandlerskift som et stort problem, der betyder, at sagsbehandler aldrig er opdateret, hvilket opleves som mangel på respekt.

Informant 6 fortæller, at hun har haft mange forskellige sagsbehandlere, og de har aldrig rigtig sat sig ind i hendes sag, når hun er til møde på jobcenteret:

Hvis I kommer møde med mig, åben den mappe, og læs, jeg har skrevet til jer, det er jeres opgave, hvis I drikker kaffe, og kollegerne snakker, så I kan godt tage fem minutter og kigge på mappen, bare gør det, åben den, ikk', jeg ønsker mig ikke [uklart], det er jeres opgave. I får penge for den. (Informant 6)

Oplevelsen af, at sagsbehandlerne aldrig har forberedt sig til møderne betyder, at hendes forventning om at blive behandlet med respekt ikke indfries. Derfor handler hun initierende ved direkte at italesætte oplevelsen overfor dem, og at hun forventer, at de forbereder sig til møderne. Informanten har imidlertid ikke en oplevelse af, at denne handling medfører, at forventningen om respekt er blevet indfriet: *"Hvad fejler du, vil du fortælle forfra, første dag, jeg gider ikke, hvorfor jeg skal fortælle hver gang, så jeg bliver dårligere og dårligere."* (Informant 6). Hun beskriver derfor, at hendes påvirkende handling og intention om at forme sit forløb ikke virker, idet hun bliver dårligere og dårligere, hvilket kan ses som et udtryk for afmagt.

Også Informant 10 oplever, at forventningen om gensidig respekt ikke bliver indfriet som følge af mange sagsbehandlerskift. Informanten oplever dog ikke, at den manglende respekt består i, at sagsbehandlerne er uforberedte, men derimod at de mange skift er en bevidst strategi fra kommunens side:

Men altså i det sociale system kan man jo ikke nå at få noget [kemi med sin sagsbehandler], det er jo også helt bevidst, de vil jo ikke have, at man skifter jo også, fordi man ikke må få et personligt forhold til dem, altså det er jo det, der er overordnet oppefra, at man skal ikke have noget personligt forhold til borgerne vel, altså for det kunne jo være, at man fik sympati for dem. (Informant 10)

Informant 3 oplever i modsætning til informant 6 og 10 en stabil relation til de fagprofessionelle, hvilket har betydning for hendes måde at handle på:

Hun [egen læge] har også været inde over, ja, hele vejen igennem, og det har været den samme læge, og jeg rykker mig ikke ud af flækken, hvis jeg kan slippe, jeg har det så skidt med de dér skift, når det er, når det bliver, der er så personligt og tæt på, hvem man er dybest inde, så må det altså godt være den samme . . . hun er på hele tiden, og hvis der sker et eller andet, så ringer jeg også og bare lige giver hende en update og siger, nu skal du høre, nu er der sket sådan og sådan og sådan, så hun hele tiden ved, hvad der rører sig. (Informant 3)

Denne oplevelse af stabilitet og dermed en respektfuld behandling medfører, at informanten indgår aktivt i sit forløb og handler initierende ved løbende at ringe til lægen og give en update.

I den gode kontakt til fagprofessionelle ligger også tilgængelighed:

Der er de jo også alle sammen, havde jeg nær sagt, lette at få fat i, når man bare sender en mail til ambulatoriet og skriver deres navn i emnefeltet, så vender de tilbage i løbet af ingen tid, så det har været rigtig, rigtig let, og det er det samme med jobcenteret altså, ja bare ringe eller sende en mail, så er de der med det samme. (Informant 3)

Informant 3 har oplevelsen af, at hun altid kan kontakte egen læge, psykiatrisk afdeling og jobcenter ved behov, hvilket medfører, at hun fortløbende handler som Den initierende aktør ved at benytte sig af denne tilgængelighed med intention om at forme sit forløb.

Informant 11 oplever omvendt ikke, at forventningen om gensidig respekt bliver indfriet, idet hun netop ikke oplever tilgængelighed:

Altså som det er nu, man kan jo ikke, man har ikke mulighed for at komme i kontakt med sin sagsbehandler, altså det er jo, det er jo ulovligt for dem at give dem navn og telefonnummer, så vi er derude . . . altså allerede dér der føler man jo, at man er en eller anden farlig person, som de skal skærmes imod. (Informant 11)

Oplevelsen af at blive behandlet med mistro medfører, at informanten tilpasser sig forløbet som Den eftergivende aktør, da "vi er derude", og en intention om eksempelvis at forme eller styre forløbet i denne forbindelse ikke opfattes som mulig at indfri.

Informant 9 oplever, at forventning om en værdig behandling bliver indfriet:

Hende den sidste nye sagsbehandler, jeg har fået, hun er ikke ret gammel, men hun er meget grundig og meget sød, og hun havde virkelig sat sig ind i tingene, som den første af de mange af sagsbehandlere, jeg har haft, ikk', og hun sagde, jamen jeg kan godt se på det her, jeg er godt klar over, hvad du er for en type, du vil gerne det hele, men det kan du bare ikke, altså du er sgu nødt til at indrømme det, det kan du ikke mere, vel, og mit helbred er blevet dårligere, ikk'. (Informant 9)

Informanten oplever at blive set som det unikke menneske, han er, og at hans forventning om en anstændig og værdig behandling indfries. Det medfører, at han fortsat i sit forløb handler initierende ved at søge om bevilling til genoptræning, hvilket kan ses som udtryk for eget-ansvar: "Så derfor har jeg jo så spurgt kommunen om noget genoptræning, ikk', så hun er nu meget sød." (Informant 9)

Samme oplevelse af at blive behandlet som et ligeværdigt menneske har Informant 11 i mødet med én bestemt sagsbehandler, hvilket betyder, at hun med hans hjælp søger at forme sit forløb som Den initierende aktør:

Han talte til mig som om, at jeg var et rigtigt menneske, synes jeg, ja lyttede, og jeg havde en fornemmelse af, at han gerne ville gøre noget for mig, og det gjorde han også, og faktisk altså efter jeg var flyttet over i en anden afdeling, der havde jeg kontakt med ham nogle gange over e-mail, hvor jeg havde brug for hjælp til et eller andet, hvor han ligesom var der og prøvede at gøre nogle ting, og det jamen det var virkelig dejligt jo. (Informant 11)

3.2.2.3 Opsummering

Samlet set viser analysen af den sektorielle sfære, at behovet for hjælp og forventningen om indlevelse genererer initierende handlinger.

Analysen af, hvordan den sektorielle sfære påvirker informanternes handlinger, viser, at informanternes behov for hjælp er et afgørende generativt princip, som påvirker deres handlinger i retning af Den initierende aktør. Samtidig viser analysen, at der er stor forskel på informanternes oplevelser af at få den ønskede hjælp. Informanterne har både oplevelser af at få den ønskede hjælp og ikke få hjælp. De informanter, som oplever at få hjælp, handler alle fortsat som initierende aktører, hvorimod alle de informanter, som oplever ikke at få den ønskede hjælp, ændrer aktørtype til enten afværgende eller eftergivende.

Informanterne har både oplevelser af at få indfriet en implicit forventning om indlevelse og ikke få indfriet denne forventning. I de tilfælde, hvor forventningen bliver indfriet, fortsætter informanterne med at handle som initierende aktører, hvorimod de ændrer aktørtype til afværgende eller eftergivende, når de oplever, at forventningen ikke bliver indfriet. En enkelt informant fortsætter med at handle som initierende, selv om forventningen ikke bliver indfriet, hvilket kan tolkes som et udtryk for, at forventningen om indlevelse har stor betydning for denne informant.

Når den sektorielle sfære ses i sammenhæng med den personlige sfære, hvor det afgørende generative princip var informanternes ønsker, må det *afgørende* generative princip i den sektorielle sfære være behovet for hjælp for *størstedelen* af informanterne, mens forventning om indlevelse er et *influerende* generativt princip for *størstedelen*.

3.2.3 Netværkssfære

Analysen viser, at to overordnede forhold ved informanternes personlige netværk er generative principper for informanternes handlinger. Det ene er netværkets *praktiske støtte*, det andet er netværkets *følelsesmæssige støtte*. Netværk omfatter i denne sammenhæng både familie, venner og bekendte, mentorer, arbejdsplads, fagforening samt patientforeninger og sociale netværksgrupper.

3.2.3.1 Støtter praktisk

Flere informanter beskriver, at de har fået praktisk støtte fra deres netværk i forhold til deres forløb, hvilket ses at påvirke deres handlinger.

Informant 1 får praktisk støtte af sine forældre til at opsøge behandling for hendes psykiatriske sygdom og hjælper med at besvare spørgsmål:

Altså det var mine forældre, der sådan hjalp mig med sådan at finde det [behandlingssted] og tog mig med til samtaler og sådan noget, jeg kan huske, at jeg syntes, at det var meget svært sådan alle de dér spørgsmål, de [fagprofessionelle i sundhedssektoren] stillede. (Informant 1)

Denne støtte betyder, at hun kommer i gang med behandlingen og følger den. Undervejs i behandlingen begynder informanten at handle som Den initierende aktør på baggrund af et eget ansvar for sin situation og dermed at forme sit forløb:

Og der gik der bare sådan et eller andet op for mig, det kunne godt være, at det var virkeligt hårdt, og det [behandling] var svært, og det skabte en masse tanker og angst, ja så tænkte jeg også på, hvordan jeg havde det før, og at det var jo heller ikke godt og sådan, og ja og så følte jeg, at det var noget, jeg blev nødt til at prøve. (Informant 1)

Selvom det er oplevelser under behandlingsforløbet, som genererer informantens initierende handling på baggrund af eget ansvar, ville hun ikke have haft disse oplevelser uden forældrenes praktiske støtte til at opsøge behandling.

Informant 4 har sin ægtefælle med til lægen og beskriver, at: *“Jo men altså når man selv er presset dér, ikk’, nå men så er der kun to ører, så er det bedre at have fire ører”* (Informant 4). Informanten oplever således, at det er en praktisk støtte at have sin kone med til at modtage information, så han med sin ægtefælles støtte fortsat kan handle initierende, eksempelvis ved at stille spørgsmål: *“Det er jo klart, hvis man har 1000 spørgsmål, så glemmer du jo 500 af dem, når du sidder der”*. (Informant 4).

Et andet eksempel på handling genereret af netværkets praktiske støtte er Informant 8’s oplevelse af, at hun ikke bevilges praktisk hjælp i hjemmet grundet hendes mulighed for at modtage hjælpen i sit netværk:

Så siger jeg, jamen jeg kan jo ikke gøre rent, og der er det så, den kommer, jamen du har jo en mand, det har så været på hospitalet, jeg så har spurgt, hvor de ligesom har sagt, jamen du får ikke noget, for du har ligesom en mand, der kan hjælpe dig, ikk’. (Informant 8)

Informanten har intention om at forme sit forløb ved at påvirke afgørelsen: *“Så burde jeg måske nok spørge, om jeg kunne få hjælp til noget rengøring, ikk’.”* (Informant 8). Denne handling forbliver dog hypotetisk, idet hendes oplevelse af, at det velfungerende netværk, som reelt yder den praktiske hjælp, betyder, at hun på baggrund af accept handler i overensstemmelse med Den eftergivende aktør: *“Man ved jo bare fra ældre, ældre får jo ikke noget, vel, hvor pokker skulle jeg så få noget.”* (Informant 8).

Informant 7 oplever at få frataget sin mentor og dermed sin mulighed for praktisk støtte, da informanten ikke har andet netværk, som kan yde den form for støtte:

Altså jeg fik jo en mentor, som jo har hjulpet mig, og vi har kørt, og hun har, og det har været en stor hjælp, men så mentorchef [sagsbehandler], eller hvad det hedder, har jo så søgt eller fået oplysninger og noget, 28 sideres halløj-journal fra [hospital], hvilket så bevirkede, at så blev min mentor taget fra mig. (Informant 7)

Informantens oplevelse af ikke længere at modtage praktisk støtte fra mentor med en kompenserende funktion for begrænset støtte i netværket medfører, at han på baggrund af afmagt handler som Den eftergivende aktør ved at acceptere, at han så ikke kan komme på hospitalet:

Og så især fordi nu hvor mentor, altså jeg har ikke, jeg har ikke undersøgt det, men jeg aner intet om, hvordan man kommer til [hospital] herfra, men altså jeg kommer aldrig, skal jeg med bus og tog og tog, og det gør jeg ikke, det kommer ikke, det sker ikke. (Informant 7)

Som det fremgår af ovenstående påvirker praktisk støtte fra netværket i høj grad informanternes handlinger.

For nogle informanter indebærer det et dilemma mellem behovet for denne støtte og en bekymring for at lægge netværket til last. Eksempelvis modtager Informant 9 praktisk støtte fra en nabo af nød:

De [venner] er søde nok, men folk har jo også deres eget, ikk', altså nu hvor jeg gik dårligt i morges, ikk', og så spurgte jeg [navn], der bor lidt længere henne, så sagde jeg, jeg skal ind og have taget mål til nogle nye sko i [by] klokken ni, midt i myldretiden, mand, fuck, så sagde han, jamen jeg er hos dig lidt over otte, så skal jeg nok køre dig derind, ikk' altså, de er sgu meget søde. (Informant 9)

Informanten oplever her et dilemma, fordi han er nødsaget til at bede om hjælp, på trods af at han ikke har det godt med at "være til ulejlighed":

Nogle gange er det måske også mig selv, der er den dér generation, jeg er jo ikke så meget for at være til ulejlighed overfor andre mennesker, ikk', det kan jeg ikke så godt lide, jeg vil gerne prøve at klare så meget, jeg kan selv, men altså er der noget, jeg ikke kan, så beder jeg andre om det. (Informant 9)

For flere informanter kan handling i forhold til deres forløb være næsten uoverkommelig uden praktisk støtte fra deres netværk, hvilket medfører, at de anvender netværket som praktisk støtte på trods af bekymringen for at belaste netværket.

For eksempel beskriver Informant 10, hvordan hun af nød har fået praktisk hjælp af sin ægtefælle til at formidle informationer mellem sektorerne, fordi hun ikke kunne selv på grund af sin sygdom: *“Det kan jeg ikke, det har jeg ikke kunne, men min mand har gjort rigtigt meget.”* (Informant 10). Samtidig oplever hun, at hendes forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren generelt er en belastning for hendes netværk, fordi: *“Det er også svært at være gift med nogen, hvor at man hele tiden, du ved, der er ingen, man kan ikke planlægge noget som helst.”* (Informant 10).

3.2.3.2 Støtter følelsesmæssigt

Analysen viser, at også følelsesmæssig støtte fra netværket påvirker informanternes handlinger. To informanter har haft en arbejdsgiver under deres forløb, hvor den forskellige karakter af støtte, de har oplevet at modtage, påvirker deres handlinger i forskellige retning. Informant 4 har oplevet en god følelsesmæssig støtte fra sin arbejdsgiver:

Hvor jeg sygemeldte mig, der jamen de var utroligt søde, forstående overfor det, ikk', så det har været et tæt forløb med min chef, kan man sige, om det dér med at komme tilbage [på arbejde]. (Informant 4)

Informanten beskriver, at han selv har koordineret forløbet med henblik på at komme tilbage i arbejde i samarbejde med arbejdspladsen og sektorerne. Deraf kan det forstås, at oplevelsen af arbejdspladsens følelsesmæssige støtte har medført, at Informant 4 har handlet initierende ved at påvirke sit forløb og med intention om at forme forløbet i forhold til at komme tilbage i arbejde.

Informant 3 har også haft en arbejdsgiver i starten af sit forløb, men har ikke oplevet den samme følelsesmæssige støtte:

Jo der begyndte jeg ligesom at kunne se, jeg kan ikke, jeg kan simpelthen ikke arbejde fuldtid, ikke på de vilkår, og jeg prøver at få rykket rundt på tingene og alt muligt på arbejdspladsen,

men der er så ikke den velvilje [fra arbejdspladsen], som jeg gerne havde set på det tidspunkt.
(Informant 3)

Denne oplevelse af ikke at få følelsesmæssig støtte medfører, at Informant 3 ansøger om almindeligt fleksjob i stedet fastholdelsesfleksjob på arbejdspladsen. Informanten søger således at forme sit eget forløb på baggrund af eget-ansvar: *“Så kontakter jeg faktisk sygedagpengeafdelingen og siger, hvordan, hvad kan jeg gøre, er der fleksjob?”* (Informant 3)

Særligt følelsesmæssig støtte fra familie og venner har betydning for informanternes handlinger. Informant 8 oplever følelsesmæssig støtte fra sin mand:

Jeg har været grædefærdig, ikk' altså, man kan godt gå hjem og tænke, det her er bare, det orker jeg ikke, altså jeg kan godt forstå folk, hvis de ikke har noget backup, altså nu hvor jeg siger, [ægteemand] har virkelig været [en støtte], hvis folk ikke har noget, de kan få hjælp, så forstår jeg det ikke, altså som jeg siger, jeg tror, til sidst jeg ville hoppe i havet, du bliver kørt så langt ud, hvor du simpelthen ikke kan være længere, ikk' altså, og det synes jeg er forfærdeligt, hvis du ikke har noget hjælp, ikk'. (Informant 8)

Informantens oplevelse af følelsesmæssig støtte fra sin ægtefælle betyder, at hun ikke blot accepterer sit forløb på baggrund af afmagt, men fortsat “kan være” i forløbet og med denne støtte søger at påvirke det i en for hende givtig retning i overensstemmelse med Den initierende aktør.

Også Informant 5 oplever følelsesmæssig støtte fra sit netværk, som påvirker hans handlinger:

Ja ja jo jo men det kommer jo også dér med hobbyen, ikk', med fiskeriet, og jamen altså der var jo flere, der sagde, ih hvor er det godt at se dig igen, ikk', da jeg kommer ud, ikk', ja men jeg har jo ikke kunne, allerede på stationen, ikk', øj du har fået mere kulør i ansigtet, og du ser ud som om, du har fået det bedre, vi troede sgu, vi havde mistet dig, ikk', og ja det hjælper jo også, ikk', det motiverer jo en til en hel masse i hvert fald. (Informant 5)

Oplevelsen af støtte fra netværket betyder, at informanten motiveres "til en hel masse", hvilket kan forstås som et udtryk for et eget-ansvar i forhold til sit helbred. Herved påvirker han sit forløb ved både at handle i forhold til at få det bedre helbredsmæssigt: "*Det er mere genoptræning at stå nede på molen med fiskestang i hånden og blive ved med at stå og kaste med blink og køre ind, kaste, i otte timer.*" (Informant 5) og holde op med at ryge: "*Det er jo ikke uden grund, at jeg også er begyndt rygestopkursus.*" (Informant 5).

For informant 6 er den følelsesmæssige støtte fra familie og venner forsvundet i løbet af hendes forløb, hvilket påvirker hendes handlinger:

Min storesøster har hjulpet så mange med at ringe og snakke med mig bag det og mine følelser, men nogle, også tæt familie, de ringer, bare en efter periode det vil jeg ikke, de bliver trætte, eller jeg har ikke fortalt om sygdommen til dem, de siger, hvordan går det, jeg siger, det går godt, hele tiden jeg siger, det går godt, jeg kan ikke sige, jeg er syg, og åh jeg har smerter, og den måde, ikk', men de har ikke en anden ting, ikke ligesom før, jeg skal lave mad og invitere dem, og de skal komme alle sammen og besøger os og spiser og drikker, og det går ikke, de er væk nu, så besøgstiden også bliver langsomt væk, og telefonen bliver langsomt , langsomt væk." (Informant 6)

Denne oplevelse af, at netværket svigter, fordi hun ikke længere er i stand til det, hun var før sygdommen, betyder, at Informant 6 på baggrund af afmagt "siger farvel" til dem, der ikke støtter hende. Således påvirker den manglende støtte i netværket Informant 6's handlinger i retning af Den eftergivende aktør: "*Jeg er ligeglad, så det ikke en godt for mig, ikk', hvis den periode jeg er dårlig, de skal blive hos mig, ikk', så farvel, jeg er ligeglad*". (Informant 6)

Følelsesmæssig støtte fra netværket ses gennem analysen at have meget stor betydning for informanterne. Derfor genererer manglende følelsesmæssig støtte fra netværket i nogle tilfælde en initierende handling i form af at efterspørge hjælp i sundhedssektoren med intention om at modtage kompenserende støtte. Informant 1 efterspørger eksempelvis hjælp i sundhedssektoren med intention om at modtage følelsesmæssig støtte af sine forældre:

Altså jeg syntes, at det var rigtigt svært på et tidspunkt, at mine forældre, jeg synes, jeg manglede sådan, jeg følte, at jeg manglede lidt støtte derhjemme fra og sådan, hvor der også var til den her samtale, jeg havde med min psykolog og mine forældre, jeg havde snakket med min psykolog, jeg kunne godt tænke mig at have denne her samtale, hvor vi også havde mine forældre, og vi så kunne snakke om de ting, som jeg synes, var svære derhjemme, og som jeg måske kunne have brug for hjælp til og sådan, at jeg godt kunne bruge noget forståelse og sådan, ja jeg følte, at jeg var meget alene om det. (Informant 1)

Også Informant 3 har brug for hjælp til at få følelsesmæssig støtte fra netværket: *“Altså jeg ville godt have haft psykiatrien meget mere inde over i forhold til familie, dem ville jeg rigtig gerne have haft, at de havde de taget fat i familien, det er helt sikkert.”* (Informant 3). Dette ønske genererer, at Informant 3 handler initierende ved at bede psykiatrien om, at hendes børn får en samtale: *“Jamen altså det er super vigtigt, jeg tog faktisk, jeg bad selv om, at mine børn fik en samtale deroppe, så de kunne få forklaret, hvad det var.”* (Informant 3). Informantens handling synes ikke at rette sig mod, at hendes børn skal udgøre den følelsesmæssige støtte for hende, men derimod at hun påvirker sit forløb, således at børnene inddrages hensigtsmæssigt i forløbet og dermed lettere kan tackle situationen:

Jeg har haft en masse rigtig, rigtig uhensigtsmæssige reaktioner, og det er det med altid at se mor enten bryde grædende sammen eller stå og råbe og skriges eller bare gå, det har jeg også gjort nogle gange, når jeg simpelthen ikke har kunne rumme, så er jeg bare gået . . . men på en eller anden måde, så tænker jeg, det er jo børn, de ved det godt, de ved jo godt, der er et eller andet galt, så derfor synes jeg faktisk, jeg synes, det var vigtigt. (Informant 3)

Nogle af informanterne opsøger, indtræder i og etablerer desuden nye netværk, eksempelvis patientforeninger og sociale netværksgrupper, hvor de oplever følelsesmæssig støtte. Ved at blive del af et større fællesskab med en form for samhørighedsfølelse, får de mulighed for at dele erfaringer og få råd fra andre, der befinder sig i situationer lig informanternes egne:

Jeg tænker meget, at noget af grunden til, at jeg har ændret holdning, det er også, at jeg er kommet med i den dér gruppe på Facebook, der hedder [Facebook-gruppenavn], som er sådan en gruppe for folk, der er ramt af de her reformer eller de her systemer, eller hvad man skal sige, og det har jo empowered rigtig mange mennesker, tænker jeg, også mig.
(Informant 10)

Denne oplevelse af fællesskab betyder, at informanten på baggrund af mistillid handler som Den afværgende aktør, hvor informanten for eksempel deltager i borgermøder for at forandre “systemet”:

Altså for et år siden eller der var jeg virkelig nede over det her system, hvor der ligesom er kommet mere kampgejst, altså også det dér med, at vi skal til det dér [borgermøde].
(Informant 10)

3.2.3.3 Opsummering

Analysen viser, at netværkets praktiske og følelsesmæssige støtte påvirker informanternes handlinger.

Når informanterne oplever at få praktisk støtte i netværket, betyder det, at de handler initierende i deres forløb, hvorimod en informant, som ikke får den nødvendige praktiske støtte, handler eftergivende. En enkelt informant, som får praktisk støtte i netværket, handler eftergivende i forhold til, at kommunen ikke tilbyder den nødvendige hjælp. Den eftergivende handling er derfor ikke genereret af den praktiske støtte fra netværket, men skal forstås i relation til den manglende hjælp fra kommunen.

De informanter, som får følelsesmæssig støtte fra netværket, handler initierende, med undtagelse af en, som handler afværgende. Dette skal ses i sammenhæng med, at den følelsesmæssige støtte kommer fra et netværk, som protesterer mod “systemet”. En informant får ingen følelsesmæssig støtte og handler derved eftergivende, mens andre, der heller ikke får følelsesmæssig støtte, handler initierende ved at bede beskæftigelses- og sundhedssektoren om hjælp til at få den følelsesmæssige støtte, hvilket kan ses som et udtryk for, hvor væsentlig denne støtte er.

For nogle informanter er støtten fra netværket forbundet med et dilemma, for selv om støtten er ønsket, er informanterne samtidig bekymrede for at belaste netværket.

Samlet synes netværket at være et *afgørende* generativt princip for *størstedelen* af informanterne, hvilket blandt andet ses ved, at nogle beder beskæftigelses- og sundhedssektoren om hjælp til at opnå netværkets støtte. Netværkets støtte er dog samtidig forbundet med dilemmaer.

3.2.4 Bureaukratisk sfære

Inden for den bureaukratiske sfære viser analysen af informanternes oplevelser, at der er to forhold, der påvirker deres handlinger i deres forløb. Disse forhold knytter sig til informanternes *opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren og forventning om befordrende forløb*.

3.2.4.1 Opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren

Nogle informanter har oplevelse af, at deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren defineres af bureaukratiske hensyn. Oplevelserne bygger primært på en opfattelse af, at økonomi er retningsangivende for de tilkendelser og tilbud i sektorerne, som bydes borgerne: *“Ellers er det jo klart, så er det to vidt forskellige, det ene er sådan en penge-ting, lad os få dig ud på arbejdsmarkedet igen, og det andet er jo ren behandling.”* (Informant 3).

Som eksempel påvirker det Informant 11's handlinger, at hun har en opfattelse af, at det grundet besparelser i sektorerne i dag kræver mere at få den hjælp, syge og ledige borgere har behov for, end før i tiden:

Ja altså jeg vil sige, jeg synes faktisk, vores sundhedssystem har ændret sig, også efter det er blevet drænet så meget for penge, at det er blevet sværere også at få hjælp dér, ligesom det er i socialcentret. (Informant 11)

Informantens opfattelse af, at det er vanskeligt at få hjælp, betyder, at hun som hovedregel gør brug af en bisidder i sin kontakt med sektorerne. På baggrund af mistillid i forhold til at få hjælp grundet hendes opfattelse af beskæftigelses- og sundhedssektorens økonomiske hensyn, handler hun som Den afværgende aktør ved at prøve at forandre sin oplevelse, så hendes opfattelse af beskæftigelses- og sundhedssektoren ikke bekræftes:

Ja ja det havde jeg, jeg havde bisidder med, og jeg havde en, min svoger, han er advokat, ham havde jeg også med . . . hvis man er en person, der prøver at stille sig op for sig selv, så får man ekstra hårde skub tilbage. (Informant 11)

Informanten oplever imidlertid, at hendes opfattelse af beskæftigelses- og sundhedssektoren bekræftes, idet hun ikke tilkendes fleksjob, på trods af at hun er helbredsmæssigt afklaret og grundigt arbejdsprøvet:

Ja men det er, altså det er billigere for kommunen at have mig på kontanthjælp end at have mig i et fleksjob, så selvom de havde det hele, altså jeg er jo udredt i sundhedssektoren, og nu blev jeg jo så også udredt i forhold til arbejdsprøvning og så videre, men økonomisk er det meget billigere for dem at have mig på kontanthjælp. (Informant 11)

Informant 11 oplever, at hendes afværgende handling med hensigt om at afkræfte hendes opfattelse, ikke virker som ønsket, hvilket medfører, at baggrunden for hendes måde at handle på ændrer sig til afmagt og dermed handling fra Den afværgende til Den eftergivende aktør:

Jamen I kan arbejdsprøve mig i ti år, og I kan stadigvæk sige, at der mangler noget, og der svarede han, ja det kan vi, det kan vi godt, så der var jeg jo, nå men okay så er der jo ikke mere, jeg kan gøre. (Informant 11)

På lignende vis har Informant 7 en opfattelse, som påvirker hans handlinger i hans forløb. Informantens opfattelse drejer sig om de politiske hensigter med beskæftigelses- og sundhedssektoren, særligt opfattelsen af beskæftigelsessektorens "mål om at forbedre ledighedsstatikken":

Der er jo forskel på de to systemer, ikk', den ene skal jo helbrede eller finde årsag, og den anden skal bare have skubbet én videre i systemet og ud på arbejdsmarkedet, ikk', altså sådan så jeg ikke er en del af den dér statistik et eller andet sted. (Informant 7)

Informant 7 handler overvejende i overensstemmelse med Den eftergivende aktør i sit forløb (se Oversigt 1 i kapitel 2.0 under "Passiv"), og oplevelsen af, at hans opfattelse af beskæftigelsessektoren bekræftes, forstærker denne måde at handle på, idet baggrunden for hans måde at handle på er afmagt:

Altså jeg tror faktisk, at altså det er billigere at have mig på kontanthjælp, end det er at give mig pensionen . . . der er jo gået lang tid, hvor jeg har været på [hospital], [hospital], [hospital], alt muligt . . . nå men du skal jo også, altså [sagsbehandler] har jo kunnet finde på at ringe til mig, nej men du skal, du kan jo ikke bare gå hjemme, altså du skal jo, jeg siger, jamen hvad vil du have, at jeg skal gøre altså, ikk'. (Informant 7)

Informant 11 har en opfattelse af, at der i beskæftigelses- og sundhedssektorerne findes et bestemt syn på syge og ledige borgere, som definerer, hvordan de behandles: "Altså der er så meget snak om kontanthjælpsmodtagere, som ikke gider arbejde og så videre." (Informant 11). Informanten oplever, at hendes opfattelse af sektorernes bestemte syn på syge og ledige bekræftes, hvilket får betydning for hendes handlinger:

Man oplever rigtig meget arrogance og kynisme, altså at man bliver mistænkeliggjort altså, det synes jeg, at det dér med at man skulle være et uærligt menneske, altså synes jeg, man får smidt i hovedet fra begge sider nu nogle gange, at det man kommer og gerne vil have hjælp til, at det ikke er rigtigt, hvor jeg tænker, jamen altså jeg tror ikke, der er nogen, eller det kan godt være, der er det, jeg kender ikke nogen, som altså som ville lægge sig fladt ned og bede om hjælp uden at have altså en eller anden form for behov for det. (Informant 11)

I informantens oplevelser i hendes forløb kan det til tider spores, at bekræftelsen af denne opfattelse påvirker hendes handlinger, idet hun i høj grad handler initierende ved aktivt at påvirke sit forløb i retning mod deltagelse på arbejdsmarkedet (se Oversigt 1 i kapitel 2.0 under "Tage aktivt initiativ i forløb"). Hendes handlinger kan forstås som udtryk for, at hendes hensigt om at afkræfte

beskæftigelses- og sundhedssektorens syn på syge og ledige borgere ofte er genererende for hendes vedholdende initierende handlinger.

En informant får afkræftet sin opfattelse af, at de har alt for travlt i kommunen, så der ikke bliver fulgt op på tingene:

Og jeg ved jo godt, nu for eksempel [kommune] dér, der hører man en masse dårlige ting, det dér med at de har for travlt til at følge op på tingene og så videre og så videre, ikk' . . . men hende her, hun har været god, så det har været positivt for mig. (Informant 4)

Informant 4 handler initierende gennem stort set hele sit forløb, og oplevelsen af, at negative opfattelser afkræftes, kan være medvirkende for genereringen af hans handlinger.

3.2.4.2 Forventning om befordrende forløb

Generelt for informanterne gælder det, at de har en implicit forventning om et befordrende forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. I forventningen om et befordrende forløb ligger forventning om behandling og tilbud, som bevirker fremgang for informanternes problemstillinger i relation til deres sygdom og ledighed. Dog oplever flere informanter, at indfrielse af denne forventning udfordres af de bureaukratiske rammer i sektorerne, blandt andet når de modtager breve med trusler om, hvad der sker, hvis de ikke møder op:

Jamen de bliver bare ved, det hele det er bare, der er det jo på kommunens præmisser, hvis du ikke gør, som vi siger, så lukker vi kassen altså . . . og hvis du ikke kommer til de møder, så bliver du jo altså lynchet med det samme, ikk', det er jo nærmest trusselsbreve, du får, så det er jo sådan nogle standardbreve. (Informant 8)

Informant 3 handler som Den initierende aktør ved selv at kontakte sygedagpengeafdelingen i jobcenteret, da hun bliver syg. Denne initierende handling kan forstås som udtryk for en forventning om, at der iværksættes et for hende befordrende forløb, med mål om deltagelse på arbejdsmarkedet i overensstemmelse med hendes nye livssituation, der omfatter sygdom:

Mit mål, ja okay det er jo så også ændret sig faktisk, fordi mit mål med at henvende mig til jobcenteret i sin tid var at få et fastholdelsesfleksjob, for så kunne jeg blive på min arbejdsplads, og jeg kunne beholde mit drømmejob, det viste sig jo så bare, det var ikke lige sådan, tingene hang sammen, og min arbejdsplads ville ikke samarbejde omkring at sige god for et fastholdelsesfleksjob. (Informant 3)

Informanten oplever, at hendes forventning om et for hende befordrende forløb ikke indfries, idet dokumentationskrav i beskæftigelsessektoren ikke opfyldes af informantens arbejdsplads. Denne udvikling i informantens forløb betyder, at hun bryder psykisk sammen og derfor handler i afmagt som Den eftergivende aktør og tilpasser sig, at hun ikke fik fleksjob:

Det var jo noget værre rod . . . og der må jeg indrømme, der knækker filmen fuldstændig, og der bliver jeg fuldtidssygemeldt, og det er jo også derfor, at den kontakt jeg har med sygedagpengeafdelingen, det er jo egentlig, den starter med ét forløb, der hedder fleksjob, det vi skal søge om, vi skal finde ud af, hvordan vi gør alt det her, så ender det jo så i en ren sygemelding . . . og jeg kan ikke komme videre i min fleksjobsag, før jeg er fritstillet eller er ude af opsigelsesperioden, så det er sådan set det, jeg sådan går og venter på nu, samtidig med jeg kommer mere og mere ovenpå, jeg er absolut ikke, jeg er ikke frisk endnu, det er lidt skræmmende efter fire måneder hjemme. (Informant 3)

Andre informanter oplever, at deres forventning om et befordrende forløb, hvor deres forløb i beskæftigelsessektoren er samstemmende med deres forløb i sundhedssektoren, ikke indfries.

Informant 10 oplever, at denne forventning om et befordrende forløb ikke indfris, fordi beskæftigelsessektorens mål om ordinær beskæftigelse ikke er foreneligt med hendes ønsker og egen vurdering af helbredsmæssige ressourcer:

Så egen læge siger faktisk, at hun synes, at det er urealistisk, at jeg overhovedet får et arbejde, men jeg vil helt vildt gerne for ligesom at få noget, og så sidder de til rehabiliteringsteamet og siger, jamen det kan jo være, at vi ikke ses igen, det kan jo være, at

du kommer ud og får et fuldtidsjob, og det er jo sådan helt, og det står også i min plan, der står, målet det er arbejde, eventuelt på nedsat tid, ikk' . . . jamen hvis du går ind og læser lovgivningen, så er lovgivningen faktisk opsat sådan, at målet det er ordinær beskæftigelse.
(Informant 10)

Der tages således ikke udgangspunkt i informantens forudsætninger, hvormed hun oplever, at hendes forløb former sig urealistisk og uopnåeligt. Informanten sammenligner forløbet med forventning til sin søn om urealistisk høje karakterer og beskriver på den måde, hvordan forløbet er urealistisk for hende:

Hvis jeg skal sammenligne det, hvis nu at jeg havde en forventning om, at min søn han fik 12 i dansk, og han i virkeligheden kun kunne få 02, altså så ville han jo på et eller andet tidspunkt give op . . . altså hvis nu de havde skrevet, forventningen var for eksempel fleksjob 10 timer, så ville jeg sige, så kunne det godt være, at jeg kun kunne tre timer, men så ville det alligevel på en eller anden måde være en sejr, nu bliver det bare sådan fuldstændigt uopnåeligt.
(Informant 10)

Informant 10 beskriver, at når "målet er ordinært arbejde", og det ikke er realistisk for hende at opfylde grundet sygdom, kan forløbet kun blive et nederlag. Bemærkelsesværdigt er det dog, at informantens oplevelse af, at de lovgivningsmæssige mål ikke er befordrende for hendes forløb, ikke medfører, at hendes måde at handle på forandres i en mere eftergivende retning. Tværtimod søger hun fortsat som Den initierende aktør aktivt at påvirke beskæftigelsessektorens afgørelser ved eksempelvis at søge viden om og sætte sig ind i lovgivningen og på den måde forme sit forløb i en (se Oversigt i kapitel 2.0 under "Tage aktivt initiativ i forløb").

Informant 10 beskriver endvidere, at hun skal deltage i et aktiveringskursus "bare for at gøre det", uanset om det er befordrende for hendes forløb:

Altså selvom det overhovedet ikke er relevant, så skal jeg bare på et af deres kurser, ikk', så jeg skulle bare vælge et kursus, lige meget hvad jeg valgte, jeg kunne vælge yoga eller

mindfulness eller arbejdsmarkedsdansk, altså det dansk man taler på arbejdsmarkedet, ikk', altså det var fuldstændigt lige meget, hvad jeg valgte, jeg skulle bare vælge noget.
(Informant 10)

Denne oplevelse genererer, at informanten på baggrund af uenighed handler som Den afværgende aktør ved at nægte at skrive under:

Det er helt vildt, og nu er jeg blevet bandlyst der fra det dér [anden aktør], fordi jeg er usamarbejdsvillig, ja fordi jeg ville ikke skrive under på deres, så de kunne få deres penge, ikk', så er man blevet bandlyst, ikk'. (Informant 10)

Mange informanter har en oplevelse af uafklarethed og ventetid i deres forløb, som kan forstås som et udtryk for, at deres forventning om et befordrende forløb ikke indfries. Informant 8 reagerer på ventetiden ved selv at finde en praktik, fordi: *“Der skal altså bare ske noget nu.”* (Informant 8). Dette kan forstås som et udtryk for, at ventetid får informanten til at handle i overensstemmelse med Den initierende aktør og tage eget-ansvar for forløbet.

For mange af informanterne er oplevelsen af uafklarethed og ventetid dog en betydelig belastning for deres psykiske trivsel, som betyder, at de handler på baggrund af afmagt. Når informanterne oplever, at deres forventning om et befordrende forløb ikke bliver indfriet, medfører det således for nogle, at de på et tidspunkt i deres forløb ønsker en førtidspension bare for at komme ud af systemet. Dette kan forstås som afmagt, hvor informanterne tilpasser sig:

Altså jeg kan også nogle gange godt tænke, at man laver en lovgivning, der i virkeligheden skal prøve at få folk til at ikke komme på pension, men det kan faktisk være, at det får den modsatte effekt, fordi altså jeg har det sådan nu, fordi jeg har ni et halvt år i systemet, så har jeg det sådan, at jeg er ved at brække mig over alt, der har noget med det at gøre, så nogle gange drømmer jeg da om bare at slippe væk, ikk'. (Informant 10)

Informant 7 beskriver ligeledes, hvordan hans forløb har medført, at han ønsker førtidspension, da han opfatter situationen udsigtsløs: *“Jeg forstår det ikke, jeg er ikke interesseret i den dér pension,*

men det er jeg eddermame blevet nu her, fordi at der er jo intet, der er jo ikke nogen udsigt til noget som helst.” (Informant 7)

Informant 1 opsøger hjælp, hvilket kan tolkes som en forventning om et befordrende forløb. Informanten oplever, at hun ikke bliver indkaldt til samtale af sagsbehandleren i jobcenteret under hele behandlingsforløb, selvom det er i strid med loven. Denne oplevelse betyder, at informanten indgår i sit forløb og dermed handler som initierende aktør:

Vi havde sådan en fælles samtale lige dér i starten, hvor jeg startede, hvor vi var, hvor hun [sagsbehandler] også var med og nogle af dem inde fra [hospital], og så har vi haft sådan en afsluttende samtale her for noget tid siden, hvor vi også alle sammen var samlet igen . . . altså jeg synes, at det har været rart [ikke at blive indkaldt til samtale under behandlingsforløbet], fordi at jeg tror ikke, at jeg ville kunne overskue både at koncentrere mig om dét og så samtidig skulle lave noget andet, det tror jeg ville være svært for mig.
(Informant 1)

3.2.4.3 Opsummering

Analysen viser, at informanternes opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren og forventning om et befordrende forløb påvirker informanternes handlinger.

Når informanternes oftest negative opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren bekræftes, betyder det, at de handler eftergivende i deres forløb på baggrund af afmagt. Når deres opfattelser derimod afkræftes, handler informanterne initierende. En enkelt informant handler dog initierende, på trods af at informanten oplever, at opfattelsen af beskæftigelses- og sundhedssektoren bekræftes. Informanten fortsætter med at handle initierende ved at påvirke sit forløb i retning af deltagelse på arbejdsmarkedet i et forsøg på at afkræfte beskæftigelses- og sundhedssektoren syn på syge og ledige borgere.

Når informanternes implicitte forventning om et befordrende forløb ikke indfries, betyder det, at de handler som Den eftergivende aktør på baggrund af afmagt. Omvendt handler informanterne initierende, hvis deres forventning om et befordrende forløb indfries. En enkelt informant handler imidlertid fortsat initierende på trods af at opleve, at hendes forventning om et befordrende forløb

ikke indfries. På trods af at informanten forsøger at påvirke sit forløb ved at søge viden om lovgivning og på den måde forme sit forløb, oplever informanten fortsat ikke, at forventningen om befordrende forløb indfries, hvilket medfører, at informanten handler afværgende.

Hvis ønsker og behov for hjælp bliver opfyldt, og netværket inddrages hensigtsmæssigt, så indfrier det også forventning om et befordrende forløb. Samtidig vil opfyldelse af ønsker og behov givetvis også betyde, at negative opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren afkræftes, hvorfor opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren synes at være et *influerende* generativt princip for *størstedelen* af informanterne. Forventning om befordrende forløb synes at være et *afgørende* generativt princip for *størstedelen* af informanterne, men som nævnt også *afhængigt* af de afgørende generative principper inden for de øvrige tre oplevelsessfærer.

3.3 Resultater

3.3.1 Syge og ledige borgeres handlerum

Handlingsmodellen forklarer, at syge og ledige borgere handler, som de gør i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, genereret af flere forskellige principper inden for fire oplevelsessfærer.

Inden for den **personlige sfære** genereres informanternes handling af deres ønsker, deres viden og deres overbevisninger.

For hovedparten af informanterne genererer ønsker om at blive rask og få en "normal" hverdag initierende handlinger. Mens informanterne handler fortsat initierende, når deres ønsker realiseres, hvorimod de handler eftergivende eller afværgende, når deres ønsker ikke realiseres. Ønsker om at blive rask og få en "normal" hverdag bevares, hvorimod informanterne opgiver deres forventning om et befordrende forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Dermed tilsidesættes deres behov for hjælp og forventning om indlevelse i sektorerne, og de søger andre måder at realisere deres ønsker på.

Derfor vurderes ønsker som et *afgørende* generativt princip for *størstedelen* af syge og de ledige borgere.

For de informanter, der har fagrelevant viden, genererer denne viden initierende handlinger, idet de med deres kompetencer til at læse paragraffer og kendskab til lovgivning kan gennemskue deres forløb og påvirke afgørelser og tilbud. Når deres viden ikke inddrages i deres forløb, handler informanterne fortsat initierende, om end ad alternative veje som eksempelvis i en påtaget uvidende rolle, så de på den måde bevarer sektorernes indlevelse i deres forløb.

Derfor vurderes viden som et *influerende* generativt princip for handling for *størstedelen* af syge og ledige borgere.

For nogle af informanterne betyder kontroversielle overbevisninger, at de handler initierende ved at afvise behandlingstilbud i sundhedssektoren og efterspørge alternativer til den tilbudte behandling eller opsøge "alternative" behandlingsmetoder parallelt med deres behandling i sundhedssektoren. Selv i tilfælde af at overbevisningerne ikke anerkendes i deres forløb, handler nogle informanter fortsat initierende, fordi de – på trods af deres overbevisning – fortsat har et behov for hjælp til sygdomsbehandling i sundhedssektoren. Denne bevægelse i handlinger ses ved, at de handler eftergivende, når hverken overbevisningerne anerkendes, eller de får opfyldt deres fortsatte behov for "alternativ" hjælp til sygdomsbehandling.

Derfor vurderes kontroversielle overbevisninger som et *afgørende* generativt princip for handling for et *mindretal* af syge og ledige borgere.

Inden for den personlige sfære fremmes syge og ledige borgeres handlerum først og fremmest ved at understøtte initierende handlinger med den hensigt, at deres ønsker realiseres, og derudover at deres viden inddrages, og overbevisninger anerkendes. Det kræver en forståelse for og indlevelse i, at ønsker ikke kan defineres af andre, men at der kan være grænser for ønskers legitimitet, samt at viden kan tilføres, mens personlige overbevisninger som regel er robuste. Ved at fremme borgernes handlerum inden for den personlige sfære, muliggøres opfyldelsen af deres behov for hjælp og deres forventning om indlevelse i den sektorielle sfære, samt at deres forventning om et befordrende forløb indfries i den bureaukratiske sfære. Endvidere er syge og ledige borgeres ønsker knyttet til deres familie- og arbejdsliv, hvorfor en strategisk hensigtsmæssig inddragelse af borgernes netværk også muliggøres ved at understøtte borgernes initierende handlinger med hensigt at realisere deres ønsker inden for den personlige sfære.

Inden for den **sektorielle sfære** genereres informanternes handling af deres behov for hjælp og deres forventning om indlevelse.

For hovedparten af informanterne genererer behovet for hjælp initierende handlinger i form af at opsøge og efterspørge hjælp i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Når deres behov for hjælp opfyldes, handler de fortsat initierende i deres forløb. Når deres behov for hjælp omvendt ikke opfyldes, handler de eftergivende eller afværgende. Informanterne har behov for hjælp til at realisere deres ønsker, hvilket kræver behandling af deres sygdom og deres sag. Derudover er informanternes livssituation med sygdom og ledighed for mange af dem ny, og det er vanskeligt at erkende egne helbredsmæssige begrænsninger. Når informanternes sygdom ikke behandles, når de ikke kan gennemskue deres forløb, og de ikke erkender deres begrænsninger, realiseres deres ønsker ikke, og de får ikke et befordrende forløb. Mange af informanterne er afhængige af at få opfyldt deres behov for hjælp i deres forløb, hvilket medfører, at nogle af informanterne mister tilliden til at få hjælp i deres forløb, mens andre bliver magtesløse, når de ikke får hjælp.

Derfor vurderes behovet for hjælp som et *afgørende* generativt princip for *størstedelen* af syge og ledige borgere.

Informanterne har forventning om, at der er forståelse for deres livssituation som helhed, som både indebærer sygdom og ledighed, og at de får et befordrende forløb, hvor deres ønsker om både at blive raske og få en "normal" hverdag opfyldes. Det kræver, at både behandling af sygdom og planlægning af deres sag tages i betragtning i deres forløb i begge sektorer. Når informanterne oplever, at deres forventning om indlevelse ikke indfries, handler de gentagne gange fortsat initierende og appellerer på forskellig vis til sektorerne om deres indlevelse. Informanternes forventning om indlevelse lader sig således ikke sådan eliminere, hvilket yderligere bekræftes af, at informanterne atter handler initierende, når deres forventning om indlevelse indfries, selvom de tidligere i forløbet har handlet eftergivende eller afværgende, fordi forventningen ikke er blevet indfriet. Selvom nogle informanter handler afværgende, når deres forventning om indlevelse ikke indfries, har de fortsat et behov for hjælp i deres forløb.

Forventning om indlevelse vurderes derfor som et *influerende* generativt princip for *størstedelen* af de syge og ledige borgere.

Inden for den sektorielle sfære fremmes syge og ledige borgeres handlerum ved at opfylde deres behov for hjælp, idet deres livssituation med sygdom og ledighed kræver hjælp til at realisere deres ønsker om at blive rask og få en "normal" hverdag. Ved at understøtte de syge og lediges initierende handlinger med hensigt at få opfyldt deres behov for hjælp, muliggøres derudover dels en hensigtsmæssig inddragelse af borgernes netværk og dels indfrielsen af borgernes forventning om et befordrende forløb i den bureaukratiske sfære.

Inden for **netværkssfæren** genereres informanternes handling af praktisk og følelsesmæssig støtte i deres netværk.

For de informanter, der får praktisk og følelsesmæssig støtte i deres netværk, betyder det, at de handler initierende i deres forløb dels med den hensigt at få realiseret deres ønsker og få opfyldt deres behov for hjælp, dels med den hensigt at inddrage deres netværk hensigtsmæssigt. Med netværkets støtte genereres initierende handlinger eksempelvis for at følge deres behandling, bevare overblik over deres sag eller koordinere deres forløb. Der er forskellige ønsker om, behov for og hensyn i inddragelsen af netværket. Nogle informanter ønsker eksempelvis, at deres netværk får viden om og redskaber til informanternes livssituation med sygdom, mens andre ønsker at skåne det videst muligt for bekymringer og belastninger, livssituationen kan indebære. For andre informanter er støtten i netværket uundværlig i deres forløb, men samtidig ønsker ingen af informanterne at bebyrde deres netværk. Manglende støtte i netværket eller uhenigtsmæssig inddragelse af netværk betyder, at informanterne handler initierende ved at efterlyse bedre inddragelse eller kompenserende hjælp eller afværgende ved at opsøge støtte i nye "større borgerfællesskaber". Når informanternes eksisterende eller manglende netværk til stadighed ikke inddrages hensigtsmæssigt, handler informanterne eftergivende, fordi de grundet deres livssituation med sygdom og ledighed har behov for praktisk og følelsesmæssig støtte. Derfor er informanterne nødsaget til at inddrage deres netværk, på trods af at det belaster netværket såvel fysisk som psykisk.

Netværkets praktisk og følelsesmæssige støtte vurderes derfor som et *afgørende* generativt princip for *størstedelen* af syge og ledige borgere.

Inden for netværkssfæren fremmes syge og ledige borgeres handlerum ved at understøtte deres initierende handlinger med hensigt om at inddrage praktisk og følelsesmæssig støtte i deres netværk hensigtsmæssigt. Hensigtsmæssig inddragelse af syge og ledige borgeres netværk kræver et strategisk arbejde med henblik på at afdække borgernes individuelle ønsker om, behov for og hensyn i inddragelsen. Ved en strategisk og hensigtsmæssig inddragelse af den enkelte syge og ledige borgeres eksisterende praktiske og følelsesmæssige støtte i deres netværk eller kompensation for manglende praktisk og følelsesmæssig støtte, muliggøres det, at handlerummet i forløbet fremmes i samspillet mellem sektorer, netværk og borger.

Inden for den **bureaukratisk sfære** genereres informanternes handling af deres opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren og forventning om et befordrende forløb.

Mange af informanternes handlinger genereres af deres opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren, som eksempelvis kan have grund i mediehistorier, andres oplevelser i informanternes tætte og perifere netværk og informanternes tidligere erfaringer. Afhængigt af opfattelsernes karakter og internaliseringsgraden af disse opfattelser hos informanterne, handler de initierende med hensigt om at "komme opfattelserne i forkøbet" eller afværge virkeliggørelsen af opfattelserne. Afhængigt af, om de negative opfattelser bekræftes eller afkræftes, handler informanterne henholdsvis eftergivende, idet deres frygt er begrundet, eller initierende med næret håb om, at deres forløb former sig anderledes end frygtet.

Derfor vurderes opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren som et *influerende* generativt princip for *størstedelen* af syge og ledige borgere.

Hovedparten af alle informanterne har en forventning om et befordrende forløb i forhold til deres livssituation, som genererer initierende handlinger som at opsøge hjælp og på forskellig vis argumentere for deres perspektiv på deres forløb. Når informanterne oplever, at deres forventning om et befordrende forløb ikke indfries, synes deres forløb urealistisk og meningsløst, blandt andet grundet uafklarethed og ventetid i både beskæftigelses- og sundhedssektoren, og de handler i overvejende grad eftergivende. Deres ønsker ændrer sig fra at blive rask og få en "normal" hverdag til at ønske om tilkendelse af førtidspension, idet det ikke står i deres magt alene at påvirke eller forandre rammer og vilkår inden for den bureaukratiske sfære. Dog handler enkelte informanter

fortsat initierende eller afværgende, fordi de ikke “vil finde sig i”, at forløbet ikke er befordrende for deres livssituation.

Forventning om befordrende forløb vurderes derfor som et *afgørende*, men samtidig *afhængigt* generativt princip for *størstedelen* af syge og ledige borgere.

Inden for den bureaukratiske sfære fremmes syge og ledige borgeres handlerum ved at understøtte borgernes initierende handlinger med den hensigt at realisere deres ønsker, opfylde deres behov for hjælp og inddrage deres netværk strategisk hensigtsmæssigt. Opfattelser af beskæftigelses- og sundhedssektoren og forventning om et befordrende forløb inden for den bureaukratiske sfære udgør således ikke generelt centrale generative principper for borgerens handlinger, såfremt de generative principper inden for den personlige sfære, den sektorielle sfære og netværkssfæren understøttes.

3.3.2 Hovedfund og anvisninger

Undersøgelsens resultater har givet fire hovedfund om syge og ledige borgeres handlinger, som kan bidrage med viden om, hvordan og hvorfor de handler, som de gør, samt på hvilken måde rummet for disse handlinger kan påvirkes:

1. Syge og ledige borgere har et overordnet ønske om en “normal” hverdag. En stor del af syge og ledige borgeres handlinger relaterer sig til forsøg på at realisere dette ønske. Når de syge og ledige borgere oplever at have et handlerum, hvor de kan søge at realisere deres ønsker, handler de overordnet som Den initierende aktør, hvorimod de handler eftergivende eller afværgende, når handlerummet bliver reduceret.
2. Syge og ledige borgere har behov for hjælp i beskæftigelses- og sundhedssektoren til at opnå ønsket om en “normal” hverdag. Derfor handler de med henblik på at opnå den nødvendige hjælp. Når behovet for hjælp tilfredstilles, handler de som Den initierende aktør, hvorimod handlingerne bevæger sig i retning af eftergivende eller afværgende, når de oplever ikke at kunne opnå den ønskede hjælp.
3. Syge og ledige borgeres netværk spiller en afgørende rolle for at realisere ønsket om en “normal” hverdag. Når borgerne har et netværk, som støtter praktisk og følelsesmæssigt,

handler de som initierende aktører, hvorimod de handler eftergivende eller afværgende, når støtten ikke er til stede. I nogle tilfælde beder borgerne om hjælp til at opnå støtte fra netværket, hvilket viser, hvor væsentlig denne støtte er. Samtidig er støtte fra netværket dilemmafyldt for mange syge og ledige borgere.

4. Når syge og ledige borgeres ønsker realiseres, fordi de får den nødvendige hjælp, og deres netværk inddrages hensigtsmæssigt, spiller de generative principper inde for den bureaukratiske sfære ikke en central rolle for borgernes handlinger.

Disse fire hovedfund giver anledning til anvisninger for, hvordan syge og lediges handlerum kan fremmes:

- Beskæftigelses- og sundhedssektoren skal tage udgangspunkt i de syge og ledige borgeres ønsker om at blive rask og få en "normal" hverdag.
- Beskæftigelses- og sundhedssektoren skal yde hjælp til realisering af de syge og lediges ønsker, ved at sygdomsbehandling og sagsgang i samspil udgør et befordrende forløb for den enkelte borger.
- Beskæftigelses- og sundhedssektoren skal integrere en aktiv strategisk indsats for at inddrage og støtte de syge og lediges netværk eller hjælpe med at etablere et netværk.

4.0 Diskussion

I dette kapitel diskuteres undersøgelsens resultater med henblik på at kvalificere, hvordan undersøgelsens anvisninger for socialt arbejde med syge og ledige borgere kan anvendes, således at syge og ledige borgere efter den politiske hensigt opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

Indledningsvist diskuteres og vurderes den handlende aktør, hvorefter undersøgelsens anvisninger og implikationer i implementering af handlingsmodellen på mikro-, meso- og makroniveau diskuteres og perspektiveres. Implikationer kan bestå i på den ene side at arbejde med de generative principper for handling, som analysen viser, påvirker syge og lediges handlerum, og på den anden side at arbejde inden for de rammer for handlerummet, som beskrives i specialets indledning.

Afslutningsvis diskuteres gyldighed, pålidelighed, bekræftbarhed og overførbare af undersøgelsens resultater, hvormed resultaterne vurderes med henblik på at kvalificere undersøgelsen.

4.1 Resultater

Syge og ledige borgere får ikke fremmet deres handlerum og opnår derved ikke øget ejerskab og indflydelse alene ved generering af en teoretisk handlingsmodel. Implementering af handlingsmodellen i praksis kan være en vanskelig proces, idet der kan opstå implikationer inden for tre overordnede områder. For det første kan borgerne forsøge at påvirke beslutninger. I forhold til handlingsmodellen er sådanne påvirkninger hensigten, men i *implikationer på mikroniveau* diskuteres forskellige aspekter ved denne implikation. For det andet handler fagprofessionelle ikke altid som foreskrevet, hvilket også kan være tilfældet i forhold til handlingsmodellen, som diskuteres i *implikationer på mesoniveau*. Her diskuteres også sektorernes forskellige tidsperspektiver og inddragelse af netværket. For det tredje kan forskellige aktører i implementeringen have forskellige opgaver, som prioriteres højere end anvendelse af handlingsmodellen, hvilket diskuteres i *implikationer på makroniveau* (Nielsen, 2011, s. 319ff).

4.1.1 Den handlende aktør

Analysen viser, at når informanterne handler som Den eftergivende aktør, synes det, at de i nogle tilfælde er afventende og distancerede i forhold til deres forløb. Når informanterne handler som

Den initierende aktør, synes de samtidig at være aktivt deltagende i, trygge ved og tilfredse med deres forløb. I modsætning hertil synes det, at informanter, som handler som Den afværgende aktør, til tider er modstræbende overfor, ofte urolige ved og utilfredse med deres forløb. Handling i forbindelse med aktiv deltagelse, tryghed og tilfredshed må givetvis betragtes som en god forudsætning for, at borgernes handlerum fremmes, og de opnår øget ejerskab og indflydelse, hvorfor det fra et borgerperspektiv vurderes mest hensigtsmæssigt at handle som Den initierende aktør.

Som beskrevet i specialets indledning er samtidig sygdom og ledighed en betydelig belastning for den enkelte, som kan være svær at håndtere selv. Med hensigten om, at syge og ledige borgere opnår øget ejerskab og indflydelse, må det af analysen derfor udledes, at det fra et borgerperspektiv er mest hensigtsmæssigt, at der i beskæftigelses- og sundhedssektoren er rum for at handle som Den initierende aktør, således at de kan forme deres forløb og samtidig ikke belastes yderligere af utryghed og utilfredshed.

Alle informanter har aktuelle og uafklarede forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, hvorfor det ikke med sikkerhed kan udledes, om handling i overensstemmelse med én aktørtype fremfor en anden fremmer håndteringen af deres problemstilling. Dog antyder analysen, at når informanterne handler i overensstemmelse med Den eftergivende aktør på baggrund af tillid eller i overensstemmelse med Den initierende aktør, synes det samtidig, at der er en positiv fremgang i deres forløb. Analysen synes endvidere at vise, at de oplevelser, som informanter i langvarige forløb beskriver, giver et billede af, at de i starten af deres forløb handlede enten initierende eller eftergivende på baggrund af tillid, men med tiden er blevet mere eftergivende på baggrund af afmagt eller afværgende. I det lys synes tillidsfulde eftergivende eller initierende handlinger ikke nødvendigvis at fremme håndteringen af syge og lediges i forvejen belastende situation.

4.1.2 Implikationer på mikroniveau

Der kan være flere implikationer forbundet med implementering af handlingsmodellen, hvis der tages udgangspunkt i anvisningen om at følge syge og ledige borgeres egne ønsker.

En implikation kan være, at der er grænser for, hvilke ønsker beskæftigelses- og sundhedssektoren kan tage udgangspunkt i og inddrage i arbejdet med syge og ledige borgere.

Grænserne kan ses i et potentielt skisma mellem de ønsker, som genererer borgernes handlinger, og velfærdsstatens investering i den enkelte med henblik på deltagelse på arbejdsmarkedet, ansvarliggørelse af den enkelte og pligten til det sunde liv. I dette skisma synes ønsker, der retter sig mod deltagelse på arbejdsmarkedet og det sunde liv, at være mere legitime end ønsker, der i højere grad handler om andre sociale forhold.

En årsag til disse grænser for borgernes ønsker kan ligge i, at de seneste års reformer af den offentlige sektor sætter fagprofessionelles autonomi under pres. Professionelles autonomi opfattes traditionelt som en følge af deres faglige viden og de opgaver, som de kan løse med denne viden. Såfremt reformeringen sigter mod, hvorledes sektorerne med deres viden, identitet og praksis bør lede borgere i overensstemmelse med centrale politiske ambitioner og mål, kan det give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen (Larsen, 2013, s. 37), fordi det medfører grænser for borgernes ønsker.

- Grænser for borgernes ønsker kan udgøre en implikation i implementering af handlingsmodellen, idet der kan være et skisma mellem individuelle ønsker og investeringstilgang, krav om ansvarliggørelse og pligt til det sunde liv. For at foregribe disse implikationer i implementeringen fordres det, at der skabes åbenhed for individuelle perspektiver fremfor et ensidigt fokus på det samfundsmæssige perspektiv.

Forskellige karakteristika ved de syge og lediges ønsker kan også give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen.

I nogle tilfælde, hvor syge og ledige borgere har været i meget langstrakte forløb, uden at der er blevet lyttet til deres ønsker, kan de umiddelbart have opgivet at få deres ønske opfyldt. En del informanter har været i forløb i så mange år, at de oplever, at særligt beskæftigelsessektoren ikke har en reel hensigt om at følge deres ønsker. Det kan betyde, at den syge og ledige borger har identificeret sig så meget med Den eftergivende aktør, at det vil kræve en særlig indsats fra sektorerne at sikre sig, at borgeren ikke fortsat tilpasser sig forløb uden at formulere egne ønsker. En fortsat tilpasning kan have den konsekvens, at borgeren ikke opnår ejerskab og indflydelse i deres forløb, hvorved hverken borgerens ønsker opfyldes, eller den politiske hensigt opnås. Det kan også betyde, at syge og ledige borgere, som handler i overensstemmelse med Den afværgende aktør, har

så meget mistillid til sektorerne, at det kræver en særlig indsats fra sektorerne at skabe den nødvendige grundlag, for at der kan arbejdes med borgerens egne ønsker.

Også mere "mekaniske" ønsker kan vanskeliggøre implementering af handlingsmodellen. Borgernes relationer til velfærdsstaten kan manifestere sig i forskellige forventninger til og planer for fremtiden (SFI, 2017). Det kan betyde, at mange syge og ledige borgere i tråd med de samfundsmæssige normer handler på baggrund af forståelse af, at deltagelse på arbejdsmarkedet er det "korrekte" ønske, på trods af helbredsmæssige begrænsninger for at realisere dette ønske. Fremmes Den initierende aktørs handlinger på baggrund af sådanne ikke personligt definerede ønsker, risikeres det, at handlerummet ikke bliver fremmet, da borgeren reelt handler som Den eftergivende aktør ved at tilpasse sig sit forløb med afsæt i samfundets normer uden at kunne leve fuldt op til disse.

Et yderligere karakteristika ved borgernes ønsker, som kan give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, findes i situationer, hvor den syge og ledige ikke selv er i stand til at formulere egentlige ønsker i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Eksempelvis må det formodes, at der kan være tidspunkter, hvor syge og ledige borgere befinder sig i fysisk, psykisk eller social krise, hvormed det kan være vanskeligt at formulere ønsker for fremtiden. I det undersøgelsens resultater peger på, at ønsker er afgørende for syge og ledige borgere, er det på de tidspunkter også afgørende for den syge og ledige borger, at der afsættes tid og ressourcer til at afdække og indsnævre områder for mulige ønsker og på den måde sammen med borgeren formulere ønsker for forløbet tilpasset borgerens situation.

En yderligere implikation i implementering af handlingsmodellen er situationer, hvor den syge og lediges ønsker vurderes egentligt urealistiske, for eksempel i forhold til specifikke adgangs- og kompetencekrav. Analysen har ikke vist den slags ønsker, men det kan formentlig være en situation, som kan opstå i praksis. I sådanne tilfælde kan det være et dilemma, om sektorerne skal fremme Den initierende aktør med henblik på realisering af ønsker, som ikke lader sig realisere inden for en overskuelig fremtid, eller om de ikke tager udgangspunkt i borgerens ønsker med den konsekvens, at borgeren formentlig vil handle som enten Den eftergivende eller afværgende aktør. En måde at arbejde med dilemmaet på kan være at tage udgangspunkt i borgerens viden og overbevisninger, så det for eksempel bliver tydeligt, hvad der kræves for at realisere ønsket, og hvor lang tid det vil tage.

- Syge og ledige borgeres ønsker kan have forskellige karakteristika, som kan have implikationer i implementering af handlingsmodellen. Borgeren kan opgive håbet om at få ønsker opfyldt, have ønsker om arbejdsmarkedsdeltagelse på trods af helbredsmæssige begrænsninger herfor, ikke være i stand til at formulere egentlige ønsker eller have urealistiske ønsker. For at foregribe disse implikationer fordres bevidsthed i sektorerne, tilpasning af ønsker til borgers konkrete situation og tydeliggørelse af muligheder for realisering af ønsker.

4.1.3 Implikationer på mesoniveau

Undersøgelsens resultater viser, at syge og ledige borgere har behov for hjælp til at indfri deres ønsker. Anvisningen om at yde denne hjælp kan have en række implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, som vil blive diskuteret i dette afsnit. Resultaterne viser samtidig, at syge og lediges støtte i netværket er afgørende for deres handlinger, som har ledt til anvisningen om strategisk inddragelse af netværket, hvilket samtidig har nogle implikationer.

Implikationer i implementering af handlingsmodellen kan udgøres af sektorernes forskellige opgaver og ansvar, som kan vanskeliggøre at yde hensigtsmæssig hjælp til syge og ledige borgere på grund af forskelligt fokus på deres problemstilling.

Informanterne retter typisk deres kritik mod beskæftigelsessektoren, hvilket muligvis kan bunde i, at sektorerne har forskellige opgaver og ansvar. På den ene side består beskæftigelsessektorens opgave i at hjælpe syge og ledige borgere i arbejde, men beskæftigelsessektoren skal, i kraft af borgernes situation med samtidig sygdom og ledighed, nødvendigvis tage hensyn til borgernes sygdom. Sundhedssektoren har på den anden side til opgave at hjælpe borgeren med at blive rask uden nødvendigvis at tage hensyn til borgernes deltagelse på arbejdsmarkedet. Beskæftigelsessektorens opgave med at hjælpe lige præcis syge og ledige borgere er på den måde dobbelt, fordi beskæftigelsessektoren uomgængeligt skal skabe resonans mellem behandlingen af sygdom og deltagelse på arbejdsmarkedet, mens sundhedssektoren primært skal behandle sygdommen. Analysen viser, at beskæftigelsessektoren derfor fokuserer på fremtiden, når de skal hjælpe syge og ledige borgere, og sundhedssektoren fokuserer på nutiden i deres hjælp til syge og

ledige borgere. Denne tidsmæssige forskel kan gøre det vanskeligt at afstemme, hvordan planlægning af og prioritering i den syge og ledige borgers forløb foretages mest effektivt og hensigtsmæssigt for borgeren, og dermed skabe implikationer i implementering af handlingsmodellen, fordi der kan opstå risiko for, at borgerne ikke får den hjælp, de har behov for. I afstemningen af de forskellige tidsmæssige fokuspunkter kan det være givtigt at tage udgangspunkt i den syge og ledige borgers ønsker og derefter i samarbejde med borgeren afsøge alternative muligheder for at realisere disse ønsker. På den anden side samsvarer dette udgangspunkt for arbejdet med syge og ledige borgere ikke nødvendigvis med investeringstilgangen, ansvarliggørelse af den enkelte og pligten til det sunde liv.

En anden implikation kan være, at der ikke er resonans mellem aktiveringstilbud i beskæftigelsessektoren og sundhedssektorens anbefalinger, hvorved de syge og ledige ikke får den hjælp, som de har behov for.

Undersøgelsen har vist, at syge og ledige borgers ønske om en "normal" hverdag har afgørende betydning for deres handlinger. Dette ønske er sammenhængende med andre generative principper oplevelsessfærerne imellem. Eksempelvis betyder ønsket for nogle af informanterne, at de har behov for hjælp til behandling for at få det bedre og dermed kunne deltage på arbejdsmarkedet. Dette forhold kræver samtidig, at informanternes forventning om indlevelse, herunder forståelse for sygdomssituation og værdig og anstændig behandling, indfries, idet der dermed kan skabes resonans mellem aktiveringstilbud i beskæftigelsessektoren og sundhedssektorens anbefalinger. I empirien findes eksempler på, at denne resonans ikke opnås, idet flere informanter beskriver, at beskæftigelsessektoren ikke anerkender lægeoplysninger, som beskriver, at helbredstilstanden er varig og stationær. Det betyder ikke nødvendigvis, at aktivering ikke er en relevant hjælp, men hvis der er diskrepans mellem aktivering og helbredstilstand, kan det medføre, at borgerne ikke får den hjælp, som de har behov for. Når behovet for hjælp og forventning om indlevelse indfries, viser analysen, at informanterne i højere grad handler initierende, end hvis det ikke indfries.

For at det kan lade sig gøre, at beskæftigelses- og sundhedssektoren skal yde hjælp til realisering af de syge og lediges egne ønsker, synes det altså nødvendigt, dels at sektorerne tydeliggør hver deres opgaver og ansvar i forhold til borgerens forløb, og dels at der etableres rum for tæt samarbejde mellem de to sektorer i samspil med den syge og ledige. Dermed muliggøres det, at en fælles plan

er udgangspunkt for dialog og aftaler, og dermed at sektorenes tilbudte hjælp realiserer ønskerne og ikke modarbejder hinanden.

Ved planlægning af forløb er det nødvendigt at reflektere over sektorenes forskellige opgaver og ansvar og afstemme muligheder i forhold til investeringstilgangen, så det bliver en reel mulighed at planlægge et forløb, som realiserer borgerens ønsker. Ved at tage højde for disse overvejelser og integrere dem i det praktiske arbejde med syge og ledige borgere, reduceres risikoen for implikationer i implementering af handlingsmodellen.

Samarbejde på tværs af sektorerne med borgerens ønsker som fælles mål kan dog også være en skrøbelig arbejdsform, idet de samarbejdende parter i beskæftigelses- og sundhedssektoren indgår i hver deres organisatoriske hierarki og er underlagt forskellige og til tider modstridende regler, procedurer og traditioner samt økonomiske og politiske prioriteringer. Derfor må det antages, at implementering af handlingsmodellen kræver stærk strukturel og ledelsesmæssig understøttelse og opbakning (Hjelmar, Bjørnholt & Christiansen, 2016, s. 5).

- Implikationer kan opstå på grund af forskelligt tidsmæssigt fokus i de to sektorer, og hvis der ikke er resonans mellem beskæftigelsessektorens aktiveringstilbud og sundhedssektorens anbefalinger. For at foregribe disse implikationer fordres det, at forskellige opgaver tydeliggøres over for borgeren, at beskæftigelsessektoren anerkender helbredsoplysninger, og der skabes rum for samarbejde med strukturel og ledelsesmæssig understøttelse.

Forskelle i de fagprofessionelles faglige baggrund i henholdsvis beskæftigelses- og sundhedssektoren kan også give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, fordi nogle fagprofessionelle ikke har de nødvendige kompetencer til at arbejde med handlingsmodellens anvisninger.

Analysen viser, at informanterne oplever inkompetence i især beskæftigelsessektoren, hvilket medfører, at de ikke har tillid til, at der i beskæftigelsessektoren forefindes den tilstrækkelige viden til at behandle deres sag. Derfor handler de afværgende i deres forløb. Inkompetence kan muligvis skyldes, at de fagprofessionelle socialrådgivere kun udgør 40 procent i jobcentrene, mens de resterende medarbejdere har uddannelser som eksempelvis frisør, tømrer og revisor, og efteruddannelse er ikke et krav (Fagbladet 3F, 2016). Omvendt afkræves de fagprofessionelle i

sundhedssektoren autorisation for at udføre deres arbejde. Syge og ledige borgeres mistillid til sektorernes kompetencer kan give implikationer i implementering af handlingsmodellen, idet de har et behov for hjælp til behandling af sygdom og sag og en forventning om indlevelse. I det tilfælde borgerne oplever inkompetence i sektorerne, risikeres det, at de handler eftergivende eller afværgende med hensigt om at realisere deres ønsker parallelt med deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

Relevant uddannelse, faglig viden og kompetencer må antages at kunne skabe grundlag for, at de fagprofessionelle kan yde den nødvendige hjælp, og borgerne kan handle initierende i deres forløb med tillid til de fagprofessionelles arbejde.

Også få ressourcer i sektorerne kan give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, fordi det kan vanskeliggøre at følge anvisningen om at yde hjælp.

Flere danske kommuner, som Norddjurs, Silkeborg og Høje Taastrup, har haft held til at få flere borgere ud af kontanthjælpssystemet end tidligere, blandt andet ved at skære ned på antallet af sager hos de enkelte sagsbehandlere og fået mere tid med hver borger og tid til at forberede sig. Ved på den måde at ændre på visitationspraksis, således at beslutningskompetencen i højere grad er lagt ud til den enkelte sagsbehandler, at der er ordentlig tid til at kigge på og oplyse sagerne, og at rehabiliteringsteams kigger på hele sagen og de fagpersoner, der udtaler sig, prøver for eksempel Norddjurs Kommune målrettet at få afklaret borgerne til anden forsørgelse end kontanthjælp (Danmarks Radio, 2017).

Kommunernes forsøg må hvile på en formodning om, at tid til grundig forberedelse er effektivt for at opnå succes i arbejdet med syge og ledige borgere, hvilket understøttes af denne undersøgelses resultater. Derfor må det antages, at det vil være nemmere at implementere modellen, hvis sagsbehandlere har færre sager og dermed mere tid til den enkelte borger og sammen med den syge og ledige kan beslutte forløbets indhold.

Yderligere kan mange skift i sagsbehandlere og antal af fagprofessionelle give implikationer i implementering af handlingsmodellen.

Dels kan mange skift af sagsbehandlere medføre, at sagsbehandlere er uforberedte i forhold til borgernes sag og forløb. Informanternes forventning om indlevelse indfries dermed ikke, og derved

oplever informanterne afmagt i deres forløb og handler eftergivende, blandt andet fordi de mange skift af nogle borgere opleves som en strategi fra kommunes side, så de fagprofessionelle i beskæftigelsessektoren ikke får sympati med borgerne.

Samtidig kan det formodes, at syge og ledige borgere bliver handlingslammede, når de sendes rundt mellem den ene og den anden medarbejder og oplever, at ingen har det fulde kendskab til deres forløb. Det kan være svært at overskue mange personer, og borgerne oplever, at de blot er "et nummer i køen". Idet den enkelte borger ikke lever flere forskellige liv, men ét, kan der skabes et tillidsbånd mellem borger og professionel, ved at sigte mod at have én eller færrest mulige fagprofessionelle til at dække alle de områder, borgeren har relation til i sektorerne. Herunder muliggøres det, at borgerne får tillid til, at de får den hjælp, de har behov for, og dermed til, at borgeren efterspørger hjælpen ved behov (Hoe & Søggaard, 2017), hvormed det må formodes, at borgerne opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb.

- Implikationer kan bestå i manglende faglige kompetencer og få ressourcer samt mange skift i fagprofessionelle. For at foregribe implikationer i implementeringen fordres relevant uddannelse, faglig viden og kompetencer, tilstrækkelige ressourcer samt få fagprofessionelle i den enkelte borgers forløb.

Der kan opstå implikationer i implementering af handlingsmodellen, såfremt beskæftigelses- og sundhedssektoren ikke tager den enkelte syge og ledige borgers forudsætninger i betragtning, da borgernes forskellige forudsætninger kan have betydning for deres handlinger.

Denne undersøgelse har ikke haft til hensigt at forklare syge og ledige borgers handlinger ud fra deres individuelle forudsætninger, og derfor tager modellen ikke højde for eksempelvis alder, baggrund og livsvilkår, som kan repræsentere nuancer og variationer i de generative principper for den enkeltes handlinger. På trods af det tyder analysen på, at informanterne handler forskelligt i situationer, hvor deres behov for hjælp opfyldes, eller om deres forventning om indlevelse indfries. Nogle informanter handler fortsat initierende, trods oplevelser af at deres behov og forventninger ikke opfyldes i deres forløb, hvorimod andre handler eftergivende eller afværgende, når deres behov for hjælp eller deres forventning om indlevelse ikke opfyldes. Derfor kan anvendelse af

handlingsmodellen i praksis kræve, at der i sektorerne tages højde for og hensyn til borgernes individuelle forudsætninger for handling, så rummet for initierende handlinger fremmes.

En videre undersøgelse af, hvorvidt der er en sammenhæng mellem den syge og ledige borgers handlinger på den ene side og forskellige forudsætninger på den anden, kan muligvis styrke implementeringen af handlingsmodellen i praksis, fordi det kan give det sociale arbejde et bedre indblik i, hvordan den enkelte borger vil handle. Dermed muliggøres det at arbejde på en måde, der fremmer den enkeltes handlerum. Imidlertid kan et fokus på den enkeltes baggrundsmæssige forudsætninger implicere, at der skabes stereotyper og fordomme. Dette kan betyde, at den enkelte kategoriseres, og dermed tilsidesættes individuelle ønsker og behov for hjælp, hvilket kan give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen.

En implikation i implementeringen af handlingsmodellen kan desuden knytte an til sektorenes inddragelse og privilegering af borgernes ressourcer.

Det kan som eksempel være hensigtsmæssigt, at sektorerne anvender den viden, borgerne kan bidrage med, ved planlægning af forløb til realisering af den syge og ledige borgers ønsker. Analysen viser, at de informanter, som har faglig viden om sektorerne, bedre kan gennemskue deres forløb, hvilket fremmer initierende handlinger. Det tyder dermed på, at et fokus på, at borgernes viden og ressourcer bør inddrages i deres forløb, således at de opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb samt en oplevelse af kvalitet i de tilbud, borgeren tilbydes (Hjelmar, Bjørnholt & Christiansen, 2016, s. 5). Omvendt kan det betyde, at borgere, der ikke har den viden, kan have sværere ved at gennemskue deres forløb. Det bør derfor være et fokuspunkt, at sektorerne medvirker til at sikre, at de syge og ledige får information og opnår viden om deres forløb, så de kan handle initierende, da analysen viser, at det kan fremme deres handlerum. I den forbindelse kan der med fordel rettes en opmærksomhed på, at borgerne har forskelligartede ressourcer, som eksempelvis viden, der er fagrelevant, og viden fra deres hverdagsliv og -erfaringer. På den måde skabes mulighed for, at også sårbare, afhængige borgers ressourcer inddrages og privilegeres på samme vis som ressourcestærke borgers (Thorgård, 2012, s. 96).

Analysen viser endvidere, at det kan være nødvendigt at tage højde for syge og ledige borgers overbevisninger, selvom kontroversielle overbevisninger i nogle tilfælde kan være i modstrid med de samfundsmæssige normer. På trods af at inddragelse af borgers egen viden og anerkendelse af

kontroversielle overbevisninger således kan forekomme kompleks og have svære vilkår i beskæftigelses- og sundhedssektoren, antyder undersøgelsens resultater, at det kan være fordelagtigt for det sociale arbejde med syge og ledige borgere at være opmærksom på og reflektere over borgernes individuelle forudsætninger og ressourcer for at handle i deres forløb.

- Implikationerne kan være, at forskellige forudsætninger potentielt kan have betydning for syge og lediges handlinger, og at borgernes individuelle ressourcer ikke inddrages og privilegeres. For at foregribe dette i implementeringen fordres det, at sektorerne tager højde for de forskellige forudsætninger, og at sektorerne tager udgangspunkt i borgernes individuelle ressourcer.

Der kan endvidere opstå implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, hvis syge og ledige borgeres netværk ikke inddrages strategisk og hensigtsmæssigt.

På den ene side viser analysen, at informanterne handler initierende, når de oplever støtte fra netværket, hvorfor støtte fra netværket fremmer den syge og lediges handlerum. På den anden side kan krav om ansvarliggørelse af den enkelte medføre, at netværket får en u hensigtsmæssig stor opgave i forhold til den syge og ledige, fordi den enkelte overlades et ansvar, som det er urealistisk at bære på grund af sygdom, hvorved netværket nødvendigvis må yde støtte. Denne støtte vil umiddelbart være hensigtsmæssig i forhold til den syge og lediges initierende handlinger, men kan på længere sigt belaste netværket u hensigtsmæssig meget, hvorved det risikeres, at netværket trækker sig, og at den syge og ledige efterlades i en endnu vanskeligere situation.

Endvidere anvendes den syge og ledige borgeres netværk til tider til at kompensere for fejl i sektorerne. Syge og ledige borgeres forløb er præget af, hvordan de to sektorer samarbejder på tværs om borgeren, hvilket blandt andet medfører mange oplysninger, dokumenter og aftaler mellem sektorerne. Netværkets opgaver kan således blive påvirket, alt efter hvor godt samspillet mellem beskæftigelses- og sundhedssektoren fungerer, hvorved der kan være tale om en ansvarliggørelse af borgeren og dennes netværk, hvor netværket overtager sektorernes indbyrdes koordination. Denne opgave kan være u hensigtsmæssig, da netværkets mulighed for at yde andre former for praktisk og følelsesmæssig støtte bliver mindre, når fokus er på at kompensere for fejl. Analysen viser, at syge og ledige borgeres handlerum indskrænkes, jo mindre praktisk og

følelsesmæssig støtte der er fra netværket. Omvendt peger analysen i retning af, at jo mere følelsesmæssig støtte, syge og ledige borgere modtager fra sit netværk, desto mere initierende handler de.

Utilstrækkelig strategisk bevidsthed i forhold til netværkets opgaver og omfanget af inddragelse synes altså at kunne udgøre en implikation, som der skal tages højde for ved implementering af handlingsmodellen. For at foregribe implikationen vil en strategisk stillingtagen til netværkets opgaver antageligvis være fordelagtig i beskæftigelses- og sundhedssektoren arbejde med syge og ledige borgere, således at netværkets støtte fremmer den syge og lediges handlerum, fremfor at have funktion af kompensation for fejl i forløbet. Denne strategiske inddragelse af netværket bør ske ud fra et borgerperspektiv, fordi analysen viser individuelle forskelle i ønsket om inddragelse af og hensynet til netværket.

- Implikationer kan være, at netværket belastes uhensigtsmæssigt eller kompenserer for sektorernes fejl. For at foregribe dette fordres det, at sektorerne inddrager netværket strategisk.

4.1.4 Implikationer på makroniveau

Foregribes implikationerne i forhold til undersøgelsens tre anvisninger hensigtsmæssigt, vil implikationer på makroniveau formentlig ikke få afgørende betydning for implementering af handlingsmodellen. Dette vil omvendt være tilfældet, hvis implikationerne ikke foregribes.

En implikation på det strukturelle niveau er, at det endnu ikke er lykkedes politisk at skabe en tilstrækkelig sammenhæng på tværs af sektorerne, hvilket regeringens reformudspil "*Borgeren først - en mere sammenhængende offentlig sektor*" kan ses som en erkendelse af.

Den manglende sammenhæng og siloopdeling i sektorerne kommer i et vist omfang til udtryk i analysen, idet informanterne oplever, at deres ønsker ikke realiseres, eksempelvis når der er diskrepans mellem beskæftigelsessektorens aktiveringskrav og sundhedssektorens anbefalinger, når planer og afgørelser sektorerne imellem ikke times hensigtsmæssigt for borgerne, eller når borgerne oplever, at deres forløb ikke er befordrende for dem. Resultaterne af analysen peger på, at sammenhængen på tværs af sektorerne overordnet kommer i fokus for syge og ledige i behovet

for hjælp til realisering af deres ønsker og medfører eftergivende eller afværgende handlinger, når sammenhængen ikke er til stede, og ønskerne ikke opfyldes.

Der synes at være et behov for en politisk prioritering af sektorernes mulighed for at løse borgernes problemer fleksibelt, individuelt og differentieret, således at arbejdet med borgerens ønsker og behov ikke modarbejdes i praksis. Idet ønsker og behov er forskellige blandt borgere med komplekse problemer, som kan kræve en "totalløsning", er det vigtigt at lytte til borgerens egen vurdering af, hvad der er behov for hjælp til. Et politisk ønske om evidensbaserede, standardiserede løsninger fremfor borgerens egen viden, om hvad der virker for dem, kan medføre, at en fleksibel tilgang til at yde hjælp hindres, så borgerne oplever, at de mødes med et andet fokus, end de ønsker. Såfremt der ikke vises tillid til, at borgerne kan vurdere deres situation, og de fagprofessionelle kan vurdere den rigtige hjælp med afsæt i deres viden og erfaring, der gør dem i stand til at se borgeren som et helt menneske, risikeres det, at en fleksibel, individuel løsning hindres af manualbaserede tilgange med faste svar på, hvilken hjælp der ydes. Fordringen om tillid kan imidlertid give yderligere udfordringer på makroniveau. Der er et udpræget politisk og fagligt ønske om, at de socialfaglige tilbud skal være evidensbaserede, og den viden medfører til tider krav om manualbaserede tilgange, hvor intentionen er at sikre, at behandlingen holdes konstant, og man derfor kan måle en effekt (Haarh, 2016).

Derfor vil det være væsentligt for implementering af handlingsmodellen, at reformudspillet ambitioner om at skabe bedre sammenhæng opnås med borgerens ønsker, behov og viden som omdrejningspunkt. Samtidig viser analysen, at i de tilfælde, hvor informanterne oplever et befordrende forløb, gør de selv en stor indsats for at skabe sammenhængen, men da ikke alle har overskuddet til det, må det være en opgave for politikerne at give mulighed for, at beskæftigelses- og sundhedssektoren kan yde bedst mulig hjælp til alle borgere, også dem med færrest ressourcer.

Dokumentationskrav kan ligeledes give implikationer i implementering af handlingsmodellen.

Analysen viser, at mange informanter beskriver, hvordan de venter på at få igangsat et befordrende forløb, og en af forklaringerne på denne ventetid er beskæftigelsessektorens krav om dokumentation fra sundhedssektoren. For mange informanter er denne ventetid en betydelig psykisk belastning, som medfører, at de syge og ledige borgere handler som Den eftergivende aktør på baggrund af afmagt. Hvis kravet om dokumentation ikke skal give implikationer i

implementeringen af handlingsmodellen, kan det være nødvendigt at overveje muligheder, som betyder, at dokumentationskravet ikke skaber ventetid og dermed afmagt hos den syge og ledige. Det kan overvejes, om dokumentationskravet er for omfattende, om der skal udvikles bedre muligheder for, at sundhedssektoren kan fremsende den nødvendige dokumentation hurtigere, eller om beskæftigelsessektoren skal have direkte adgang til borgernes helbredsoplysninger. Udfordringen er, at dokumentationen sker inden for den konkrete sektor og ikke går på tværs af sektorgrænser. Man kunne overveje en model, hvor borgerens sag følger den enkelte borger og rummer relevant viden og dokumentation, der kan understøtte borgerens vej til bedre helbred og arbejdsmarkedsdeltagelse mere hensigtsmæssigt.

- Implikationerne kan være, at der ikke er skabt tilstrækkelig sammenhæng mellem sektorerne, og dokumentationskrav giver ventetid. For at foregribe dette fordres det, at borgerens behov og viden er omdrejningspunktet, og at programmer for udveksling af dokumentationer revideres og udvikles.

De samfundsmæssige krav og forpligtelser i investeringstilgangen kan give implikationer i implementeringen af handlingsmodellen, fordi tilgangen kan give et så entydigt fokus på at investere i syge og lediges deltagelse på arbejdsmarkedet, at der er risiko for, at der alene lægges vægt på de arbejdsrelaterede ressourcer.

Når der alene lægges vægt på syge og ledige borgers arbejdsrelaterede ressourcer, vil forståelsen for og hensynet til borgernes helbredsmæssige begrænsninger unægteligt træde i baggrunden. Det er derfor væsentligt for handlingsmodellen, at fokus på arbejdsrelaterede ressourcer ikke determinerer forløbet, således at de syge og ledige oplever afmagt og derfor handler eftergivende. Samtidig kan ansvarliggørelsen af den enkelte og pligten til det sunde liv medføre, at hensynet til de helbredsmæssige begrænsninger bliver et individuelt anliggende, hvilket kan ses hos de borgere, som selv betaler for behandlings- og genoptræningstilbud.

En konsekvens af de samfundsmæssige metaværdiers indflydelse på de syge og ledige borgers forløb kan altså være, at beskæftigelsessektorens regler om aktivering, i for eksempel en virksomhedspraktik, må vige for sundhedssektorens anbefalinger. Der kan i den forbindelse være behov for en undersøgelse af en eventuel revidering af beskæftigelseslovgivningen med henblik på

at opnå målet om et befordrende forløb, eller om den gældende lovgivning reelt allerede rummer mulighed for, at det mål kan opnås. Samtidig må det overordnede samfundsmæssige fokus på arbejde i nogle tilfælde vige, for at borgeren kan følge sundhedssektorens anbefalinger.

En yderligere implikation kan opstå på baggrund af en samfundsmæssig opfattelse af, at mennesker handler på baggrund af økonomiske incitamenter og er beregnende med henblik på at opnå størst mulig egen vinding.

Analysen har vist, at økonomiske incitamenter ikke genererer initierende handlinger. Tværtimod giver analysen et eksempel på en informant, som bliver trukket i kontanthjælp for at få ham til at deltage i virksomhedspraktik. Informanten kan ikke indgå i virksomhedspraktikken på grund af helbredsmæssige begrænsninger, og det økonomiske incitament ændrer ikke på det. Når ressourcerne ikke i tilstrækkelig grad er til stede, forværrer presset for at deltage på arbejdsmarkedet borgernes sociale situation, særligt for borgere med allersvagest helbred og ressourcer. Det økonomiske incitament ses at skabe afmagt, fordi syge og ledige borgere risikerer at stå helt uden forsørgelse (Nørup, 2016), og derfor kan anvendelse af økonomiske incitamenter i beskæftigelsessektoren udgøre implikationer i implementering af handlingsmodellen.

Ved implementering af handlingsmodellen kan en gængs forståelse af forholdet mellem beskæftigelsessektoren og sundhedssektoren have implikationer, fordi syge og ledige borgere muligvis ikke stiller sig kritisk over for sundhedssektorens tilbud og i nogle tilfælde ikke tager imod den hjælp, beskæftigelsessektoren tilbyder.

Analysen viser som nævnt, at informanterne typisk retter deres kritik mod beskæftigelsessektoren. En forklaring kan være, at der i samfundet synes at være en forståelse af, at beskæftigelsessektoren determinerer sundhedssektoren, så borgerne ikke får behandlet og håndteret deres sygdom hensigtsmæssigt. Omvendt synes der ikke at være en forståelse af, at sundhedssektoren ikke behandler godt nok, så folk ikke kan passe deres arbejde og bliver ledige. Det kan betyde, at den hjælp, som beskæftigelsessektoren tilbyder, ikke opleves som hjælp, men som en hindring for den syge og ledige borgers behandlingsforløb. Dermed vil den syge og ledige handle i overensstemmelse med den eftergivende eller afværgende aktør, på trods af at beskæftigelsessektorens tilbud potentielt er relevant hjælp. Omvendt kan forståelsen medføre, at

den syge og ledige ikke stiller sig kritisk over for sundhedssektorens behandling og dermed handler som Den eftergivende aktør, fordi forståelsen er, at sundhedssektoren gør det rigtige. For at forandre denne opfattelse, så syge og ledige borgere kan handle som Den initierende aktør både i forhold til beskæftigelses- og sundhedssektoren, kan det være en mulighed at etablere et rum for samarbejde mellem sektorerne og borgeren, som kan danne udgangspunkt for at forandre opfattelsen af de to sektors arbejde.

- Implikationerne kan være entydigt fokus på investering i deltagelse på arbejdsmarkedet, økonomi som incitament og den gængse forståelse af forholdet mellem beskæftigelses- og sundhedssektor. For at foregribe disse implikationer fordres en revidering af beskæftigelseslovgivningen, en refleksion og diskussion af økonomiske incitamenters effekt for syge og ledige samt etablering af et rum for samarbejde mellem borger og sektorer.

4.1.5 Behov for yderligere forskning

De beskrevne implikationer for implementering af handlingsmodellen skitserer, hvorledes sygdom og ledighed er en kompleks situation for den enkelte borger, som kræver tiltag på mange niveauer. Hvordan de forskellige tilbud påvirker hinanden, om der arbejdes sammen, eller om tilbuddene i virkeligheden modarbejder hinanden, findes der ikke meget viden om (Csonka, 2015, s. 13).

Nærværende undersøgelse kan danne baggrund for yderligere undersøgelser af, hvordan den syge og ledige borgers ønsker om en "normal" hverdag og behov for hjælp til at realisere ønsker kan komme i fokus i det sociale arbejde, og dermed hvordan deres handlerum fremmes. Undersøgelser kunne eksempelvis omhandle udarbejdelse af en tværgående indsats. I udarbejdelse af en tværgående indsats, er konteksten af forskellige tilbud og andre omkringliggende forhold vigtige at tage med i betragtning, når der tales om evidensbaserede tilbud og implementering af dem. Mange steder arbejder man på tværs af sektorer, men der er stadig problemer med silotænkning, og at den enkelte borger kan møde mange forskellige fagprofessionelle, der skal hjælpe borgeren igennem forskellige sektorer, hvorfor der også bør kigges på, hvordan det sociale arbejde organiseres (Csonka, 2015, s. 13).

I tråd med undersøgelsens borgerperspektiv bør en tværgående indsats udarbejdes ud fra et borgerperspektiv, fremfor beskæftigelsesperspektivet eller sundhedsperspektivet alene. Analysen

viser, at borgerne har en oplevelse af, at der ikke er sammenhæng mellem tilbuddene i de to sektorer. Derfor kan en plan, der sikrer denne sammenhæng styrke anvendelsen af handlingsmodellen. Dette kunne gøres ved at nedsætte arbejdsgrupper med deltagelse af syge og ledige borgere, som kan udarbejde forslag til tværgående indsatser, som skaber den nødvendige sammenhæng.

Denne diskussion af undersøgelsens resultater peger desuden på et behov for forskning om praksisimplementering af anvisninger på baggrund af borgernes oplevelser. Forskningen kan beskæftige sig med borgerinddragelsesinitiativer og -modellers implikationer, både for borgeres og for fagprofessionelles praksis, samt interessere sig for barrierer og potentialer i borgerinddragelse med mål om at udvikle nye former for borgerinddragelse med både fagprofessionelle og borgere som medforskere.

4.2 Metode

I dette kapitel diskuteres gyldigheden, pålideligheden, bekræftbarheden og overførbareheden af undersøgelsens resultater. Ved refleksion over og diskussion af den gennemførte dataindsamlings- og bearbejdningsproces vurderes resultaterne med henblik på at kvalificere undersøgelsen.

4.2.1 Undersøgelsens gyldighed

Valget af alene at gennemføre semistrukturerede interviews med syge og ledige som dataindsamlingsmetode betyder, at grundlaget for at analysere syge og lediges handlinger ensidigt findes i deres oplevelser. Derved opnås ikke viden om syge og lediges handlinger fra andre perspektiver. Et andet perspektiv kunne være de fagprofessionelle, som kunne bidrage med forståelse af de oplevelser, som informanterne beskriver, hvilket ville kunne kvalificere vores anvisninger mere helhedspræget og nemmere anvendelig for praksis, fordi der dermed ville kunne beskrives en forskel fra eksisterende praksis.

- Undersøgelsen ligger ensidigt vægt på et borgerperspektiv, hvorfor andre perspektiver fra for eksempel fagprofessionelle ikke er medtaget. Dette kan betyde, at nuancer og supplerende forståelser ikke er opnået, hvilket kan have betydning for reliabiliteten.

Udvælgelse, af informanter har grundet rekrutteringsvanskeligheder ikke kunne gennemføres ved løbende at udvælge informanter på baggrund af tilegnet ny viden i tråd med Grounded Theory. Udvælgelsen er derfor gennemført ved i dataindsamlingsprocessen at spørge ind til koncepter identificeret i tidligere interviews samt med en opmærksomhed på at udforske de egenskaber og dimensioner, som kodningen har frembragt i analyseprocessen. Både antallet af og udvælgelsen af informanter har konsekvenser for datamætning og dermed resultaternes validitet, da der kan være egenskaber og dimensioner, der ikke er kommet frem. Endvidere er undersøgelsen gennemført inden for en tidsbegrænset periode, hvorfor validering af kategorierne ud fra nye informantbidrag ikke har været mulig. Dette vilkår har ligeledes konsekvenser for at opnå datamætning.

- Mætning af data har været vanskelig. Dette er håndteret ved at udarbejde "Spørgsmål på baggrund af ny viden" i interviewprocessen (se bilag 2). De fleste informanter havde faktisk besvaret disse spørgsmål, inden de blev stillet, hvilket bekræfter, at dataindsamlingen har opnået et niveau af mætning.

Et område, som også har betydning for den tilegnede viden, er den samfundsmæssige norm om, at alle skal arbejde. Denne norm må antages at have betydning for alle, også informanterne, som alle fortæller, at de gerne vil i uddannelse eller arbejde på trods af store helbredsmæssige begrænsninger. Det antages, at informanterne har været ærlige overfor os, men det er alligevel vigtigt at rette en opmærksomhed på, at en stor del af befolkningen antageligt er socialiseret af normen om arbejdsmarkedsdeltagelse, og derfor er det for alle mest legitimt at sige, at man gerne vil arbejde - uanset de reelle muligheder og ønsker for det. Dette er søgt imødekommet ved at gå bag om informanternes beskrivelser i analyse af ønsker.

- Arbejdsmarkedsdeltagelse som norm, internaliseret i de fleste, kan have haft betydning for informanternes beskrivelse af arbejdsrelaterede ønsker. Dette er søgt synliggjort ved at gå bag om informanternes beskrivelser af ønsker i analysen, men kræver yderligere undersøgelser med fokus på dette forhold.

Idet større undersøgelser kan give andre resultater, end denne undersøgelse har gjort, er denne undersøgelses resultater ikke gyldige for alle syge og ledige borgere. Andre undersøgelser kan potentielt fremvise, at der som eksempel er en større andel syge og ledige borgere, hvor

overbevisninger er et afgørende generativt princip for handling end deres ønsker, som denne undersøgelse fremviser. Imidlertid kan handlingsmodellen anvendes til at afdække den enkelte syge og ledige borgers afgørende generative principper for handling.

- Andre undersøgelser kan frembringe andre afgørende generative principper for handling, hvorfor denne undersøgelses resultater ikke er gyldige for alle syge og ledige borgere.

4.2.2 Resultaternes pålidelighed

Undersøgelsen tog udgangspunkt i at undersøge syge og lediges oplevelser af at stå mellem beskæftigelses- og sundhedssektoren. Imidlertid viste interviewene, at det ikke entydigt var oplevelser af denne karakter, som fyldte for informanterne og blev beskrevet som problematiske. De fleste informanter vendte under interviewet kontinuerligt tilbage til problemstillinger i deres samspil med beskæftigelsessektoren, som fyldte størstedelen af informanternes oplevelser. Derfor blev dette fokus forfulgt i indsamlingen og bearbejdningen af data for på den måde at undersøge metodisk stringent, hvor det er informanternes subjektive oplevelser, der er retningsanvisende for undersøgelsen. Det betyder, at oplevelser i forhold til sundhedssektoren har et mindre omfang i analysen. Imidlertid synes det vanskeligt at adskille oplevelser i beskæftigelses- og sundhedssektoren tydeligt, idet oplevelserne i høj grad væves ind i hinanden på grund af informanternes dobbeltproblematik i form af sygdom og ledighed.

- Under interviewene blev undersøgelsens fokus drejet lidt ved informanternes beskrivelser. Idet dette fokus blev forfulgt i overensstemmelse med Grounded Theory, medvirker det til reliabiliteten af resultaterne.

4.2.3 Bekræftbarhed af undersøgelsens resultater

Oversigten over informantbidrag (se Oversigt 1 i kapitel 2.0) er med til at styrke objektiviteten af undersøgelsens resultater. Et forskelligt omfang af de forskellige informanternes bidrag til analysen har medført en skæv fordeling af bidrag i kodeprocessen og dermed en skæv fordeling af bidrag, der anvendes i fortolknings- og analyseprocessen. Oversigten kan bidrage med en gennemsigtighed af det, analysen påviser, ved, at der ses mønstre i informanternes handlinger inden for kategorierne. Den skæve fordeling af bidrag kan medføre, at andre kategorier negligeres i konceptualiseringen, hvis der ikke er nok informant bidrag, hvilket kan sløre billedet af, hvad data viser. Med

opmærksomhed på at indfange alle informantbidrag gennem konceptualiseringen og analysen, er det søgt undgået, at vores forforståelser er blevet styrende for, hvilke informantbidrag der er blevet anvendt.

- Nogle informanter bidrager meget og bekræfter forforståelsen, som er præsenteret i kapitel 2.0. For at styrke undersøgelsens objektivitet er analyse og fortolkning gennemført med en skærpet refleksion over alle fremkomne perspektiver - både dem, der overrasker, og dem, der falder uden for de fremanalyserede mønstre.

4.2.4 Undersøgelsens overførbarhed

De store vanskeligheder med at få rekrutteret kvalificerede informanter har tillige betydning for overførbarheden af undersøgelsen. Af pragmatiske årsager har det været nødvendigt at interviewe de informanter, som gatekeeperne har udvalgt. Det må formodes, at de deltagende informanter har et vist fysisk og mentalt overskud, hvilket betyder, at oplevelser fra informanter, som oplever meget stor afmagt, formentlig er fraværende i undersøgelsen, ligesom de mest alvorligt syge borgeres oplevelser heller ikke er repræsenteret. Imidlertid dækker de 11 informanter over en bred variation i køn, civilstand, social baggrund, livsvilkår samt fysisk og psykisk sygdom samt varighed af forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren. Samtidig har målet været at fremanalysere typiske handlinger og deres bevægelser, hvilket har været muligt ud fra det indsamlede materiale.

Analysen indfanger ligeledes ikke syge og ledige, som mister deres forsørgelsesgrundlag og derfor ikke har samtidige forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, men formentlig har de samme behov for hjælp, som de informanter, som deltager i undersøgelsen. Denne undersøgelse kan derfor ikke give et kvalificeret bud på, hvordan denne gruppe af syge og ledige handler, fordi generative principper inden for den sektorielle og den bureaukratiske oplevelsessfære givetvis ikke på samme måde er gældende for dem. Der kan dog drages paralleller til undersøgelsens fund vedrørende netværkets praktiske og følelsesmæssige støtte, som for denne gruppe syge og ledige formentlig vil være et afgørende generativt princip for deres handlinger.

- Nogle grupper af syge og ledige er ikke repræsenteret i undersøgelsen. Informanterne dækker dog over en bred gruppe, hvorfor det vurderes, at undersøgelsens resultater i stor udstrækning kan overføres til gruppen af syge og ledige borgere generelt.

På trods af at formålet med at generere teori ud fra Grounded Theory-metoden ikke nødvendigvis er generalisering, kan det alligevel være interessant at overveje, om den udarbejdede model for handling kan anvendes i socialt arbejde med andre borgere end syge og ledige. Anvendelse af en teori i en anden sammenhæng, end den er udarbejdet i, kræver, at man er opmærksom på den kontekst, som teorien anvendes inden for. I denne undersøgelse rummer borgernes oplevelser konteksten for deres handlinger. Det betyder, at man ikke umiddelbart kan overføre modellen til et andet område, da oplevelserne her kan være helt anderledes, og dermed er konteksten for handling helt anderledes. Hvis denne model for, hvordan menneskers handlerum kan fremmes, ønskes anvendt i andre sammenhænge end arbejdet med syge og ledige, vil det derfor kræve, at der bliver foretaget en analyse af disse menneskers oplevelser og dermed en identificering af de generative principper for handling, som er gældende i den specifikke kontekst. På samme måde kræver anvendelse i andre sammenhænge, at den handlende aktør bliver beskrevet specifikt i forhold til den gruppe af mennesker, som modellen ønskes anvendt til.

- Hvis handlingsmodellen søges overført til andet socialt arbejde, kræver det en analyse af borgernes oplevelser og handlinger, som er karakteristisk for det konkrete sociale arbejdsområde, som handlingsmodellen ønskes anvendt inden for. Med en sådan opmærksomhed på konteksten kan modellen således overføres til socialt arbejde i andre sammenhænge.

5.0 Konklusion

Denne undersøgelse har besvaret, hvordan socialt arbejde med syge og ledige borgere kan udvikles på baggrund af borgernes oplevelser af deres handlerum i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren.

Undersøgelsen har på baggrund af 11 interviews med syge og ledige borgere beskrevet syge og lediges handlerum. Handlerummet består af relationen mellem Den handlende aktør, som kan være eftergivende, initierende eller afværgende, og fire oplevelsessfærer, som genererer Den handlende aktørs handlinger. Disse sfærer udgøres af en personlig sfære, sektoriel sfære, netværkssfære og bureaukratisk sfære.

Undersøgelsen har endvidere påvist, hvordan det sociale arbejde kan påvirke de syge og lediges handlerum. Flere principper har vist sig genererende for syge og lediges handlinger, men tre principper har imidlertid vist sig at være afgørende. De tre genererende principper er borgerens ønske, behovet for hjælp og støtte fra netværket.

Den handlende aktør og oplevelsessfærene udgør samlet handlingsmodellen, som det sociale arbejde kan anvende i arbejdet med at fremme syge og ledige borgeres handlerum, hvormed borgerne opnår øget ejerskab og indflydelse. Samtidig viser undersøgelsen, at syge og ledige borgeres handlerum fremmes, når de handler som Den initierende aktør og dermed opnår øget ejerskab og indflydelse i deres forløb.

Samlet set kan borgernes oplevelser af deres handlerum i beskæftigelses- og sundhedssektoren danne grundlag for udvikling af det sociale arbejde, ved at det sociale arbejde implementerer handlingsmodellen og med udgangspunkt i denne arbejder med at fremme Den initierende aktør med udgangspunkt i borgerens ønske, at yde den hjælp, borgere har behov for, samt inddrage den syge og lediges netværk strategisk.

6.0 Litteraturliste

Andersen, J. G. (2015). Medborgerskab under pres. I J. Guldager & M. Skytte (Red.), *Socialt arbejde – teorier og praksis* (s. 86). København: Akademisk forlag.

Andersen, M. L. (2015a). Borgerperspektiver som drivkraft i det sociale arbejde. I Harder M. & Nissen M. A. (Red.), *Socialt arbejde i en foranderlig verden* (s. 105). København: Akademisk Forlag.

Andersen, M. L. (2015b). Empowerment på beskæftigelsesområdet - et mulighedsrum? *Uden for nummer*, 2015 (30), s. 16.

Boolsen, M. W. (2015). Grounded Theory. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 241). (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Charmaz, K. (2017). Grundtræk i Grounded Theory. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitativ analyse - syv traditioner* (s. 173). København: Hans Reitzels Forlag.

Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Csonka, A. (2015). Drop Silotænkning på socialområdet. *Social Forskning*, 2015 (3), s. 12.

Danneris, S. (2017). Ready to work (yet)? Unemployment trajectories among vulnerable welfare recipients. *Qualitative social work*, 18 (1). Downloadet d. 22. april 2017 fra:
<http://journals.sagepub.com.zorac.aub.aau.dk/doi/pdf/10.1177/1473325016672916>

Danmarks statistik. (2017). *Lidt færre på offentlig forsørgelse*, 11. april 2017. Downloadet d. 23. maj 2017 fra: <http://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=24233>

Danmarks Radio (2017), *Deadline*, 23. juli 2017 kl. 22.19. Downloadet d. 23. juli 2017 fra:

<https://www.dr.dk/tv/se/deadline/-/deadline-2017-07-23>

Den Danske Ordbog - moderne dansk sprog (2017a), *kontroversiel*. Downloadet d. 10. august 2017 fra: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=kontroversiel>

Den Danske Ordbog - moderne dansk sprog (2017b), *sfære*. Downloadet d. 10. august 2017 fra: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=sf%C3%A6re>

Fagbladet 3F (2016), *Socialrådgivere i mindretal på jobcentre*, 13. juni. 2016. Downloadet d. 13. maj 2017 fra:

<https://fagbladet3f.dk/nyheder/ecdadcc20d334cebb706539fd387f5af-20160613-socialraadgivere-i-mindretal-paa-jobcentre>

Guldager, J. (2014). Kausalitet - forskellige måder at forklare på. I J. Ejrnæs & J. Guldager (Red.), *Helhedssyn og forklaring*. (S. 21). København: Akademisk Forlag.

Guldager, J. & Skytte, M. (2015). Aktuelle fællestræk og udfordringer for socialt arbejde. I J. Guldager & M. Skytte, *Socialt arbejde – teorier og praksis*. (S. 510). København: Akademisk forlag.

Haarh, U., *Dilemma: Kan system rime på fleksibilitet*, 5. december 2016. Downloadet d. 5. juli 2017 fra:

<https://www.sfi.dk/nyt/nyheder/artikler/dilemma-kan-system-rime-paa-fleksibilitet/>

Hjelmar U., Bjørnholt B. & Mehlsen A. (2016). *Nye styreformer- og arbejdsformer som led i moderniseringen af den offentlige sektor - En analyse af tre cases i kommune, region og stat*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Hoe, S. & Søgaard, M., *Fra 10 kontaktpersoner til én: Nu er kommunen ikke længere Louises fjende*, 16. juni 2016. Downloadet d. 28. juni 2017 fra:

<http://www.dr.dk/nyheder/indland/fra-10-kontaktpersoner-til-en-nu-er-kommunen-ikke-laengere-louises-fjende>

Højlund, P. & Juul, S. (2015). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.

Iversen, L. (2016). Ulighed i sundhed - levekår og livsstil. I G. Niklasson (Red.), *Sundhed, Menneske og Samfund* (s. 111). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Janson, J. (2012). A new politics for the social investment perspective. I G. Bonoli & D. Natali (Red.), *The politics of the new welfare state*. (S. 21). Oxford University Press.

Jensen P. H. & Prieur A. (2015). Menneskesyn i social- og kriminalpolitik i USA og Danmark. I M. Harder & M. A. Nissen (Red.), *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. (S. 145). København: Akademisk Forlag

Juul, S. (2012). Hermeneutik. I S. Juul og K. B. Pedersen, *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring*. (S. 107). København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I S. Juul & K. B. Pedersen, *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring*. (S. 399). København: Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, T. (2016). Folkesundhed. I G. Niklasson (red.), *Sundhed, Menneske og Samfund*. (S. 87). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Kristiansen, C. L. & Bæksgaard, A., *Vi har skabt den her meget siloopdelte sektor, hvor styringen er gået skævt med tiden*, 4. april 2017. Downloadet d. 9. april 2017 fra:

<http://politiken.dk/indland/art5898576/%C2%BBVi-har-skabt-den-her-meget-siloopdelte-sektor-hvor-styringen-er-g%C3%A5et-sk%C3%A6vt-med-tiden%C2%AB>

Kudahl, S., *Ledige bliver mere syge, jo længere de er ledige*, 18. marts 2013. Downloadet d. 22. juli 2017 fra:

<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2013-5-4-id123889/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Københavns Kommune, *En fælles strategi for udsatte og syge borgere i BIF, SUF og SOF*. Downloadet d. 9. april 2017 fra:

<https://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/23bf9578-df86-4073-9f98-bcc425f0e94a/4d66b763-9b63-4512-b26d-eac8e8299f38/Attachments/5a05559a-c020-48d6-ad7a-f1097122b2bb.PDF>

Larsen, J. E. & Andersen, J. (2015). Fattigdom, marginalisering og social eksklusion. I J. Guldager & M. Skytte (Red.), *Socialt arbejde – teorier og praksis*. (S. 192). København: Akademisk forlag.

Larsen, L. T. (2013). Guvernementalisering af velfærdsprofessioner. *Dansk sociologi*, 24 (3), s. 37. Downloadet d. 2. april 2017 Fra:

<https://rauli.cbs.dk/index.php/daneksociologi/article/view/4696/5126>

Mik-Meyer, N. (2016). Magtrelationer i sundhedsarbejdet. I G. Niklasson (Red.), *Sundhed, Menneske og Samfund*. (Ss. 129). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Mik-Meyer, N. & Villadsen K. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. (S. 9). København: Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, M. H. (2015). Det aktive menneskes triumf? - En analyse af de omfattende forandringer af kategoriseringen af kontanthjælpsmodtageren. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 17 (1), s. 44.

Nielsen, V. L. (2011). Implementeringsteori. I A. Berg-Sørensen, C. H. Grøn & H. F. Hansen, *Organiseringen af den offentlige sektor: grundbog i offentlig forvaltning*. (S. 319). København: Hans Reitzels Forlag.

Nørup, I., *Reformer for fleks- og førtidspension fik modsatte effekt*, 25. maj 2016. Downloadet d. 13. maj 2017 fra:

<http://www.denoffentlige.dk/forsker-reformer-fleks-og-foertidspension-fik-modsatte-effekt>

Regeringen. (2012). *En del af fællesskabet: Reform af førtidspension & fleksjob*. København: Beskæftigelsesministeriet.

Regeringen. (2017). *Sammenhængsreform: Borgeren først - en mere sammenhængende offentlig sektor*. København: Finansministeriet.

Rostgaard, T. (2016). Velfærdsstaten. I G. Niklasson (Red.), *Sundhed, Menneske og Samfund*. (S. 13). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, *Personlige fortællinger om forholdet til det offentlige: Et studie af marginaliserede borgeres oplevelser af deres moralsk-økonomiske relation til en skandinavisk velfærdsstat*. Downloadet d. 14. juli 2017 fra:

<https://www.sfi.dk/projekter/personlige-fortaelinger-om-forholdet-til-det-offentlige-et-studie-af-marginaliserede-borgeres-oplevelser-af-deres-moralsk-oekonomiske-relation-til-en-skandinavisk-velfaerdsstat-12856/>

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. (2017). *Reform af førtidspension & fleksjob: Status marts 2017*.

Thorgård, K. (2012). Patientinddragelse mellem ekspertviden og hverdagserfaringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2 (2), s. 96.

Bilag

Bilag 1: Søgestrategi

	Data base	Søgnin g	Resultat
Ændringer	REX KB	bruger social sundhe d	84 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk/file/pdf/63872197/nsf_2013_04_pdf.pdf https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk/file/pdf/52752197/nsf_2012_01_pdf.pdf http://search.proquest.com.ep.fjernadgang.kb.dk/docview/1368563179?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=13607
	---	bruger innovat ion social sundhe d	6 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk/file/pdf/51255176/tph_2011_04_pdf.pdf
	---	bruger innovat ion social sundhe d	1 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk/file/pdf/66794007/nkt_2015_01_pdf.pdf
	---	bruger innovat ion socialt arbejde	11 http://search.proquest.com.ep.fjernadgang.kb.dk/docview/1614632800?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=13607
	---	bruger revet innovat ion socialt arbejde	1

	---	borger social sundhed	39 http://search.proquest.com.ep.fjernadgang.kb.dk/docview/1555634707?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=13607 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk//nsf/2012/02 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk//nsa/2005/04 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk//nft/2014/01 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk//klinisk_sygepleje/2013/04 https://www-idunn-no.ep.fjernadgang.kb.dk/klinisk_sygepleje/2015/01/patientinddragelse af psykotisk patient som tvangsmedicin http://search.proquest.com.ep.fjernadgang.kb.dk/docview/1555635280?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=13607
	Primo AAU Bib	social innovation	1.520.282
		brugertyreder kontakter	
	Scopus		

Bilag 2: Interviewguide

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Hjælpe spørgsmål
Baggrundsinfo	Vil du fortælle lidt om dig selv?	Alder? Uddannelse? Antal år som ledig? Helbredsforhold? Civilstatus og familiære forhold (single, gift, børn)?
<p>1. Forskningsspørgsmål</p> <p>Hvilke oplevelser fremhæver borgerne som betydningsfulde i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren?</p>	<p>Kan du starte med at fortælle om dit forløb i sundhedssektoren?</p> <p>Og dit forløb i beskæftigelsessektoren?</p> <p>Vil du fortælle om, hvad der har været betydningsfuldt i dine forløb?</p>	<p>Refleksionsspørgsmål</p> <p>Sammenligningsspørgsmål</p> <p>Hvor længe har du været i et forløb i sundhedsvæsenet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har du været tilknyttet forskellige steder? <p>Hvor længe har du været i et forløb i beskæftigelsessektor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har du her været tilknyttet forskellige steder? <p>Agensspørgsmål</p>
<p>2. Forskningsspørgsmål</p> <p>Hvilke oplevelser har borgerne af sammenhæng i deres forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren?</p>	<p>Kan du fortælle om en eller flere situationer, hvor du har oplevet forskel på de to sektors behandling af dit forløb?</p> <p>Og/eller har du oplevet situationer, hvor de to sektorer har været mere ens i deres måde at behandle dit forløb på?</p>	<p>Refleksionsspørgsmål</p> <p>Sammenligningsspørgsmål</p> <p>Agensspørgsmål</p>
<p>3. Forskningsspørgsmål</p>	Har du en plan for dine forløb?	<p>Refleksionsspørgsmål</p> <p>Sammenligningsspørgsmål</p>

<p>Hvilke oplevelser har borgerne af at tage ansvar og opnå indflydelse deres forløb?</p>	<p>Vil du fortælle om, hvilke målsætninger der har været for dine forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren?</p> <p>Kan du fortælle om din oplevelse i forbindelse med målsætninger og planlægning af dine forløb?</p>	<p>Agensspørgsmål</p>
<p>4. Forskningsspørgsmål</p> <p>Hvilke områder kan efter borgernes mening udvikles?</p>	<p>Kan du beskrive situationer i dit forløb, hvor du synes, at det har fungeret godt?</p> <p>Kan du beskrive situationer, hvor det har fungeret dårligt?</p>	<p>Refleksionsspørgsmål</p> <p>Sammenligningsspørgsmål</p> <p>Agensspørgsmål</p>
<p>Spørgsmål på baggrund af ny viden</p> <p>På baggrund af viden ud fra de tidligere informanternes oplevelse</p>	<p>Hvilke oplevelser har du af timingen mellem dine forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren?</p> <p>Kan du beskrive din oplevelser af informationsniveauet i både beskæftigelses- og sundhedssektoren?</p> <p>Har du haft oplevelser med, at sektorerne hjælper og støtter dig, hvis der har været situationer, hvor du ikke havde overskud til at tage ansvar i forbindelse med dit forløb?</p> <p>Har du haft oplevelser af selv at skulle koordinere</p>	

	<p>dine forløb mellem sektorerne?</p> <p>Hvad tænker du, i forhold til hvis der var en koordinator, der havde det overordnede overblik over dine forløb?</p> <p>Har du haft oplevelser med, at dit personlige netværk har hjulpet dig?</p> <p>Har du haft oplevelser med ikke at blive lyttet til fra kommunens side?</p> <p>Har du haft oplevelser med mange skift i forhold til sagsbehandlere?</p> <p>Har du haft oplevelser, hvor du har været bange for at være ærlig overfor de professionelle?</p> <p>Har du oplevelser med at anvende en privat sagsbehandler? Og hvad er dine tanker omkring dette?</p>	
--	--	--

Information til borgere om interviewundersøgelse

Vi er tre studerende, som er i gang med at skrive speciale på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde.

I den forbindelse søger vi borgere, som vil deltage i et interview. Du kan her læse, hvad vi undersøger i specialet, hvorfor vi gerne vil tale med borgere som dig, og hvad det vil betyde for dig at deltage.

Emne: Borgeres oplevelser med både at have forløb i beskæftigelses- og sundhedssektoren, og hvordan det kan gøres bedre.

Hvorfor interview med dig: Hvis sammenhængen mellem beskæftigelses- og sundhedssektoren skal forbedres, mener vi, at det er helt afgørende at få viden fra dig og andre, som har været i lignende situationer.

Praktiske oplysninger:

Sted: Et roligt sted i nærheden af din bopæl, fx på biblioteket

Tidspunkt: Vi aftaler et tidspunkt, som passer dig

Varighed: Interviewet vil vare ca. en time

Deltagere: Dig og to af os

Optagelse: Vi optager interviewet, så vi kan huske, hvad du har sagt. Det bliver slettet, når vi er færdige

Anonymitet: Du vil være 100 % anonym og vil på ingen måde kunne genkendes i den endelige rapport

Samtykke: Inden interviewet går i gang, beder vi dig underskrive samtykke til, at interviewet anvendes i vores speciale - du kan til hver en tid, uden forklaring, trække dit samtykke tilbage

Hvis du vil hjælpe os med vores undersøgelse og fortælle om dine oplevelser med at være i forløb både i beskæftigelses- og sundhedssektoren, skal du sige det til din konsulent. Du aftaler med din konsulent, om vi må få dit telefonnummer eller e-mailadresse. Så kontakter vi dig og laver en aftale.

Vi håber meget, at du har mulighed for at deltage!

Med venlig hilsen,

Stine, Fie og Marie-Louise,

studerende på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring i forbindelse med speciale på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Med min underskrift giver jeg samtykke til, at de informationer, jeg bidrager med til specialet vedr. erfaringer fra både beskæftigelses- og sundhedssektoren, forår 2017, må anvendes til udarbejdelsen af speciale under anonym opbevaring og behandling.

Formidlingen af specialet sker således, at ingen deltagere eller sektorer, som informanterne har været i kontakt med, vil kunne genkendes.

Den færdige studierapport tjener et uddannelses- og undervisningsformål og er tilgængelig for Aalborg Universitets myndigheder og Videnskabsministeriet.

Jeg er informeret om, at mit bidrag på ethvert tidspunkt kan tilbagetrækkes fra specialet uden begrundelse eller konsekvenser.

Dato

Underskrift