
Forhandling og viden i interprofessionelle beslutningsprocesser

– en analyse af rehabiliteringsteam på beskæftigelsesområdet

Studerende	:	Karen Dahl-Nielsen
Studienummer	:	20031644
Opgave	:	Speciale ved kandidatuddannelsen i socialt arbejde, Aalborg Universitet. København. August 2014
Vejleder	:	Dorte Caswell
Typeenheder	:	233.454 tegn

Abstract

In 2012 the Danish government enacted a reform regarding early pension retirement and flexible job, which was effectuated in January 2013 in the Danish jobcentres. The main purpose of the reform was to lower the number of citizens in early pension retirement. Along with the new reform a key concept called rehabilitation teams was enforced. The team should consist of members from different parts of the municipality and a health coordinator from the region in order to secure a holistic and interdisciplinary cooperation.

Most studies concerning interdisciplinary cooperation point out that it is not unproblematic to carry out between the different professionals in the ways that the interdisciplinary cooperation inherently causes its own problems due to the fact that the interdisciplinary work consist of a heterogenous group who differ in roles, status etc. The overall theoretical and methodological approach in these studies is interactionistic and focuses on the use of language and communication. However it is with this perspective difficult to explain *why* and *how* status and roles constitute the field. The theoretical approach in this study is therefore inspired by a Bourdieusian approach together with the profession theorists Abbott and Evetts in order to account for this missing explanatory level in the current studies.

This study is thereby exploring how professionals use knowledge in a powerful way during the interprofessional decision-making process and what characterizes the negotiations between the professionals in the rehabilitation team regarding their assessment of the clients problems. It shows that there are seldom explicit interprofessional negotiations between the professionals unless they are intraprofessional negotiations between two professionals from the same field. This indicates that the more knowledge the professionals have in common, the more explicit are the negotiations become. Furthermore this study shows that the stronger your knowledge capital is, the more influence you have in the team. In this study it is especially the health coordinator who has a strong capital. The study concludes that there is an unexploited potential in the more explicit negotiations if this can lead to more reflexivity. Furthermore it shows that the rehabilitation team can be seen as a new management tool for remote controlling as the professionals seem to have blind spot with their unwavering beliefs in the potential in interprofessional cooperation.

1 Indholdsfortegnelse

2	Indledning	6
3	Baggrund og problemstilling	8
4	Problemformulering.....	12
4.1	Underspørgsmål	12
5	Eksisterende forskning om beslutningsprocesser i interprofessionelt arbejde	15
5.1	Mikrosociologiske sprognære analyser af beslutningsprocesser og interprofessionelt arbejde	16
5.2	Kontekstbaserede mikrosociologiske tilgange.....	19
5.3	Mønstre og variation – potentiale i mere strukturalistiske og professionssociologiske tilgange.....	22
6	Teorikonstruktion – Bourdieu, Abbott og Evetts.....	25
6.1	Teoretisk forankring	27
6.2	Rehabiliteringsteammøder – et spil	28
6.3	Viden som kapital	29
6.4	Genkendelse af viden	32
6.5	Forhandling om jurisdiktion	34
7	Analysestrategiske overvejelser – kobling af teori og empiri	36
7.1	Analysedel 1 – Forhandling og viden	37
7.2	Analysedel 2 – Rekonfigurering af forholdet imellem de professionelle.....	38
7.3	Operationalisering.....	39
8	Data og metode	42
8.1	Skitsering af genstandsfeltet.....	42
8.2	Adgang til feltet og valg af empiri	43
8.3	Observationer.....	43
8.4	Interview.....	44
8.5	Dokumenter	45
8.6	Forskerposition – forskning inden for eget felt - deltagerobjektivering.....	45
8.7	Analysens gyldighed	46
8.8	Transskriptionstegn og vejledning	47
9	Analyse	48
9.1	Analysedel 1 – Forhandlingsformer og viden.....	48
9.1.1	Rehabiliteringsteamets illuso: ”Jeg synes det er meget sjældent, at vi er uenige” ...	48
9.1.2	Interprofessionel eksplicit forhandling – ingen alternativ fortolkning.....	51
9.1.3	Tilpasning – et samarbejde om en fælles problemforståelse.....	54
9.1.4	Et kontinuum af negativ symbolsk kapital vs. Symbolsk kapital.....	57
9.1.5	Intraprofessionel forhandling – Territorieafmærkning og konflikt	63
9.2	Delkonklusion 1 – Overlap mellem vidensområde giver flere forhandlingsmuligheder	70
9.3	Analysedel 2 – Rekonfiguration af forholdet imellem de professionelle	74
9.3.1	Sundhedskoordinatorens position – professionel fleksibilitet	74
9.3.2	Forholdet mellem medlemmerne i rehabiliteringsteamet.....	79
9.3.3	Sagsbehandlerens position – et spørgsmål om faglig troværdighed	85
9.3.4	Sagsbehandlerens position – generobring af faglig troværdighed.....	89
9.4	Delkonklusion 2 – Konturer af et feltdiagram over professionel status og viden	93
10	Konklusion og perspektivering.....	97

10.1	Konklusion	97
10.2	Teoriernes begrænsning og perspektivering.....	98
11	Litteraturliste	101

2 Indledning

Når professionelle med forskellig faglig baggrund på tværs af forskellige afdelinger mødes for at diskutere problemstillinger og løsninger i en borgers sag, bliver det et konkret møde, hvor forholdet mellem magt og viden materialiserer sig i beslutningsprocessen. Helt centralt spiller viden og forhandling en rolle i beslutningsprocesser. Det er gennem disse processer, at viden bliver forhandlet om, og brugt magtfuldt imellem de professionelle til at etablere bestemte problemforståelser eller løsningsmuligheder på borgerens problemer. Gennem studiet af interprofessionelle beslutningsprocesser i et jobcenter har jeg observeret, at de professionelle som repræsentanter for forskellige faggrupper har forskellige forhandlingsmuligheder i kraft af deres organisatoriske placering og faglige kompetencer i relation til den problemforståelse, der bliver fremherskende. Inden studiet heraf havde jeg en forventning om, at de professionelle ville tørne sammen og indtræde på en arena, der udgjorde en regulær kampplads om forskellige faglige vurderinger. Imidlertid viste det sig i mit empiriske materiale ikke at forholde sig således. I stedet viste det sig, at være en langt mere subtil proces, som for det meste foregik ganske uddramatisk, uarticuleret og implicit, når det drejer sig om de interprofessionelle forhandlinger, mens de intraprofessionelle forhandlinger imellem professionelle inden for samme vidensområde foregik mere eksplicit.

De eksplicitte forhandlinger er selvsagt lettere at få øje på empirisk, mens de subtile processer, der ikke er umiddelbart synlige udgør en udfordring i forhold til studiet af beslutningsprocesser, forhandling og viden, fordi det ikke ved første øjekast viser sig i empirien. Ikke desto mindre ser jeg det som et endnu stærkere incitament til at studere disse processer mere indgående ud fra en overbevisning om, at det vil give indblik i, hvordan viden og forhandling indgår i beslutningsprocessen imellem repræsentanter fra forskellige faggrupper. Derfor søger specialet at besvare, hvordan viden bliver brugt magtfuldt i beslutningsprocessen i interprofessionelt arbejde. Grundet pladsbegrænsningen har jeg dog afgrænset mig fra at fokusere på forholdet imellem borgeren og de professionelle til et fokus primært på det interprofessionelle samarbejde.

Jeg anskuer den del som et forskningsmæssigt underbelyst emne ud fra det perspektiv, at den overvejende del af forskningen belyser beslutningsprocesser med hovedvægten på et interaktionistisk mikroperspektiv, som bidrager med uvurderlig viden i forhold til

interprofessionelle beslutningsprocesser, se fx Hall et al. (2006), Sarangi & Roberts (1999) samt Messmer & Hizler (2008). Men fælles for studierne er, at det bliver vanskeligere at vurdere det magtfulde aspekt ved viden, samt at forklare hvorfor nogle repræsentanter fra visse faggrupper er mere fremtrædende end andre. Et studie af beslutningsprocesser der tager udgangspunkt i et bourdieuinspireret strukturalistisk perspektiv kan udvide forklaringspotentialt til at pege på, hvad det er der kendetegner forhandlingerne, og hvordan viden her bliver brugt magtfuldt.

Baggrunden for specialet er, at jeg som studentermedhjælper på et forskningsprojekt¹ omkring beslutningsprocesser og roller i jobcentrenes rehabiliteringsteam siden marts 2014 og frem til maj, har været med til at indsamle empirisk materiale primært gennem ikke-deltager observation af rehabiliteringsteammøder i to kommuner. Baggrunden for projektet er, at der med førtidspensions- og fleksjobreformen blev indført et krav til jobcentre om at etablere tværfaglige rehabiliteringsteam. Teamets opgave skal bestå i at vurdere om der skal indstilles til fleksjob, førtidspension, om borgeren skal tilbage i ordinær indsats eller tilbydes et ressourceforløb. Ressourceforløbet er endnu et nyt redskab, som introduceredes med reformen, som et individuelt tilrettelagt forløb med en varighed på op til 5 år, der skal indeholde indsatser, der primært sigter mod at udvikle borgerens arbejdsevne. Det er således borgere der er på kanten af arbejdsmarkedet, som forinden visiteringen til rehabiliteringsteamet kan have været i længerevarende udredningsforløb ved kommunen eller sygdomsforløb, og det er dermed ofte borgere med komplekse problemstillinger.

Til trods for, at rehabiliteringsteamet ikke udgjorde en synlig kamplads, pegede vores foreløbige observationer på, at der var en række udfordringer i det interprofessionelle arbejde både imellem de professionelle, og mellem de professionelle og borgerne, hvilket jeg uddyber nærmere i nedenstående kapitel.

Det er vigtigt at understrege, at min opfattelse er, at der ikke er nogen onde viljer i praksis, og dermed er det heller ikke min hensigt at pege fingre af nogen, men i stedet kritisk at forholde mig til rehabiliteringsteamets konstellation og fokus på en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, der

¹ Projektet hedder Beslutningsprocesser og roller i rehabiliteringsteam, og er opstartet af adjunkt Tanja Dall i forbindelse med et forskningsprojekt på Professionshøjskolen Metropol. Se www.metropol.dk for mere information omkring projektet

jo formelt er udformet i lovgivningen ud fra en forestilling om, at et tværfagligt team er bedre end sagsbehandlerens individuelle vurdering.

3 Baggrund og problemstilling

En helhedsorienteret og tværfaglig koordineret indsats er centrale elementer i førtidspensions- og fleksjobreformen, der trådte i kraft den 1. januar 2013. Rehabiliteringsperspektivet er politisk begrundet, og tværfaglighed og koordinerende indsatser er to af kerneelementerne i perspektivet (Caswell & Dall, 2013). Det fremgår at: *"(...) den enkelte borger får en helhedsorienteret indsats, herunder relevante tilbud på tværs af forvaltninger/myndigheder, samt at de samlede ressourcer anvendes effektivt"* (Beskæftigelsesministeriet, 2012b). Formålet med reformen er at mindske antallet af tilkendelser af førtidspension og i stedet fastholde et arbejdsmarkedsperspektiv for borgeren (Beskæftigelsesministeriet, 2012a). Som en del af redskaberne til at opnå dette er rehabiliteringsteamet og ressourceforløbet, som jeg beskrev i indledningen. Endvidere er der som jeg ser det et diskursivt skift i fokus med den nye reform fra det man kan kalde for afklaring af arbejdsevnen til et fokus på udvikling af arbejdsevnen (jf. Beskæftigelsesministeriet, 2012a). Afklaring betyder at bringe klarhed over noget, mens udvikling betyder at forandre noget gradvist i en bestemt retning ofte mod et højere stade, og der er således en gradsforskel i forståelsen af arbejdsevnebegrebet.

Teamet skal ifølge reformen bestå af repræsentanter fra henholdsvis beskæftigelsesområdet, socialområdet, sundhedsområdet, uddannelsesområdet, hvis det er relevant, samt en sundhedskoordinator fra regionen, eksempelvis en læge. Endvidere er der mulighed for at udvide teamet efter behov. Reformen omfatter derfor også et nyt regionalt-kommunalt samarbejde i forhold til, at sundhedskoordinatoren ikke som den tidligere lægekonsulent, er ansat ved kommunen, men derimod kommer udefra. Endvidere udgør borgerens sagsbehandler ikke en del af teamet, hvilket jeg betragter som en forskydning af beslutningskompetencen væk fra frontlinjeniveau. Det er teamets opgave at indstille til kommunen, hvorvidt borgeren skal tilkendes fleksjob, førtidspension eller et ressourceforløb. Konstellationen med indstillingen til kommunen gør, at man kan stille spørgsmålstejn ved om teamet reelt set beslutter noget, da de ikke har den endelige beslutningskompetence. Ikke desto mindre er der belæg for at sige, at der i praksis er tale om en beslutning, fordi udgangen på rehabiliteringsteamet er en indstilling med forslag til enten

førtidspension, ressourceforløb, fleksjob eller tilbage til ordinær indsats. Endvidere har mødelederen i den kommune jeg undersøger bevillingskompetencen i fleksjobsager, og kan således selv bevilge fleksjob til borgeren uden at sagen skal omkring kommunen.

Tankegangen om en helhedsorienteret og tværprofessionel koordinering er centrale elementer bag rehabiliteringsteamet og ressourceforløbet, men det er endnu kun i sin vorden, og dermed er viden om, hvordan det udmønter sig i praksis stadig sparsom. Både i forhold til skiftet i fokus fra afklaring til udvikling, det regionale-kommunale samarbejde, sagsbehandlerens nye rolle og medlemmerne i rehabiliteringsteamet og det interprofessionelle samarbejde der skal foregå der. Det er dog særligt sidstnævnte forhold jeg fokuserer på i specialet, men en indsigt i den kontekstuelle baggrund er dog nødvendig for at kunne orientere sig i specialet. Jeg vil nu vende mig mod nogle af de udfordringer der kan være for det interprofessionelle arbejde både ud fra egne observationer og forskningsmæssigt belyste fund.

Helhedsorienteret arbejde og tværfaglig koordinering, med et mål om at tilbyde den enkelte borger en individuel indsats, rummer mulighed for, at fokus rettes mod borgerens samlede udviklingsmuligheder og ikke alene i forhold til beskæftigelse. Imidlertid er indsatsen allerede defineret ud fra et mål om beskæftigelse, hvilket rummer kimen til udfordringer imellem de forskellige professionelle, hvoraf flere i deres daglige virke, arbejder ud fra andre mål end beskæftigelse. Et mål om en helhedsorienteret indsats til nogle af de mest sårbare borgere på kanten af arbejdsmarkedet rummer i teorien potentiale for at fokusere på borgerens samlede situation og udviklingspotentiale, men det afhænger af udmøntningen i praksis. Rasted Andersson (2013) finder eksempelvis, at der er diskrepans mellem mange af de værdier der ligger i rehabiliteringsbegrebet i på den ene side et ønske om at inddrage borgeren, og på den anden side et snævert beskæftigelsesmål. En anden udfordring ved det snævre beskæftigelsesmål er ligeledes den organisatoriske placering af teamet i jobcenterregi, fordi det kan gøre det svært at pege på indsatser på tværs af organisationen, hvis de andre afdelinger i kommunens regi ikke er forpligtet økonomisk.

I forlængelse af mit arbejde som studentermedhjælper² på det førnævnte forskningsprojekt på Professionshøjskolen Metropol vedrørende roller og beslutningsprocesser i rehabiliteringsteam, har jeg været involveret i empiriindsamlingen samt den begyndende kodning af materialet. Det består af ikke-deltager observationer i to kommuner; henholdsvis A og B, interviews af teammedlemmer i kommune A, og diverse dokumenter. Der er dog foreløbigt kun indsamlet 7 observationer i kommune B og 21 observationer i kommune A, og det er derfor kun observationer fra Kommune A der indgår i specialet. Projektet omhandler, hvordan førtidspensionsreformens introduktion af rehabiliteringsteam udmøntes i praksis, og fokuserer både på de roller teammedlemmer og borger tildeles og tager, og hvordan teammedlemmernes vurdering af borgeren er baseret på forskelligt dokumentationsgrundlag (Dall, 2014). Vores foreløbige observationer peger på, at der er en række udfordringer i beslutningsprocessen i det interprofessionelle arbejde både imellem de professionelle i teamet og i forhold til inddragelse af borgeren. I specialet er det dog forholdet mellem de professionelle jeg fokuserer på, men ikke desto mindre har det store konsekvenser for borgeren, hvordan rehabiliteringsteamet udmøntes i praksis i forhold til at sikre borgeren en kvalificeret, gennemskuelig og helhedsorienteret indsats. Det er derfor vigtigt at have det for øje, når man læser nærværende undersøgelse, fordi fokus er på de professionelle, hvorved et direkte borgerperspektiv glider ud af synsfeltet. I en undersøgelse der fokuserer på forholdet mellem de professionelle, bliver borgerperspektivet mere implicit, men det er stadig lige så væsentligt, fordi de interprofessionelle beslutningsprocesser i særdeleshed har konsekvenser for borgeren. Når en sagsbehandler for eksempel kategoriserer en borgers problem som et alkoholmisbrug får det i særdeleshed konsekvenser i handling i forhold til den hjælp borgeren tilbydes.

I et jobcenter er borgernes problemer ofte komplekse og kan bestå af flere forskellige lidelser, hvilket kræver viden både organisatorisk som fagligt inden for et bredt område, og derfor virker det som en god ide at samle interprofessionelle teams for at sikre, at beslutningen tages ud fra et helhedsorienteret billede. Ikke desto mindre peger forskning på, herunder blandt andet Sarangi & Roberts (1999), at forskellige former for professionel ekspertise ligeledes udfordrer denne vision, og det interprofessionelle møde skaber så at sige sine egne problemer. Det bliver nogle gange et eksempel på det modsatte, hvor de professionelle sidder med hver deres dagsorden (se fx

² Datagrundlaget og min rolle i projektet uddybes under afsnittet *Data og metode*

Eskelinen et al., 2008). Undersøgelsen "*Veje til førtidspension*" (Caswell et al., 2012) finder, at der er en del udfordringer forbundet med at sætte sig ind i andre aktørers felt, og at der er et behov for etablering af fælles mål samt anerkendelse af de forskellige professionelles kompetencer, eksempelvis mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige system. Eksempelvis kan sundhedsrepræsentanten have en anden problemforståelse end beskæftigelsesrepræsentanten, der arbejder ud fra et mere snævert beskæftigelsesperspektiv. På den ene side kan det i et tværfagligt rehabiliteringsteam være en ressource, at de professionelle har forskellige kompetencer, men det kan på den anden side ligeledes give anledning til udfordringer i beslutningsprocessen, hvis forskellige problemforståelser enten ikke bliver konfronteret eller blot eksisterer side om side uden egentlig at blive integreret. Fra forskningen, blandt andet den jeg beskriver i reviewet, ved vi, at interprofessionelt arbejde ikke er helt ukompliceret. Eksempelvis finder Hall et al. (2006), at selvom de professionelle bliver enige om en løsning, er det ikke nødvendigvis udtryk for en fælles løsning udløst af en homogenisering af de professionelles forståelser. De er ikke nødvendigvis i direkte konflikt med hinanden, men de forskellige begrundelser, kan ligeledes ses som et forsøg på at fremme deres egen position (Hall et al., 2006).

Et fokus på, hvordan man træder i karakter som professionel over for andre professionelle, der repræsenterer andre vidensområder, viste sig i mine observationer at være et centralt nedslagspunkt i forhold til mit overordnede tema; beslutningsprocesser og interprofessionelt arbejde. Som jeg skrev i indledningen, havde jeg en forventning om, at rehabiliteringsteam møderne ville være spækket med direkte kampe imellem de professionelle, men det modsatte viste sig at være tilfældet i mit empiriske materiale. I stedet sprang det i øjnene, at teammedlemmerne under interviewene var meget enige om, at der sjældent var uenigheder imellem dem til rehabiliteringsteamet, og derfor ikke havde en oplevelse af, at der var mange konflikter. Endvidere foregik de mest eksplicitte konflikter internt imellem de professionelle for eksempel internt imellem sagsbehandlere i jobcenteret, hvilket jeg anser som forhandlinger. I observationerne af materialet er der dog det jeg kalder for forhandlinger imellem de professionelle om forskellige problemforståelser og løsningsmuligheder. Det foregår som oftest subtilt bortset fra de intraprofessionelle forhandlinger, hvilket jeg beskrev indledningen. Det gør det nærliggende at fokusere på styrkeforholdene imellem de professionelles former for viden, og hvordan denne viden bliver brugt imellem de professionelle.

4 Problemformulering

Opsummerende kan følgende centrale elementer fra problemstillingen udledes, hvilket har ført til nedenstående problemformulering og underspørgsmål:

- Et politisk legitimeret rehabiliteringsteam indført med fleksjob- og førtidspensionsreformen
- En intention om en tværfaglig og helhedsorienteret indsats i sager på vej mod fleksjob, førtidspension og ressourceforløb
- Et skift i fokus fra en afklaring af arbejdsevnen til udvikling af arbejdsevnen
- En organisatorisk udfordring i teamet, fordi opgaven kun er organiseret i jobcenterregi
- Overvejende subtile interprofessionelle forhandlinger og mere eksplicite intraprofessionelle forhandlinger
- Forskningsmæssigt underbelyst fokus på beslutningsprocesser ud fra et mere strukturalistisk perspektiv

De opsummerede punkter har ført til nedenstående problemformulering:

Hvordan bliver viden anvendt magtfuldt i beslutningsprocessen imellem teammedlemmerne i i rehabiliteringsteamet?

4.1 Underspørgsmål

Problemformuleringen har ført til to underspørgsmål; henholdsvis et todelt og et enkeltledet. Det første spørgsmål fokuserer på forhandlingsformer og viden i beslutningsprocessen, mens det andet spørgsmål fokuserer på, hvordan forholdet imellem de professionelle rekonfigurerer sig, og dermed ligeledes rummer et mere institutionelt perspektiv:

1. *Hvad er kendetegnende for de forhandlingsformer der indgår i beslutningsprocessen på rehabiliteringsteammødet, og hvordan bliver viden brugt i forhandlingen imellem de professionelle?*
2. *Hvordan rekonfigurerer denne proces forholdet imellem de professionelle i rehabiliteringsteamet?*

Begreberne *forhandlingsformer*, *beslutningsproces*, *viden* og *rekonfiguration* er centrale begreber i specialet, og er både delvist empiriske og teoretiske. Jeg redegør derfor kort for begrebernes betydning i relation til deres anvendelse i undersøgelsen.

Forhandlingsformer og viden

Forhandlingsbegrebet som jeg anvender det i specialet er relationelt, fordi det foregår mellem teammedlemmerne i forhold til at gøre en bestemt viden gældende, og jeg er derfor inspireret af Eskelinen et al. (2008:37) og deres forståelse af forhandling. Med forhandlingsbegrebet rettes opmærksomheden mod, hvordan betydning formes af aktørerne, og hvordan deltagerne i en interaktion er med til at skabe betydning. Endvidere hænger begrebet sammen med positionering, og refererer til de udgangspunkter aktørerne har i interaktionen. Viden hænger derfor sammen med forhandling, fordi det der forhandles om involverer viden. Taylor og White (2000) peger på, at der er en dobbelthed omkring viden som indsigt og viden som magt. Viden tilfører information, men er ligeledes magtfuld i kraft af sin evne til at overbevise om en bestemt forståelse. Viden hænger hos Taylor & White hænger sammen med en aktørs positionering, og denne viden bruges til at sikre aktørens position i et forsøg på at underminere de andres "*truth-claims*" eller krav om sandhed. Eskelinen et al. (2008:110) peger på, at kategorier er betydnings- og magtfulde.

De opsummerer samfundsmæssig og kulturel viden i form af en række forhold, der relativt ubesværet tages for givet, herunder en gældende moralsk orden, og implikationerne af deres anvendelse kan være vidtrækkende.

Eskelinen, et al., 2008:110)

Heri ligger en antagelse om, at kategorisering indeholder en samfundsmæssigt indlejret viden, som man umiddelbart ikke stiller spørgsmålstegn ved.

Beslutningsprocesser og rekonfiguration

Det er ikke altid ligetil at fokusere på beslutningsprocesser i praksis, fordi man sjældent kan identificere, hvor beslutningen blev taget. I praksis er det meget mere sammenfiltret, komplekst og vanskeligt at gennemskue.

Of course, decisions get made, but decision-making is not simply out there waiting to be realised in some common-sense way. The social facts of workplace life are not `givens` but are actively constructed out of the discourses and interactions of everyday life. Indeed when we look for these social facts, they always seem to escape.

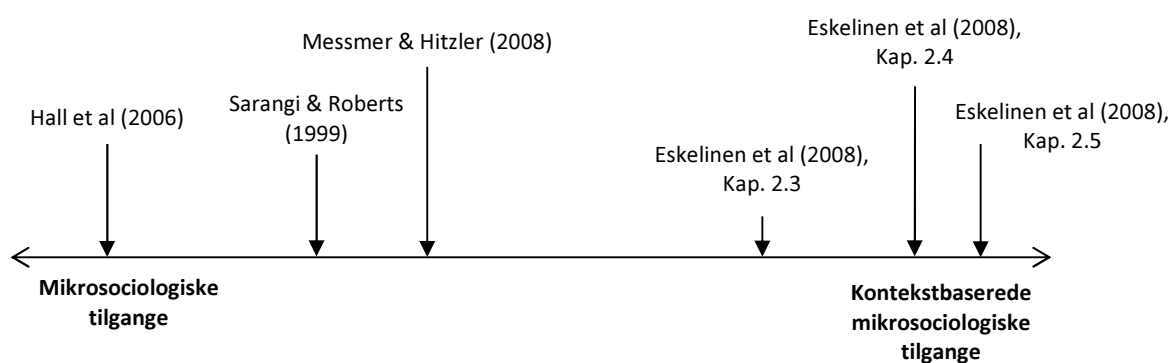
Sarangi og Roberts, 1999:34

For at studere beslutningsprocesser, må man derfor studere praksis og interaktionen; både de kommunikative handlinger, såvel som de nonverbale handlinger. Sarangi & Roberts (1999:34) finder endvidere, at beslutningsprocessen er spredt og fragmenteret, og tæt forbundet med tre forskellige aspekter af viden- og magtrelationer i den institutionelle orden; 1) distribueringen af information, 2) måden viden præsenteres og re-præsenteres i konstruktionen af et problem og dets løsning og 3) måden professionel status re-konfigureres i beslutningsprocessen. Det er særligt rekonfigureringen af forholdet imellem de professionelle, der udgør et nedslagspunkt i det sidste underspørgsmål, fordi det udpeger forholdet imellem de professionelle.

Undersøgelsen bevæger sig dermed på flere forskellige niveauer, henholdsvis mikrointeraktionen imellem teammedlemmerne, den institutionelle organisering og deres sammenhæng med samfundsmæssig indlejret viden. Jeg har derfor udarbejdet en teoretisk konstruktion, der gør det muligt at bevæge analysen frem og tilbage mellem niveauerne, hvilket jeg har gjort på baggrund af den eksisterende forskning på området, og det næste afsnit er et review over den eksisterende forskning omkring interprofessionelle beslutningsprocesser.

5 Eksisterende forskning om beslutningsprocesser i interprofessionelt arbejde

Reviewet intenderer ikke at være en udtømmende gennemgang af forskningslitteraturen på området grundet pladsbegrænsningen. Formålet er dog at vise, hvordan man i forskningen hidtil har undersøgt feltet omkring beslutningsprocesser i interprofessionelt arbejde, og jeg har derfor udvalgt litteraturen i relation til mit problemfelt. Forskningen omhandler emner inden for beskæftigelsesområdet, det sundhedsfaglige område og børne- og unge området. Forskningsbidrag, der alene har et teoretisk indhold, har jeg afgrænset mig fra, og fokuserer i stedet reviewet på bidrag fra praksisforskning. Præsentationen af litteraturen er ikke kronologisk efter udgivelsesår, og er i stedet en diskussion af forskningsbidragene i forhold til nogle af de væsentligste pointer og fund i relation til problemstillingen i specialet. Der er en bevægelse fra de meget mikrosociologiske analyser, til analyser, der breder sig mere ud til også at berøre bredere kontekster. Der er en generel tendens til, at den præsenterede litteratur, præsenterer alternativer til en evidensbaseret tilgang, hvor det er fælles for litteraturen, at den overordnet læner sig op af en interaktionistisk tilgang eller metode med sprognære analyser inden for forskellige retninger som etnometodologi og diskursanalyse. Figur 1 er en oversigt over den forskning der indgår i reviewet placeret på en skala for henholdsvis en mikrosociologisk og en kontekstbaseret mikrosociologisk tilgang.



Figur 1: Skema over den eksisterende forskning

5.1 Mikrosociologiske sprognære analyser af beslutningsprocesser og interprofessionelt arbejde

Hos Hall et al. (2006) *Inter-professional decision-making in a case conference*, indgår kapitlet i en bog, der adskiller sig fra et evidensbaseret og et refleksivt approach til en tilgang, der fokuserer på hverdagsaktiviteter, som konstrueret gennem sprog og interaktion. De anvender de teoretiske begreber kategorisering og accountability som gennemgående for alle analyserne. Analysen i kapitlet tager udgangspunkt i et uddrag af en sagskonference på børne- og ungeområdet. De professionelles kategorisering af moren, som en der ikke kan varetage omsorgen for sit barn eller som en, der godt kan, men er plaget af socioøkonomiske omstændigheder, har betydning for indsatsen. Et vigtigt resultat i relation til specialets problemstilling viser, at de professionelle anvender forskellige kategoriseringsstrategier, som eksempelvis at kontrastere moderen med en "normal" mor samt konsensussøgende karakterarbejde. Endvidere peger Hall et al. (1996) på, at selvom de professionelle bliver enige om en løsning, er det ikke nødvendigvis udtryk for en fælles beslutning udløst af en homogenisering af de professionelles forståelser, idet de betoner problemet forskelligt. De professionelle er ikke i direkte konflikt med hinanden, men de forskellige begrundelser, kan ligeledes ses som forsøg på at fremme deres professionelle position ifølge forskerne. Deres fund i analysen peger hen imod, at beslutningsprocesser ikke er helt uproblematisk. Selvom de professionelle forsøger at skabe konsensus omkring kategoriseringen af en borger, foregår der også sideløbende forsøg på at fremme sin egen position på mødet. Hall et al. (1996) peger på, at status og hierarkiske strukturer imellem faglig viden, kan indgå i beslutningsprocessen sideløbende med det direkte arbejde med at kategorisere borgeren, hvilket gør arbejdet hermed kompliceret og svært gennemskueligt, men de lykkes ikke rigtig med at forklare, hvordan status eksempelvis spiller en rolle.

Sarangi & Roberts (1999) *Talk, Work and Institutional order*, fokuserer i deres antologi på hverdagsinteraktion på arbejdspladsen, mens antologiens underliggende tema er, hvordan viden og professionelle identiteter konstitueres gennem diskurs. Praxis er kompleks, og forfatterne forsøger at indfange dette i deres analyser gennem en overordnet tilgang, der består af både etnografiske, etnometodologiske, sociolingvistiske og diskursanalytiske tilgange. Forskernes syn på beslutningsprocesser, er i relation til deres tilgang ikke på forhånd givet, og konstrueres aktivt ud af diskurserne og interaktionerne i hverdagen. Derfor er det også svært at udpege det øjeblik i

talen, hvor en beslutning træffes. Formålet er, at de professionelle skal tænke mere helhedsorienteret, men der er risiko for, at forskellige former for ekspertise, og tilhørende diskurser i stedet kolliderer, når viden og information distribueres af mange forskellige professionelle grupperinger. Sarangi & Roberts (1999) adresserer direkte magt og vidensbegrebet, som en del af beslutningsprocessen, men det bliver ikke helt tydeligt, hvordan det konkret indgår i analyserne.

I bogen sætter de blandt andet skarpt på beslutningsprocesser og problemløsning i forskellige sammenhænge, hvoraf jeg her særskilt vil præsentere og diskutere ét bidrag fra bogen af Cook-Gumperz & Messerman (1999) *Local identities and institutional practices: Constructing the record of professional collaboration*, som er et af bidragene i bogen, tager udgangspunkt i journalføringspraksis i hospitalsvæsenet. Her adresserer de transitionen mellem at udføre beslutninger i tale og på skrift i forhold til at undersøge diskursen i journalføringspraksis. Disse møder er kendetegnet ved det Sarangi & Roberts (1999) kalder for diskursiv hybriditet mellem institutionelle og professionelle hensyn. Professionel diskurs anses som en form for habitus med henvisning til Bourdieu (Sarangi & Roberts, 1999:15), mens institutionel diskurs er en form for regulerende diskurs i institutionel praksis. Her bliver de professionelles bekymringer transformeret til at passe ind i tilgængelige institutionelle kategorier. Endvidere sker der en rekonfigurering mellem de professionelle, hvor sygeplejerskerne er dem der styrer diskussionen på beslutningsteammøderne, fordi de gennem deres arbejde har større adgang til den institutionelle viden end lægerne. Cook-Gumperz & Messerman (1999) peger på, at det dog ikke nødvendigvis er ensbetydende med en egentlig redistribuering af professionel viden, men måske i stedet bevares den hierarkiske organisering af magt og viden mellem læger og sygeplejersker, fordi opgaven af lægerne anses for at være en ubetydelig og lavere rangerende opgave i forhold til deres status. Dokumenterne indgår dermed i beslutningsprocessen, og anses derfor ikke som simple faktuelle beskrivelser, men præsenterer i stedet løsninger. Cook-Gumperz & Messerman peger på, at der er stor afstand mellem de uklarheder, der opstår i kommunikationen mellem de professionelle på mødet, og det der nedfældes på skrift. Her fremstår beslutningen i retrospekt som en enstemmig beslutning. Endvidere anvender de professionelle subtile måder at hive information ud af de andre deltagere på, og undgår at komme med mere information end det der synes nødvendigt for at udfylde kategorierne i behandlingsplanen, fordi deres faglige integritet er på spil ifølge Cook-

Gumperz & Messerman. Ligesom Hall et al. (2006) peger Cook-Gumperz & Messerman (1999) på, at også professionel status er på spil i beslutningsprocessen. Endvidere finder de, at forholdet i beslutningsprocessen rekonfigureres imellem de professionelle under beslutningsprocessen, men peger på, at det ikke nødvendigvis betyder en redistribuering af viden. Ikke desto mindre fungerer beslutningsprocessen og forhandlingen med viden som en form for rekonfiguration eller reorganisering imellem de professionelle i forhold til arbejdsopgaver og dermed professionel status. Hos Cook-Gumperz & Messerman fungerer rekonfigureringen som reproduktion af det professionelle hierarki imellem sygeplejersker og læger, men perspektivet rummer ligeledes potentiale for, at reel rekonfigurering og redistribuering af professionel viden kan finde sted.

Messmer & Hitzler (2008) Practice-Based Evidence. Social Work from an Interaction Analysis Perspective tager i deres undersøgelse udgangspunkt i en interaktionistisk tradition. Samtidig anvender de konversationsanalyse som metode til at lave dybdegående sprognære analyser af samtaler mellem de professionelle og borgere på sagskonferencer i tysk børne- og unge arbejde. De fokuserer på, hvordan policy orienterede rationaler bliver implementeret i praksis, og peger på, at der ofte er uoverensstemmelse herimellem. I stedet for at fokusere på det enkelte subjekt på sagskonferencen, fokuserer de på sagskonferencen som en proces, der formes interaktivt af deltagerne gennem forhandling. Deres forskning er imidlertid fokuseret på, hvordan deltagerne samarbejder og stræber efter at tilpasse sig de generelle normer for sagskonferencen. Tesen er, at det kan henføres til den interaktive natur, der er i deltagernes roller og relationer i selve sagskonferencen. Med det redegør Messmer & Hitzler (2008) for, at de strukturelle begrænsninger, der er pålagt deltagerne, blander sig med de mål, der er sat for selve interaktionerne. De peger på, at inddragelse af klienten, at udføre professionelt arbejde og gennemsigtighed i beslutningsprocessen er forhold, der er vanskelige i sig selv, men som kompliceres yderligere af, at deltagerne på sagskonferencen består af en heterogen gruppe, der har forskellige roller, status, sproglige praksisser, køn, alder etc., hvilket fører til strukturel overload, konflikt og paradokser. Imidlertid peger de på, at beslutningsprocessen kompliceres yderligere ved, at de professionelle skal nå frem til en fælles forståelse til trods for deres forskellige antagelser og problemforståelser. Forskerne peger endvidere på de professionelle som sociale konstruktører i forhold til, hvornår der skal træffes beslutning om noget, og hvornår der ikke skal. Endvidere anvender de professionelle forskellige beslutningstagningsstrategier med

henblik på at håndtere denne situation. Eksempelvis kan en strategi være, at klienterne sjældent får indflydelse på beslutningsprocessen, ligesom de professionelle i komplicerede sager, har truffet en beslutning inden mødet med klienten. I relation til specialets problemfelt, er det således en interessant pointe, at intentionerne om en helhedsorienteret indsats og inddragelse af klienten, kan vise sig vanskelige i praksis ifølge undersøgelsens resultater, der i lighed med de to foregående undersøgelser i reviewet peger på, at den interprofessionelle beslutningsproces kompliceres yderligere af, at det er en heterogen gruppe af professionelle, der eksempelvis har forskellig status på mødet.

Messmer & Hitzler (2008) underbetoner muligvis klienten som medkonstruktør i denne proces, men det er heller ikke deres forskningsmæssige fokus, som i stedet er de professionelle. I forhold til Messmer & Hitzlers (2008) undersøgelse og metode er der, som jeg ser det, en modsætning mellem et ønske om at fokusere på det der sker imellem implementeringen af policy orienterede rationaler og praksis, og konversationsanalysen som metode, idet fokus for ensidigt forbliver på mikroniveauet, som er den konkrete interaktion på sagskonferencen. Messmer & Hitzler (2008) peger på, at der er en uoverensstemmelse mellem policy og implementering, men fokuserer alene deres analytiske blik på det der sker på sagskonferencen, ligesom de i deres analyse mangler det organisatoriske niveau, men henleder meget af forklaringen til selve sagskonferencen.

5.2 Kontekstbaserede mikrosociologiske tilgange

I Danmark er der en forskningstradition inden for beskæftigelsesområdet anført af Lena Eskelinen, Dorte Caswell og Søren Peter Olesen, som har bidraget med forskning i socialt arbejdes praksis, der i lighed med Messmer & Hitzler (2008) sætter fokus på, hvordan socialt arbejde udføres gennem interaktion og kommunikation i konkrete arbejdssituationer, men som ligeledes inddrager de bredere kontekster.

I bogen *Eskelinen et al. (2008) Potentialer i socialt arbejde. Et konstruktivt blik på faglig praksis*, præsenteres sprognære analyser af praksis, men grundet deres kritisk-konstruktive forskningstilgang formår de i modsætning til Messmer & Hitzler (2008) at tænke flere perspektiver sammen i deres analyser, som henholdsvis implementering, institution, profession og medborgerskab. Resultaterne i analyserne lægger sig både op af de fund, der er fremkommet i de førnævnte undersøgelser og supplerer ligeledes deres undersøgelses resultater grundet deres

bredere perspektiv. De forskellige bidrag i bogen, belyser blandt andet, hvordan beslutningsprocessen hænger sammen med dokumentation og bestemte vidensformer. Jeg vil fremhæve og kort diskutere tre kapitler fra bogen, henholdsvis 2.3 af Søren Peter Olesen *Vidensproduktion under visitationsmøde*, 2.4 *Refleksion i grupper: diskussion om en klient* af Lena Eskelinen og 2.5 skrevet af Dorte Caswell *Kontekster på spil i tværfaglig rundbordssamtale*.

Kapitel 2.3 viser, at beslutningsprocesser hænger sammen med dokumentation og bestemte vidensformer. I kapitlet undersøges, *hvordan* og ikke *hvorfor* forskellige aktører på et visitationsmøde kategoriserer, begrunder, forhandler viden, søger alliancer og forhindrer alliancer om forståelsen af klientens situation. Der er derfor ikke tale om entydige og rationelle beslutningsprocesser, hvilket også Sarangi & Roberts (1999) pegede på. En beslutningsproces er dermed også en konsensusproces, men den bygger ofte på forskellige antagelser. Viden er således noget der konstrueres, forhandles og begrundes. Håndtering og forhandling af viden i faglig praksis er et skæringspunkt, hvor beskrivelsen af klienten kobles med valget af intervention. I kapitlet tages udgangspunkt i en case, hvor det er særligt fremtrædende, at der er konkurrerende versioner mellem de professionelle omkring borgerens resterende arbejdsevne. De konkurrerende versioner udfordrer aktørerne både i forhold til deres begrundelser for kategorisering og i forhold til deres troværdige faglige ekspertise. Informationsstrømme, argumentationsforløb og beslutningsproces glider over i hinanden i deltagernes forsøg på at fremstå tilregnelige, og der er her en parallel til Messmer & Hitzler (2008), der peger på, at borgeren nogle gange efterlades i det uvisse om, hvor man befinder sig i beslutningsprocessen. Tre former for kategoriseringer, kommer til udtryk mellem de to sagsbehandlere og socialmedicineren på visitationsmødet, som henholdsvis en erfaringsbaseret og samfundsvidenskabeligt funderet tilgang, en socialmedicinsk-psykologisk tilgang, og en commonsense-orienteret tilgang, og de forvaltes alle diagnosticerende, men på vidt forskelligt grundlag. Endvidere fremgår det af analysen, at de tre vidensformer gensidigt udfordrer hinanden. På den ene side kan disse forskellige vidensformer genererer vidensproduktion ved at afdække forskellige sider af borgerens arbejdsevne, men de bliver ligeledes brugt strategisk til at understøtte de professionelles positioner. I relation til problemstillingen i specialet, er det interessant, at forskerne peger på, at viden ikke alene er noget der bruges oplysende og informationsgivende i beslutningsprocessen, men ligeledes til at stadfæste de professionelles position, hvilket er et eksempel på magtfuld brug af viden.

Kapitel 2.4 peger ligeledes på, at viden er en del af beslutningsprocessen i forhold til, at refleksion og viden hænger sammen med det grundlag en beslutning træffes på mellem flere professionelle. I modsætning til bogens andre kapitler bygger analysen på interviewmateriale i forhold til, hvordan de professionelle selv ville gribe en sag an på baggrund af en videovignette af en samtale mellem en borger og en socialarbejder. Analysen tog udgangspunkt i de enkelte medarbejderes fortolkninger af klienten og i gruppespecifikke mønstre i diskussionen om klienten, hvilket rettede sig mod forskelle mellem grupperne. Eskelinen et al. (2008) argumenterer for, at de to analysedele belyser forskellige dele af praksis, som kan bestå af både forskellige tilgange, usikkerhed og alternative fortolkninger, og på den anden side i at søge sikkerhed og acceptere selvfølgeligheder og faglige rutiner. Den første del af analysen ser på individuel refleksion og argumentation, som betragtes som uafhængigt af medarbejdernes faglige baggrund. Den anden del af analysen viser, at tre grupper af socialarbejdere er præget af forskellige traditioner for faglig praksis, og har betydning for, hvordan de vil handle over for klienten. Der er således både en individuel og en fagspecifik forståelse eller viden, som danner grundlag for den måde de professionelle vælger at handle over for borgeren. Eskelinen et al. (2008) konkluderer, at der kan spores en tendens til, at sagsbehandlerne ser klienten med de øjne de er vant til, og at samme klient opfattes forskelligt af forskellige sagsbehandlere. Analysen peger, altså på to forhold. Det ene drejer sig om, at de professionelle er individer, og dermed baserer deres vurderinger på individuelle forskelle. Det andet forhold drejer sig om, at professionelle ligeledes trækker på deres faglige baggrund og erfaring i vurderingen af en sag. Endvidere peger de på en anden vigtig pointe i forhold til, at et fagligt miljø ikke alene kan medvirke til at udvikle praksis, men ligeledes til at stadfæste en bestemt forståelse af "god" praksis.

I *kapitel 2.5* bearbejdes analysen af en rundbordssamtale mellem de professionelle og klienterne, efter inspiration af Per Linells kontekstbegreb (Eskelinen et al., 2008:165). En kontekst er i den forstand ikke alene det der sætter rammerne for praksis, men ligeledes de kontekster, der bringes ind på mødet udefra, som eksempelvis aktørernes opfattelser af, hvad der foregår, viden og antagelser om de involverede personer samt den organisatoriske kontekst. Argumentet herfor er, at en mere nuanceret forståelse af kontekstens betydning, skærper blikket for de konkrete kontekster, deltagerne trækker på i situationen. Analysen fokuserer på, *hvad* sker i rundbordssamtalen, og *hvordan* det hænger sammen med udvalgte kontekstuelle elementer med

inspiration fra blandt andet Holstein & Gubrium, 1995 (Eskelinen et al. 2008:165). Analysen bliver dermed ikke hængende i en mikrosociologisk analyse, men bevæger sig udad mod andre kontekster. Analysen fokuserer på deltagernes positioner i samtalen, hvordan de adresserer hinanden og klienten, og tydeliggør, at der er noget andet og mere på spil, som eksempelvis organisatoriske konstellationer, der fungerer bag om de professionelle og de antagelser, de har om hinanden. Det viser, at når professionelle mødes, er det samtidig et møde mellem forskellige positioner, hvor der udvikler sig en forhandling om, hvordan disse positioner kan påvirke mødets udfald. I rundbordssamtalen bliver løsningen en form for konsensus mellem de professionelles forskellige opfattelser af problemstillingen, hvilket fører til fire forskellige indsatser. Som Messmer & Hitzler (2008) pegede på, forsøger de professionelle i en del af casene at nå en form for overensstemmelse, hvilket er det der gør det muligt at træffe en beslutning. I rundbordssamtalen fremgår det, at klienten og de professionelle positionerer sig med vidt forskellige opfattelser af klientens problem, hvilket ikke bliver forsøgt konfronteret mod en fælles forståelse, men eksisterer side om side på mødet. I rundbordssamtalen får det et lidt u hensigtsmæssigt udfald for borgeren, der skal forholde sig til fire forskellige indsatser. I analysen omkring rundbordssamtalen udvides fortolkningsgrundlaget til deltagernes positioner ligesom begrebet *forhandling* udfoldes i den empiriske analyse. Et interessant fund i rundbordssamtalen set i relation til specialets problemstilling er, at lægen tildeles en særlig rolle i forhold til at udtale sig om den beskæftigelsesrettede indsats i forlængelse af hans helbredsmæssige vurdering, selvom lægen deltager som klientens praktiserende læge. Lægen udtrykker dog ikke forvirring herover, men forsøger at udtale sig herom, men vender dog hurtigt tilbage til at udtale sig om det helbredsmæssige. Jobkonsulenten følger herefter op på lægens udtalelse, og positionerer ham som sandhedsvidne: "*Det siger lægen, og det er lægeligt dokumenteret*" (Eskelinen et al., 2008). Lægen bliver her tildelt en position, som ekspert både i forhold til et helbredsmæssigt og et beskæftigelsesrettet tema. Ikke desto mindre viser eksemplet måske et kig ind til en uekspliteret forventning om, at lægen qua sin position bør kunne udtale sig om dette.

5.3 Mønstre og variation – potentiale i mere strukturalistiske og professionssociologiske tilgange

Der er flere ting der går på tværs i litteraturen, og der er umiddelbart ikke områder, hvor undersøgelserne er i direkte modstrid med hinanden, ligesom de peger på, at

beslutningsprocesser konstrueres i praksis gennem deltagernes interaktion, der er bundet til de institutionelle rammer, interaktionen foregår i. Endvidere bygger beslutningsprocesser på problemløsning, kategorisering og viden, og foregår spredt og fragmenteret. Analyserne har forskellige teoretiske og metodiske tilgange, men fælles for de præsenterede bidrag er, at de alle har fokus på tekst, tale og institutionel interaktion. De har endvidere alle både et interaktionistisk og et konstruktivistisk islæt. Fælles for bidragene er det, at beslutningsprocesser ikke er givet på forhånd, men at de konstrueres interaktivt. Det er dog forskelligt, hvor meget de bredere kontekster betones, hvilket efterlader større eller mindre grad af konstruktionsmuligheder for de professionelle. Det er typisk, at i de meget sprogligt detaljerede analyser, virker det som om de professionelle aktivt konstruerer kategoriseringer af borgeren samt løsningsmuligheder, mens de analyser, der adresserer den institutionelle kontekst eksempelvis ligeledes lægger nogle begrænsninger på denne konstruktion. Mange af bidragene har ligeledes blik for de bredere kontekster, som adresseres mere eller mindre direkte. Bidragene varierer fra den vægt de lægger på konteksten, og jeg ser derfor bidragene på et kontinuum af mikrosociologiske tilgange, hvor nogle analyser ligger i den helt mikrosociologiske ende med finkornede konversationsanalytiske analyser, mens andre analyser er mindre mikrosociologiske i deres tilgang gennem tilgange eksempelvis professionel diskurs (Sarangi & Roberts, 1999). De mikrosociologiske analyser mister dermed blikket for konteksten, mens det jeg har kaldt for de kontekstbaserede mikrosociologiske analyser forsøger at inddrage de bredere kontekster, men undersøgelserne kan stadig ikke helt forklare, hvorfor eksempelvis lægen bliver tildelt en position som sandhedsvidne i casen i kapitel 2.5 (Eskelinen et al.).

I forlængelse af den præsenterede forskning vil jeg imidlertid også pege på to mere udforskede metodologiske tilgange, som kunne udvide forklaringspotentialer. De lingvistiske analyser inden for en etnometodologisk tradition, der anvender Goffmanske begreber som analyseredskaber, er indsigtsfulde og nødvendige for at komme i dybden med interaktionen. Samtidig adresseres de bredere kontekster og samfundsmæssige rammer, og ligger som et beskrivende bagtæppe for litteraturen, dog uden at blive operationaliseret i analyserne. Denne del bliver således ikke foldet rigtigt ud i analyserne. Endvidere er det interessant, at analyserne beskæftiger sig med professionelle, som beslutningstagere, baseret på viden og magt uden at anvende de potentialer, der ligger i mere professionsteoretiske tilgange, der beskæftiger sig direkte med professionel

viden. Andre mere strukturalistiske og professionsteoretiske tilgange kunne supplere de finmaskede analyser til at udvide forklaringspotentialt til, *hvorfor* de professionelle sjældent konfronterer og udfordrer den viden, der danner baggrund for en beslutning for borgeren. Dall (2012) peger på, at professions sociologiske tilgange rummer nogle begrænsninger i forklaringspotentialt på udfordringerne i det tværfaglige samarbejde, fordi der i højere grad kan være tale om status og strategier til opnåelse af kontrol. Gennemgangen af den eksisterende forskning pegede netop på, at status og hierarki var en af de elementer som ligeledes havde indflydelse på beslutningsprocessen, men det er vanskeligt for undersøgelserne at forklare, hvorfor det forholder sig således, og hvorfor nogle har mere status end andre professionelle. Der er i forskningen en underbetoning af, de institutionelle betingelser, der konstituerer de agerendes handlemuligheder, samt den strukturelle fordeling af ressourcer mellem de forskellige professionelle. Hovedvægten er på det sproglige, men der er mindre fokus på de sammensatte sammenhænge, der konstituerer den sociale praksis. Endvidere bliver analyserne ofte på det beskrivende niveau. Analyserne mister lidt forklaringspotentialt i forhold til at kunne udsige noget om den sociale betydning. Bourdieu ville sige, at man mister muligheden for at objektivere de sociale forhold, der muliggør en doxisk erkendelse af den sociale virkelighed (Mathiesen & Højbjerg), og ikke bare en beskrivelse af doxa, men også hvad det er der giver doxaen sin gyldighed. Det er på baggrund af disse bidrag, at jeg i specialet, har udarbejdet en teoretisk tilgang til analysen af beslutningsprocesser som et forsøg på at integrere mikro- meso- og makroniveauet mere. I forhold til figur 1 kan specialet derfor placeres i den kontekstbaserede mikrosociologiske ende af kontinuummet.

6 Teorikonstruktion – Bourdieu, Abbott og Evetts

Mouzelis (1995:18) kritiserer interaktionismen blandt andet repræsenteret ved Goffman for at mangle begreber for, at ansigt til ansigt interaktioner ikke altid er mikrofænomener. Et møde bestående af en lille gruppe mennesker kan således have vidtrækkende konsekvenser i tid og rum, hvilket hænger sammen med, at disse personer kan være i besiddelse af en magt som ligeledes kan have vidtrækkende konsekvenser (Mouzelis, 1995:18). Sådanne ansigt til ansigt interaktioner kan være afgørende for at forstå, hvordan samfund er konstrueret, reproduceret og transformeret (Mouzelis, 1995:18).

Omvendt kritiserer Mouzelis (1995:114) Bourdieu for at undervurdere den interaktionistiske-situationelle dimension på grund af en overbetoning af det positionelle og det dispositionelle, hvor det bliver vanskeligt at forstå, hvordan aktørerne interagerer i modstrid eller i samarbejde med hinanden. Ifølge Mouzelis (1995:116) bliver det i en Bourdieuinspireret analyse aldrig tydeligt, hvordan habitus eller kapitalformer konkret udføres/udformes, og hvordan nogle aktører vælger at handle anderledes end deres positioner eller kapitalformer tillader dem. Bourdieu har som jeg læser ham ikke et egentligt aktørbegreb til trods for, at der er individer med i hans forskning. Mit bud er, at det til dels skyldes Bourdieus forsøg på at sammentænke struktur-aktør perspektivet. Mortensen (2004:42) hævder, at det er mere produktivt for en forståelse af samfundet at fastholde polerne i de forskellige dualismer i stedet for at sammentænke dem, og han kritiserer blandt andet Bourdieu for en manglende præcis skelnen mellem dualismerne. Mortensen (2004) foreslår, at man i stedet fokuserer på dem som paradokser.

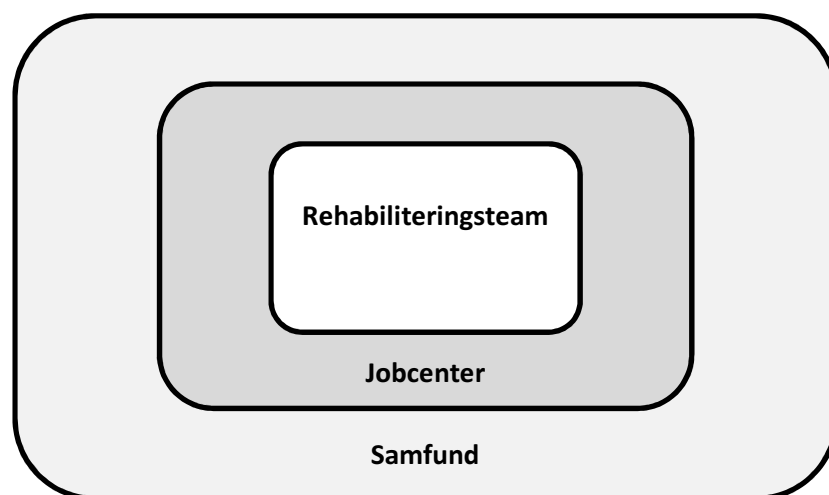
Jeg er enig med Mortensen (2004) i, at det kan være frugtbart i en teoretisk diskussion at bevare en præcis skelnen mellem dualismerne, men i forhold til empiriske undersøgelser, finder jeg Bourdieus dualistiske tilgang væsentlig i og med, at den empiriske virkelighed ligeledes er sammenvævet som jeg opfatter den. Det giver derfor ikke mening at bevare skellet i en undersøgelse, der fokuserer på viden og beslutningsprocesser i kontekst. Det vil sige, at jeg fokuserer på både struktur og agens. I analysen indebærer det at gå frem og tilbage mellem teori og empiri i en abduktiv proces, hvilket vil sige, at jeg opererer med forskellige teoretiske begreber, som jeg har med ude i empirien, men som ligeledes kan informere og ændre de teoretiske begreber. Interaktionen i rehabiliteringsteamet kan dermed analyseres på både mikro, meso og

makro niveauet, og være afgørende for at forstå, hvordan interprofessionelt arbejde kan have mere vidtrækkende konsekvenser end det en mikroreduktionistisk undersøgelse kan vise.

Jeg supplerer Bourdieu med professionssociologerne Abbott og Evetts uden dog at henfalde i professionssociologien i forhold til diskussioner af, hvad der kendetegner en profession eksempelvis. Det vil sige, at jeg arbejder med en relativt enkelt professionstilgang, hvor professionen er delvist forankret institutionelt og uddannelsesmæssigt.

Fælles for både Abbott (1988) og Evetts (2003) er, at jeg læser et Bourdieuallieret perspektiv ind i deres måde at anskue professioner på. Abbott (1988) beskriver sin tilgang som systemisk/interaktionistisk, og han ville muligvis ikke være enig med den måde jeg læser ham på, og jeg vil derfor understrege, at det er min egen fortolkning af Abbott, at jeg læser Bourdieu ind i hans teoretiske begrebsunivers. Jeg opfatter Evetts' (2003) tilgang på et mere institutionelt/strukturelt niveau, hvorfor det muligvis fremgår mere tydeligt, hvordan man kan læse Bourdieu ind i hendes tilgang. Formålet med den teoretiske konstruktion er derfor at konstruere et begrebsapparat, der giver fleksibilitet til analysen, så den både kan rumme det der konkret sker på rehabiliteringsteammødet og se det i relation til den institutionelle og samfundsmæssige kontekst, når det er relevant.

Ved at vælge en teoretisk konstruktion der i højere grad fokuserer på handlinger og logikker mister man derfor også blikket for den interaktionistiske-situationelle dimension. Derfor er jeg i min metodiske tilgang til analysen inspireret af Erving Goffmans (1955) arbejder om ansigtsarbejde. Det handler om, at studere spillereglerne i interaktionen. som Goffman (1955:12) udtrykker det. *"To study face-saving is to study the traffic rules of social interaction"*. Tilgangen benyttes derfor metodisk til i empirien at få fat på interaktionen imellem de professionelle, mens den teoretiske tilgang har det forklarende potentiale. Den teoretiske konstruktion bevæger sig dermed på flere niveauer, henholdsvis interaktionen imellem teammedlemmerne i rehabiliteringsteamet, den institutionelle kontekst, der udgør rammerne for rehabiliteringsteamet og den samfundsmæssige kontekst, hvilket jeg har illustreret i nedenstående figur. Rehabiliteringsteamet udgør kernen, men teamet er indlejret i andre kontekster, som ligeledes er vigtige for det analytiske fokus.



Figur 2: Undersøgelsesobjektets niveauer

Det vil sige, at jeg fokuserer analysen på mikro-, meso- og makroniveauet, men med hovedvægten på rehabiliteringsteamet og jobcenteret. Jeg forsøger med teorierne at trække tråde ud til et mere overordnet samfundsmæssigt makroniveau, men det primære fokus i analysen er mikro- og mesoniveauet. Det vil sige, at jeg anskuer den institutionelle og den samfundsmæssige kontekst til at have indflydelse på rehabiliteringsteammødet, og rehabiliteringsteammødet til at påvirke og være påvirket af de kontekster der omgiver mødet.

6.1 Teoretisk forankring

I dette afsnit præsenterer og diskuterer jeg de teoretiske begreber i forlængelse af den teoretiske konstruktion. Det er vigtigt at understrege, at det ikke er en udtømmende gennemgang af teorierne, men i stedet en præsentation af, hvordan jeg forstår teorierne i relation til problemstillingen i specialet ud fra en pragmatisk tilgang. Det vil sige, at jeg ikke applicerer teorierne direkte i mit speciale, men fortolker dem og omformer dem på baggrund af problemformuleringen og underspørgsmålene. At bruge Bourdieu på den måde jeg gør i specialet kan udsættes for kritik i forhold til, at Bourdieu gennem sine teoretiske begreber og reflektive sociologi arbejder med et meget sammensat begrebsapparat. Ikke desto mindre vil jeg argumentere for, at det i empiriske undersøgelser ikke giver mening at anvende hele begrebsapparatet eller konceptet om man vil. Som Bourdieu (1992:227) selv formulerer det: *"It is*

forbidden to forbid, or watch out for methodological watchdogs", og som jeg læser ham, advokerer han for metodologisk frihed uden dog at henfalde til metodologisk laissez faire.

6.2 Rehabiliteringsteammøder – et spil

Som tidligere beskrevet fokuserer problemformuleringen på den viden de forskellige professionelle i rehabiliteringsteamet anvender for at forstå borgerens problem, og som er med til at forme hinanden og sig selv med. Inspireret af Ida Schultz's ph.d. afhandling (2005) der er en feltanalyse af nyhedsværdier i journalistisk praksis og Bourdieus (1992:98) sammenligning af et felt med et spil, betragter jeg interaktionen i rehabiliteringsteamet som en form for et spil. Her kæmper konkurrerende versioner af borgerens problem om at vinde eller at indgå alliancer med hinanden. Nogle professionelle ønsker slet ikke at deltage i spillet, og nogle bliver kun inviteret med til at deltage med borgere med bestemte lidelser, og nogle bliver altid inviteret med til at deltage i beslutningsprocessen. Specialet er dog ikke et feltanalytisk perspektiv på rehabiliteringsteammøder, men Bourdieus teoretiske begreber er svære at forstå løsrevet fra hans feltbegreb, og derfor forsøger jeg at indlemme begrebet som et bagtæppe for de teoretiske begreber. Bourdieu (1999:100) taler om at definere et felts grænser, og at det er der, hvor effekterne af et felt ophører. Problemformuleringen i specialet placerer sig lige midt i feltet, jf. figur 2. Formålet med feltbegrebet her, er derfor heller ikke at diskutere grænserne for eksempelvis socialt arbejde anskuet som felt. I stedet bruger jeg Bourdieus feltbegreb som en teoretisk tankefigur til at fokusere på det de professionelle strider om i feltet eller enes om. Forskellen fra et spil er dog, at rehabiliteringsteammødet ikke er baseret på et princip om frivillighed i forhold til deltagelse eller ej, men reguleret ved lov. Ikke desto mindre kan sammenligningen med et spil illustrere, at der kæmpes om noget, at der er noget på spil, som er mere end blot, at forskellige professionelle mødes og bliver enige om en beslutning. Om feltet som et spil udtaler Bourdieu:

Thus we have stakes (...) which are for the most part the product of the competition between the players. We have an investment in the game (illusio) (...): Players are taken in by the game, they oppose one another, sometimes with ferocity, only to the extent that they occur in their belief (doxa) in the game and its stakes; they grant these a recognition that escapes questioning.

(Bourdieu & Waquant, 1992:98)

Deltagerne i et felt deler en fælles optagethed af spillereglerne på et felt (illusio), ligesom der er en implicit enighed om, hvilke spilleregler, der gælder i kampen om magt og ressourcer (Harrits, 2011b). I relation til spilanalogien, fremhæver Bourdieu (1992), at deltagerne også har trumf kort i form af kapitalformer, som kun eksisterer og fungerer i relationen til et felt (Bourdieu & Waquant, 1992:101). En bestemt form for kapital kan udgøre et våben, der afgør deltagernes position. Det er dog vigtigt her at understrege, at spilanalogien på ingen måde er sammenlignelig med borgerens situation, som har virkelige konsekvenser for borgerens fremtid, og på ingen måde kan reduceres til et spil. Som jeg skrev i problemstillingen, har jeg afgrænset mig fra borgerens perspektiv, og fokuserer i stedet på de professionelle spil eller interaktion med hinanden. Det betyder, at udsynet er begrænset til de professionelle, og jeg fokuserer derfor ikke på borgerens oplevelser af rehabiliteringsteam mødet eller deres meningstilskrivelser af mødet medmindre det har en klar sammenhæng med de professionelle interaktion. Empirisk handler det om at identificere de kapitalformer der er på spil. Harrits (2011b:180) argumenterer for, at professionskapital kan defineres som evnen til at varetage specifikke arbejdsfunktioner eller opgaver i samfundet på baggrund af specialiseret viden. Bourdieus kapitalbegreb handler om magt og ressourcer, hvoraf de kapitalformer, der oftest fremhæves i den forbindelse er økonomisk, kulturel og social kapital. Disse kapitalformer er strukturerende for de sociale relationer og kampe mellem de forskellige aktører i det sociale rum, hvor det er den samlede mængde af kapital, der er afgørende for aktørens position i feltet (Harrits, 2011b).

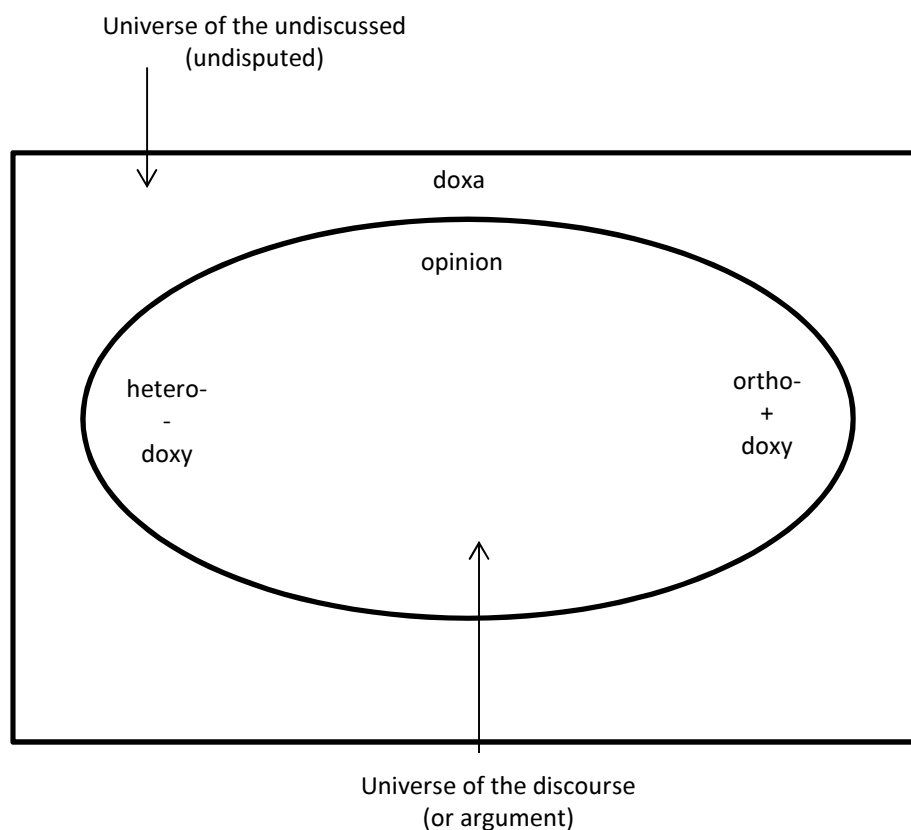
Beslutningsprocessen i rehabiliteringsteamet handler ikke kun om problemløsning, men om positionering ved brug af bestemte typer af viden, som kapital. Fokus er på hvem det er der deltager på rehabiliteringsteam mødet, og den viden der bliver lagt vægt på i forhold til borgerens problem og en beslutning om indsats. Hvem er vindere, og hvem er tabere?

6.3 Viden som kapital

Med Bourdieus kapitalbegreb som inspiration, anser jeg derfor viden som kapital. Teammedlemmerne har i kraft af deres uddannelse, erfaring og organisatoriske placering en viden, som jeg forstår som henholdsvis en faglig og en organisatorisk viden. Anskuet som kapital, er den faglige og den organisatoriske viden det der giver adgang til deltagelse på rehabiliteringsteam mødet i forhold til forhandlingen af problemforståelser og indsatsmuligheder. For at få adgang til feltet skal man være udstyret med bestemte kapitalformer, og et af målene

med den sociologiske forklaring er derfor at finde ud af, hvilke specifikke kapitalformer, der har gyldighed på hvilke områder (Bourdieu & Waquant, 1992:94). Det handler i analysen derfor om at identificere de kapitalformer som er på spil i et felt (Bourdieu & Waquant, 1992). Jeg antager derfor, at nogen former for viden har mere valør end andre former for viden, men det vil vise sig i empirien. Bourdieus kapitalbegreb er endvidere relationelt, hvilket vil sige, at kapital skal forstås i relation til andre former for kapital. Waquant (Bourdieu & Waquant, 1992:29) sammenligner et felt med en scene, hvor der løbende udspiller sig en konflikt og en rivalisering, hvor de kæmpende strides om den kapital, der har valør på deres område. Videre skriver han at, i disse kampe er formen og opsplitningen af det overordnede magtfelt af afgørende betydning, fordi det kan ændre hele det overordnede felts struktur.

Det vil sige, at hvis den relative værdi af en bestemt form for kapital op- eller nedskrives kan det få betydning for hele det overordnede felts struktur (Waquant, 1992:29). Teammedlemmernes viden ser jeg derfor i relation til hinanden, hvor den viden de hver især besidder har forskellig status på rehabiliteringsteam mødet, og derfor er der nogle former for viden, som har mere valør end andre former for viden på mødet. Det er først og fremmest konkret forankret på mødet, men kan ligeledes afspejle nogle tendenser på makroniveauet i forhold til en mere overordnet vidensstruktur eller et videnshierarki. Kapitalbegrebet kan endvidere begrebsliggøre sociale magtrelationer, hvor symbolsk kapital er en form for magt, der ikke længere betragtes som magt, fordi den opfattes som naturlig og legitim (Harrits, 2011). Dermed kan kapitalbegrebet være med til at forklare, hvorfor der i empirien er meget lidt eksplicit forhandling imellem teammedlemmerne, mens Bourdieus begreber om doxa og ortodoxi/heterodoxi kan være med til at få øje på det der ikke forhandles om, og grænserne mellem det der forhandles om og ikke forhandles om. Han tilføjer nogle teoretiske begreber til, hvordan vi kan bemærke det usagte; det der ikke bliver svaret på, talt udenom og forbigået. Doxa tilhører *the universe of the undiscussed*, og er det der aldrig bliver stillet spørgsmålstejn ved "*Which goes without saying and therefore goes unquestioned*" (Bourdieu, 1977:166). Det er den viden der tages for givet, mens *ortodoxi* og *heterodoxi* tilhører *the universe of discourse (or argument)*, hvilket vil sige den del af vores forståelse der er til diskussion som "*opinion*" (mening), hvilket Bourdieu har illustreret i nedenstående figur 3:



Figur 3: (Bourdieu, 1977:168)

Ifølge Caswell (2005) bliver ortodoksi nogle gange forvekslet med doxa, og Caswell (2005:70) stiller spørgsmålet om doxa overhovedet skal forstås som fuldstændig løsrevet fra refleksivitet, fordi refleksivitet bliver udgrænset fra de sociale aktørers handlinger. Hun peger på, at det interessante måske i stedet er at fokusere på, hvor grænsen går fra *the universe of the undiscussed* til *the universe of discourse* (Caswell, 2005). I tilknytning hertil er det interessant, hvornår noget kommer fra det usagte univers til det diskursive univers eller omvendt. Viden er dermed kapital, og det udgør både ressourcer og magt, som af teammedlemmerne kan blive brugt både strategisk i det diskursive meningsunivers, men hvor noget ligeledes flourer i grænsen mellem det usagte og det diskursive meningsunivers. Jeg supplerer her Bourdieu med Abbott og Evetts i forhold til, hvordan

vi mere konkret kan genkende noget som viden, og hvad det er de professionelle mere konkret forhandler om.

6.4 Genkendelse af viden

I Abbotts (1988) vidensbegreb skelner han mellem en abstrakt akademisk viden og en praktisk viden. Abstrakt viden er en måde at reducere konkurrenters arbejde til ens egen version, hvilket er den basale mekanisme i interprofessionel konkurrence (Abbott, 1988). Det er dog vigtigt at der er en balance i den abstrakte viden i forhold til den praktiske viden (Abbott, 1988). For meget abstraktion gør professionelle grupper sårbare i forhold til, at de mangler konkret indhold og for lidt abstraktion gør dette indhold for konkret, og dermed tab af legitimitet i forhold til andre professionelle grupper (Abbott, 1988:102). Praksisviden består ifølge Abbott (1988) af tre handlinger; at diagnosticere (*to diagnose*), at foretage en logisk slutning (*to infer*) og at behandle (*to treat*). Abbotts termer er hentet fra den medicinske verden, og kan ligeledes opfattes som, at kunne klassificere et problem, at drage slutninger over problemet og at kunne handle over for problemet (Antoft, 2005). I relation til hvordan viden bliver brugt magtfuldt handler det på baggrund heraf om at fokusere på hvem af de professionelle der så at sige har en fremtrædende plads i forhandlingen om at klassificere borgerens problem, at klassificere det og pege på handling over for problemet, og hvem der ikke har. Evetts et al. (i Pavlin et al. 2010) opererer i stedet med et lidt andet vidensbegreb i en analyse af formel og praktisk viden, hvor de foreslår begrebet "*occupational competence*" (herefter faglig kompetence), som en bro mellem praktisk og formel viden.

(...) the result of an interaction between all sorts of knowledge accumulation (words, numbers, media and education programmes) – explicit knowledge and by the performance of individual and social groups on this basis, and tacit knowledge.

(Pavlin et al.2010:96):

Ud over at de sammenskriver praktisk viden med formel viden, peger de på, at viden både kan være tavs (praktisk) og eksplicit (formel). Praktisk viden hænger sammen med kompetencer, som er "*(...) organizationally valued tasks and performance*" (Pavlin et al. 2010:97); de kompetencer arbejdspladsen kræver eller det kan være tillærte kompetencer. "*(...) the generators of potential*

for an individual's performance (...) self-concept in the sense of habits and values and knowledge in the sense of information that someone has in specific areas"

(Pavlin et al., 2010:97)

De forskellige professionelle i rehabiliteringsteamet deltager med forskellig viden qua deres professionelle baggrund, men ligeledes deres individuelle baggrund. Denne skelnen tilfører noget værdimæssigt til viden som ikke alene praktisk eller abstrakt, men som tavs og eksplicit. Når Abbott taler om at det at slutte fra diagnose til behandling er en tilsløret proces, ser jeg en parallel til tavs viden og en eksplicit viden. Viden bliver på baggrund af Abbott og Evetts til et spørgsmål om forskellige vidensformer, som både en skelnen mellem praktisk og abstrakt viden, men som ligeledes kan forstås som faglige kompetencer. I stedet for at se dem som dikotomiske, giver det i praksis mere mening ligeledes at opfatte dem samlet som faglige kompetencer, der efterspørges på arbejdspladsen. Teoretisk kan vi genkende viden som praktiske og teoretiske videnssystemer, og der er således ikke noget hierarki i Abbotts systemiske forståelse, selvom det fremgår tydeligt, at den abstrakte viden har en afgørende indflydelse på det praktiske videnssystem. Abbott opererer derfor heller ikke med et decideret magtbegreb, og Bourdieu supplerer her Abbott i forhold til hans begreb om symbolsk kapital, fordi Abbott ikke alene kan forklare, hvorfor der for eksempel er forskel i sundhedskoordinatorens og sundhedsrepræsentantens problemforståelser. De forskellige professionelle på rehabiliteringsteammødet besidder dermed forskellige praktiske vidensformer, hvor det særligt er processen om at slutte sig fra diagnose til behandling jeg ser som en del af beslutningsprocessen. Endvidere besidder de viden på et vist abstraktionsniveau i forskellig grad. Sagsbehandlerne besidder eksempelvis socialfaglig, juridisk og psykologisk viden på et vist abstraktionsniveau. Endvidere besidder de forskellige faglige kompetencer i tilknytning til både deres praktiske og formelle viden. Kompetencer er knyttet til de organisatoriske opgavedefinitioner. Eksempelvis er samarbejdet mellem socialarbejderen og sundhedskoordinatoren nedfældet i en samarbejdsaftale mellem kommunen og regionen i forhold til, hvordan den kliniske funktion skal levere rådgivning til vurdering til beskæftigelsesområdet (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2012). Men med begrebet tavs eller uformel viden, som Pavlin et al.(2010) ligeledes formulerer det, kan vi også genkende viden som værdiorienteret, commonsense eller normbaseret.

6.5 Forhandling om jurisdiktion

Hos Abbott (1988) er viden noget man konkurrerer og forhandler om: "*knowledge is the currency of competition*" (Abbott, 1988:102). Det sker ifølge Abbott som følge af ændringer i andre professioners jurisdiktion. En jurisdiktion handler om at have kontrollen med bestemte former for arbejde, og udgør koblingen mellem en profession og dens arbejdsopgaver (Abbott, 1988). En jurisdiktion rummer derfor også grænser i relation til andre jurisdiktioner, hvilket er særligt vigtigt hos Abbott. Det er her professionerne udvikles gennem interprofessionel konkurrence i form af kontrollen med viden og kvalifikationer eller færdigheder. Jeg anser det som en forhandling om kontrollen med den viden der gøres gældende for en problemforståelse imellem teammedlemmerne på rehabiliteringsteammødet.

Ifølge Abbott har grænserne mellem de professionelle og en jurisdiktion en tendens til at forsvinde på arbejdspladsen, der er omgærdet af det han kalder for en "*fuzzy reality*" (Abbott, 1988), og den organisatoriske kontekst gør det derfor vanskeligere at bevare jurisdiktionelle grænser. Hans pointe er, at jurisdiktionelle grænser har en tendens til at forsvinde på arbejdsarenaer, hvor arbejdet udføres mellem tilslørede grænser mellem arbejdsopgaver og ansvar, hvor den interprofessionelle opdeling erstattes af en intraporganisatorisk opdeling.

Boundaries between professional jurisdictions therefore tend to disappear in worksites, particularly in overworked worksites. There results a form of knowledge transfer that can be called workplace assimilation. Subordinate professionals, nonprofessionals and members of related, equal professions learn on the job a craft version of given professions' knowledge systems.

(Abbott, 1988: 65)

Som jeg læser Abbott her betyder det, at grænserne mellem forskellige professionelle grupper udviskes i intraorganisatoriske organisationer, som for eksempel kommunen, fordi arbejdsopgaverne er tæt bundet til arbejdspladsen, hvor de forskellige professionelle assimileres gennem arbejdspladsen.

Endvidere er det vigtigt for Abbott, at dette ansues i kontekst, som altid refererer tilbage til styrken i professionernes videnssystem. Som jeg læser Abbott, ligger der her implicit en antagelse om historicitet i professionernes videnssystem, idet denne styrke ligeledes afhænger af tidligere

jurisdiktionskrav. Bourdieus refleksive sociologi rummer ligeledes en historicitet, hvilket jeg grundet specialets begrænsning har afgrænset mig fra. Det jeg derimod finder væsentligt for forståelsen af de professionelles kampe er, at se dem kontekstuel, hvilket vil sige, at der i deres succes med jurisdiktionskrav også ligger nogle implicite antagelser om for eksempel, hvad sundhedskoordinatoren kan udtale sig om, og rækkevidden af disse udtalelser. Eksempelvis hævder Abbott (1988), at professionelles image ikke ændrer sig pludseligt i offentlighedens arena, og at offentlighedens opfattelse af professioner er relativt stabil.

Evetts er en nyere teoretiker sammenlignet med Abbott, der har udviklet sin teori i 1988, og hun tilføjer dermed også et mere nutidigt perspektiv på professionernes udvikling. Evetts (2003) rekontekstualiserer McClellands begreber om professionalisering indefra, hvor professionen har formet dens arbejdsområde ud fra udviklingen i deres egen viden, og professionalisering fra oven, hvor organisationen er formet ud fra den politiske udvikling. Disse professionaliseringsprocesser kan bindes sammen med forskellige idealtyper af professionalisme; "*occupational professionalism*" (faglig professionalisme) og "*organizational professionalism*" (organisatorisk professionalisme) som hver især har afgørende betydning for den givne professions udformning og handlemuligheder (Evetts, 2003). Den faglige professionalisme giver professionen en kontrol over sit eget arbejde og en selvstændig autoritet, mens den organisatoriske professionalisme består af en diskurs om kontrol uden for selve professionen (Evetts, 2006). Den organisatoriske professionalisme er udviklet gennem organisatoriske processer, men også på baggrund af det omgivende samfund. Der kan således være forskel på, om de professionelle i rehabiliteringsteamet i deres problemforståelser af borgeren begrundes i en faglig professionalisme eller en organisatorisk professionalisme. Dette hænger endvidere sammen med de professionelles arbejdsopgaver. Evetts (2003) fremhæver New Public Management (NPM) som en af årsagerne til, at man kan tale om et styringsredskab fra oven, der motiverer medarbejderne til en bestemt adfærd, der er i overensstemmelse med de organisatoriske værdier.

7 Analysestrategiske overvejelser – kobling af teori og empiri

Analysen tager udgangspunkt i *hvad* der er kendetegnende for forhandlingsformerne og den viden teammedlemmerne tager udgangspunkt i på rehabiliteringsteammøderne, og *hvordan* dette rekonfigurerer forholdet imellem dem (Holstein & Gubrium, 1995). På baggrund af underspørgsmålene deler jeg analysen op i to temaer, som henholdsvis forhandlingsformer i beslutningsprocessen samt rekonfigureringen af forholdet imellem de professionelle. Opdelingen tjener udelukkende et analytisk formål, da beslutningsprocessen i praksis er meget mere sammenvævet, fordi det netop er processer jeg fokuserer på. Ved at skille dem ad, fremstår de dog mere tydelige. Endvidere er begreberne både empiriske og teoretiske, og de er derfor både et værktøj, hvormed jeg går analysestrategisk til værks og på opdagelse i empirien, og et teoretisk begreb. I forhold til specialets abduktive tilgang hjælper min teoretiske konstruktion mig til at tolke empirien, men empirien stiller ligeledes krav til teorien. I modsætning hertil fordrer en induktiv tilgang, at man slutter fra empirien og på baggrund heraf genererer nogle generelle ideer eller en deduktiv tilgang, hvor man starter modsat med nogle generelle ideer, som man kobler til det empiriske niveau (Dannermark et al., 2002). Den abduktive tilgang handler i stedet om at rekontekstualisere et fænomen, og blive i stand til at forstå det på en ny måde på baggrund af den teoretiske inspiration (Dannermark et al., 2002:101), og blive i stand til at "*see something as something else*" (Dannermark et al., 2002:93). Men ligeså vigtigt er det hvad empirien siger omkring teorien, og det er derfor dialektikken imellem de teoretiske refortolkninger og det empiriske casestudie, der er afgørende for den dialektiske tilgang (Dannermark et al., 2002:95). Pointen er derfor i den abduktive tilgang dette dialektiske forhold mellem teori og empiri, og at jeg reformulerer eller rekontekstualiserer de konkrete handlinger i empirien på baggrund af mine teoretiske inspirationskilder; Bourdieu, Abbott og Evetts. På den måde placerer jeg det empiriske materiale som en del af nogle generelle strukturer. På rehabiliteringsteammødet mødes de professionelle for at vurdere borgerens sag på baggrund af sagsbehandlerens forberedende arbejde. Her forhandler de om forskellige måder at forstå problemet på ud fra forskellige former for viden. Mere generelt kan man beskrive det der foregår ud fra Bourdieus kapitalbegreb, herunder hans opdeling i et usagt og et diskursivt meningsunivers, samt Abbotts og Evetts teori om interprofessionel konkurrence og professionalisering. Min teorikonstruktion hjælper her med

den mere indgående viden omkring det konkrete fænomen, og det er dette dialektiske forhold jeg arbejder med analysestrategisk.

Observationerne er den primære kilde i specialet, men jeg supplerer dem med uddrag fra interviews med teammedlemmerne samt dokumenter. Interviewene belyser teammedlemmernes egen opfattelse af deres repræsentantskab på rehabiliteringsteam mødet, og dokumenterne i form af rehabiliteringsplanerne er det skriftlige, endegyldige og formelle udtryk for teamets beslutning. Casene er ikke præsenteret i kronologisk rækkefølge, og jeg går i stedet for på tværs af dem. Det betyder, at der kan være overlap mellem casene og, at nogle af dem går igen både i de forskellige afsnit og i de to analysedele.

7.1 Analysedel 1 – Forhandling og viden

Den første del af analysen fokuserer på *hvad* det er der kendetegner forhandlingsformerne i rehabiliteringsteamet, og *hvordan* viden bliver brugt i forhandlingen imellem de professionelle. Der er en gennemgående tendens til, at forhandlingerne imellem de professionelle i rehabiliteringsteamet forløber ganske uddramatisk, men der er én case som afviger herfra ved, at der er åbenlys konflikt imellem både borgeren og de professionelle samt sundhedskoordinatoren og borgerens praktiserende læge. Derfor bruger jeg en del tid på denne case, fordi den afviger så markant fra de andre cases. Flyvbjerg (2012) peger på, at ud fra et forståelsesorienteret og handlingsorienteret perspektiv, er det vigtigt at tydeliggøre de dybere årsager bag et problem end blot dets symptomer og hyppigheder, og derfor er det ligeledes væsentligt at hæfte sig ved det der afviger fra det generelle billede. Han (Flyvbjerg, 2012) foreslår at se cases som sorte svaner og henviser til Karl Poppers falsifikationsprincip om, at hvis blot en enkelt observation ikke stemmer overens med tesen, kan den siges at være af almengyldighed og må enten revideres eller forkastes. Hvis blot én svane er sort, vil det falsificere tesen og dermed stimulere til yderligere undersøgelse og teoridannelse. "*Det der tilsyneladende er "hvidt", viser sig ved nærmere eftersyn at være "sort"*" (Flyvbjerg, 2012:472). Jeg betragter derfor den atypiske case som en sort svane, der med sin afvigelse i forhold til forhandling dermed må undersøges nærmere, fordi det ligeledes kan sige noget om de hvide svaner, altså de cases, hvor der ikke foregår eksplicitte forhandlinger. Casen fungerer endvidere i et komparativt perspektiv med et caseuddrag, hvor forhandlingen i modsætningen til den atypiske case forløber anderledes, og bygger på en socialfaglig vurdering i

modsatning til den atypiske case, hvor det er en lægefaglig vurdering, der er udslagsgivende for teamets beslutning.

Jeg starter dog min analyse med det jeg opfatter som rehabiliteringsteamets *illusio*, hvilket vil sige, teamets generelle opfattelse af, de sjældent er uenige, fordi det overvejende afspejler sig i observationerne af møderne, at der netop er meget lidt åbenlys konflikt. Dernæst folder jeg den atypiske case ud og til sidst folder jeg analysen af de mindre åbenlyse forhandlingsformer ud. Analysen af forhandlingsformer er inspireret af de forhandlingsformer Antoft (2005) finder i sin ph.d. afhandling, som ikke-forhandling, stiltiende forhandlingsformer samt eksplicitte forhandlingsformer. Ikke-forhandling er en form, hvor den ene eller den anden part trækker sig, afviser forhandling eller bruger et fagsprog (marginalisering) som udelukker en deltagelse, så der ikke pågår egentlige forhandlingsprocesser (Antoft, 2005). De stiltiende forhandlingsformer foregår uden åben konfrontation, mens de eksplicitte forhandlinger forløber med mere åbne artikulationer om borgernes problemer.

På baggrund af mine teoretiske inspirationskilder fokuserer jeg på det der kendetegner den forhandling de professionelle indgår i, set i relation til deres problemforståelse af borgeren, og hvilke kapitalformer der udgør et kraftfuldt vidensformat i forhandlingen henholdsvis et inferiøre. Jeg fokuserer dermed på, hvornår nogen trækker sig, tager styringen eller slet ikke deltager, samt på styrken i de professionelles videnssystem og på koblingen mellem de professionelle og deres arbejdsopgaver.

7.2 Analysedel 2 – Rekonfigurering af forholdet imellem de professionelle

I analysedel 2 fokuserer jeg på, hvordan forhandlingsformerne rekonfigurerer forholdet imellem de professionelle, og hvordan de professionelles status på mødet giver mulighed for forskellige former for positioneringsmuligheder. Som jeg tidligere har beskrevet i problemformuleringen, er beslutningsprocessen spredt og fragmenteret, og afhænger af tre processer, som henholdsvis distribueringen af viden, måden viden repræsenteres på i konstruktionen af et problem og dets løsning, samt måden hvordan professionel status re-konfigureres i beslutningsprocessen. Det er særligt den sidste del af beslutningsprocessen jeg fokuserer på i forhold til, hvordan forholdet reetableres imellem de professionelle i løbet af beslutningsprocessen. Det vil sige på, hvordan forhandlingsprocessen reorganiserer forholdet imellem de professionelle.

På baggrund af empirien har jeg udvalgt sundhedskoordinatorens samt sagsbehandlerens positioneringsmuligheder på mødet, og behandler dem i to særskilte analysedele ud over, at jeg også samlet behandler teammedlemmernes indbyrdes relationer. Sundhedskoordinatoren har generelt meget plads på rehabiliteringsteammødet og sagsbehandleren har en speciel rolle, fordi hun ikke indgår i selve teamet, men alligevel laver forarbejdet til mødet, hvor hun deltager sammen med borgeren. Analysen tager udgangspunkt i sundhedskoordinatorens position på baggrund af Abbotts jurisdiktionsbegreb. Dernæst supplerer jeg forklaringen af sundhedskoordinatorens position på baggrund af Evetts rekontekstualisering af McClellands begreber om professionalisering *fra oven* og *indefra* i forhold til de positioneringsmuligheder det giver på rehabiliteringsteammødet. Forholdet imellem de professionelle på rehabiliteringsteammødet rekonfigurerer sig hele tiden alt efter den viden der distribueres, og den viden der bliver gjort gældende i forhold til de professionelles problemforståelse. Det interessante er her, *hvem* der *gør hvilken* viden gældende, og *hvordan*, fordi det har betydning for forholdet imellem de professionelle. Jeg ser derefter på de professionelle og deres positioneringsmuligheder i relation til hinanden. Til sidst ser jeg på sagsbehandlerens position, der ser ud til at være et spørgsmål om faglig troværdighed, og sammenligner derefter casen med en anden case, hvor sagsbehandlerens faglige vurdering, bliver accepteret i teamet.

Jeg henviser her ligeledes tilbage til eksempler i første analysedel, fordi forhandlingen har betydning for forholdet imellem de professionelle.

7.3 Operationalisering

I empirien genkender jeg de stiltiende forhandlingsformer som de steder, hvor der ikke er direkte konflikt imellem de professionelle, og hvor forhandlingen derfor foregår mere implicit eller subtilt. Det gør den, når der ikke stilles spørgsmål til en given problemforståelse eller forslag til en indsats, og hvor de professionelle samarbejder om at løse opgaven, hvilket jeg under teoriafsnittet med Abbott refererede til som assimilation. De eksplicitte forhandlinger genkender jeg i empirien, som de steder, hvor de professionelle eksplicit diskuterer forskellige problemforståelser eller indsatser, og hvor der er en artikuleret uenighed imellem dem. Som en del af de eksplicitte forhandlinger henfører jeg ligeledes direkte konflikt imellem de professionelle, hvilket jeg operationaliserer ud fra, at der er direkte og modstridende problemforståelser, og hvor de professionelle ikke længere samarbejder om at løse opgaven.

Abbotts jurisdiktionsbegreb operationaliserer jeg derfor, som et begreb, hvor de professionelle er i forhandling om viden, og dermed bruger viden til at overbevise, overtale eller at tage over i beslutningsprocessen. Endvidere anvender jeg Bourdieus kapitalbegreb og hans inddeling i et usagt og et diskursivt meningsunivers. Kapitalbegrebet operationaliserer jeg i sammenhæng med Abbotts begreb om jurisdiktion i forhold til, at nogle former for viden bliver mere udslagsgivende for beslutningsprocessen end andre former for viden. Det vil sige den viden, problemforståelsen i sidste ende baseres på. I forhold til det usagte og det diskursive meningsunivers operationaliserer jeg begreberne ved at fokusere på grænsen mellem doxa og ortodoxi. Jeg tager derfor udgangspunkt i de professionelles italesættelser, men fokuserer på, hvor italesættelsen stopper. Begrebet symbolsk kapital operationaliserer jeg i forhold til, når en professionel trækker sig tilbage fra en forhandling, bliver afskåret fra samtalen eller på anden vis ikke bliver inkluderet i samtalen uden at vedkommende finder det problematisk.

Praktisk viden operationaliserer jeg i empirien, som en viden der er tilknyttet den professionelles institutionelle arbejdsopgave, som for eksempel at have viden om genoptræningsmuligheder eller støttekontaktpersoner. Den abstrakte viden er en form for faglig viden, som kan henføres til de professionelles vurderinger i forhold til deres faglige ekspertise, og som dermed kan siges at være mere uddannelsesforankret. Det er for eksempel udtryk for en faglig viden, når sundhedsrepræsentanten foretager en sundhedsfaglig vurdering af borgerens rygproblemer. Endvidere har jeg i empirien identificeret en norm- eller værdibaseret viden, som ikke umiddelbart kan henføres til de professionelles faglige baggrund eller deres institutionelle forankring. I stedet er det en viden, som bunder i mere commonsensebaserede betragtninger. Tavs viden identificerer jeg i empirien, når de professionelle italesætter en problemforståelse af borgeren som ikke bliver konfronteret, og dermed genstand for refleksion eller modforestillinger. Både den organisatoriske eller den faglige viden kan i princippet også være genstand for tavs viden, hvis der ikke præsenteres modforestillinger hertil, således, at der kan være tale om en tavs faglig viden, hvis sundhedskoordinatorens lægefaglige vurdering for eksempel ikke bliver udfordret.

Rekonfigureringen af forholdet imellem de professionelle genkender jeg i empirien ved, at koble forhandlingsprocessen og en bestemt brug af viden sammen med den professionelles positioneringsmuligheder på rehabiliteringsteam mødet. Det vil sige, at jeg ser på den status den

professionelle har i relation til de andre professionelle, og hvilke muligheder det giver for deltagelse på mødet. Rekonfigurering bliver dermed også et spørgsmål om, hvem der leverer viden til mødet, og hvem der anvender denne viden.

8 Data og metode

8.1 Skitsering af genstandsfeltet

Gennem min ansættelse i forskningsprojektet på Metropol, som jeg omtalte i indledningen, har jeg haft adgang til en stor mængde empirisk materiale. Specialet lægger sig i forlængelse af dette projekt, men der er dog visse snitflader i forhold til, at jeg har afgrænset mig fra rollebegrebet, fokuserer på forhandling og viden, og helt har afgrænset mig fra at fokusere på borgerens indflydelse på teamets indstilling. Endvidere baserer jeg mit speciale på en anden teoretisk tilgang end den der foreløbigt er skitseret i projektet på Metropol. Observationerne er foretaget i to kommuner, men af forskellige årsager, er dataindsamlingen i den ene kommune begrænset, og jeg har derfor i specialet begrænset observationerne til den kommune, hvor de fleste observationer er fra.

Kommunen ligger på Sjælland og er en mellemstor kommune. I kommunen har man erfaring med at etablere tværfaglige teams fra projektet *"Brug for alle"*, der blev igangsat af Beskæftigelsesministeriet i 2012. Formålet med indsatsen var at bringe kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3 tættere på arbejdsmarkedet eller uddannelse gennem en tværfaglig afklaring, og både sundhedsrepræsentanten, socialrepræsentanten og mødelederen har siddet med i teamet. Alle teammedlemmerne er faste, og har alle deltaget siden fleksjob- og førtidspensionen trådte i kraft den 1. januar 2014. Ved enkelte møder deltager en stedfortræder for socialrepræsentanten og sundhedskoordinatoren. Endvidere blev der ved dataindsamlingens afslutning ansat en ny leder i sygedagpenge, som ligeledes deltog ved nogle af de observerede møder. I forhold til beslutningskompetencen har mødelederen bevillingskompetencen til at bevilge ressourceforløb og fleksjob, mens et pensionsnævn i kommunen har beslutningskompetencen i sager om førtidspension. I sager om fleksjob og ressourceforløb er der derfor reelt set også tale om en beslutning, mens det i sager om førtidspension er mere uklart. Som jeg skrev i problemstillingen betragter jeg dog også rehabiliteringsteamets indstilling i sager om førtidspension som en beslutning. I kommunen har man valgt at dele rehabiliteringsteammødet op i et uformelt formøde om morgnen, hvor det ikke altid er alle deltagere, der er til stede. Her diskuteres dagens sager. Herefter foregår selve rehabiliteringsteammødet, hvor borgeren og borgerens sagsbehandler deltager. Mødet varer 45 minutter. Derefter har teamet det de kalder for en *"timeout"*, hvor de

går ind i et andet lokale, mens borgeren bliver siddende i mødelokalet sammen med sin sagsbehandler. Efter sagen er diskuteret imellem teammedlemmerne går de tilbage til borgeren, som bliver præsenteret for teamets beslutning³.

8.2 Adgang til feltet og valg af empiri

Der er allerede foretaget en selektion i de data, jeg har indsamlet forstået på den måde, at de sager der har været samtykke til, også allerede er udvalgt på forhånd af gatekeeperne til feltet. Eksempelvis kan der være foretaget en selektion på forhånd således, at der er visse sager, som mere eller mindre ubevidst er fravalgt af gatekeeperne, som her både kan være sagsbehandlerne, mødelederen eller de andre teammedlemmer. Derudover er der en fraselektion i de særligt tunge sager. I specialet indgår 8 observationer af rehabiliteringsteammøder, som jeg har udvalgt ud fra et samlet datagrundlag på 21 observationer. Udvælgelsen er primært sket på baggrund af de observationer, jeg selv har været med til at indsamle, og i forhold til de observationer, hvor der har været uenighed omkring opfattelsen af borgerens problemer enten internt i teamet eller mellem borger og teammedlemmer. Antallet af observationer skyldes dels pladsbegrænsningen, og dels fordi jeg gennem observationerne har kunnet iagttage et mætningspunkt, hvor jeg har haft en kvalificeret forventning om, hvordan deltagerne eksempelvis forholder sig til given problemstilling. I forhold til interviewene anvender jeg de interviews, der er lavet med teammedlemmerne.

8.3 Observationer

"Observationer fokuserer på materialiseret praktik" (Larsen, 2012:37). Citatet illustrerer, at man fokuserer på, hvad mennesker gør, når de interagerer i bestemte situationer. En observation kan være en parallel til det der fremkommer gennem et interview, men det kan også betone modstillinger mellem det den observerede har en opfattelse af, og det forskeren observerer (Larsen, 2012), hvilket interviewene med teammedlemmerne også flere steder er et eksempel på. Järvinen og Mik-Meyer (2005:118) peger på, at en væsentlig fordel ved observation er metodens procesfokus og kontekstproducerende potentiale. Deres tilgang betoner et procesfokus, som jeg for eksempel anvender som en metode til at give indblik i beslutningsprocesser.

³ Jeg beskriver processen mere detaljeret under afsnittet *"observationer"*.

Ved transskriberingen af materialet blev det særligt tydeligt, hvad det er observationer bidrager med i forhold til lydudskrifter eksempelvis. Det visuelle tilføjer en stor del til forståelsen af mødet, som for eksempel stemninger, og interaktionen, kropssproget og det usagte som ikke helt lader sig indfange på lydoptagelsen. Endvidere har jeg haft et indtryk af, at en person fyldte meget efter en observation, men når jeg har læst transskriberingen, var denne person ikke så dominerende som det vedkommende havde efterladt mig med et indtryk af.

Observationerne har jeg foretaget sammen med en forskningskollega, og vi har derfor været afsted to sammen hver gang. Vi har kort introduceret projektet over for borgeren, og har optaget mødet med en diktafon. Efter mødet blev en af os i lokalet sammen med borgeren, mens den anden gik med teamet ind i et meget lille lokale med et skrivebord og en computer, hvor teamets timeout foregik. Lokalet var ligesom mødelokalet omgivet af store glaseruder, men i modsætning til mødelokalet var ruderne her tonede midtpå, og man kan derfor hverken se ind eller ud. Rummet er så lille, at deltagerne er nødt til at stå op. Timeouten blev ligeledes optaget på diktafon. I mødelokalet blev samtalen mellem borger, sagsbehandler og bisidder ligeledes optaget. Under observationerne noteres disse skriftligt, og blev kort tid efter observationen renskrevet i et observationsnotat. Observationerne er efterfølgende transskriberet. Når jeg i transskriberingen af materialet er blevet opmærksom på passager af særlig relevans, giver observationerne en bedre fornemmelse af interaktionen. Ifølge Brinkman & Tanggaard (2012:43) kan det synes provokerende at kalde transskription for oversættelse, dels fordi der er stor forskel på skrift og tale, og dels fordi man fryser noget levende og dynamisk fast. Jeg er enig i, at skriftsproget ikke på samme måde virkeliggør interaktionen i rehabiliteringsteamet, men det kommer mere til udtryk gennem observationerne. I den sammenhæng bliver suppleringen mellem observationer og transskriptioner det der muliggør at fastholde deltagernes tale, så det bliver muligt at kaste et analytisk blik på det, mens observationerne bringer dynamikken tilbage i talen.

8.4 Interview

Interviewene er fortolket på baggrund af en opfattelse af, at det der bliver fortalt under interviewet konstrueres aktivt af både informant og den der interviewer (Gubrium & Holstein, 1995). Det der fremkommer i interviewet må derfor tolkes kontekstuel i forhold til den konkrete interviewsituation, og det der stiltiende er på spil i relationen mellem forsker og de professionelle.

Interviewene er bygget op omkring en interviewguide til teammedlemmerne. Interviewene har været semistrukturerede, forstået på den måde, at de er bygget op omkring forskellige temaer omkring teammedlemmernes forståelse og oplevelse af rehabiliteringsmødet, teammedlemmernes egen opfattelse af deres faglighed, beslutningsproces og dokumentation. Under de overordnede temaer, er der udformet konkrete spørgsmål til teammedlemmerne og, men der har også været plads til at forfølge et specifikt tema, hvis det har virket relevant eller et eksempel fra et konkret møde.

8.5 Dokumenter

De dokumenter jeg anvender i analysen er rehabiliteringsplanen samt juridiske dokumenter, som lovgivning, cirkulærer og bekendtgørelser. Min tilgang til dokumenterne er inspireret af Mik-Meyer (2005:194), der peger på, at dokumenter i sig selv gør noget i den sociale interaktion, og at dokumentet derfor først får betydning, når det anvendes i praksis. Ud fra den betragtning er det dermed relevant at spørge om hvor dokumentet kommer fra og hvordan det anvendes i praksis. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats kommer fra beskæftigelsesministeriet, og det udgør nogle krav og regler til organiseringen og sammensætningen af rehabiliteringsteamet, men det er først i mødet med praksis, at dokumentets mere konkrete betydning skabes. På samme måde er rehabiliteringsplanen et dokument, som beskriver borgerens helbredsmæssige situation samt beskæftigelsespotentialer. I praksis anvender teammedlemmerne rehabiliteringsplanerne; nogle gange til at påpege, at de mangler dokumentation eller viden, og andre gange underbygger dokumentet borgerens udsagn, og dokumentet fører dermed til forskellige handlinger. De er "*time-travellers*", som Taylor & White formulerer det (2000:ix).

8.6 Forskerposition – forskning inden for eget felt - deltagerobjektivering

Målet har været ikke at deltage på rehabiliteringsmødet. Alligevel forekommer det naivt at hævde, at vores tilstedeværelse ikke kan have haft implikationer for deltagerne, interaktionen, og det der er blevet sagt. Ifølge Larsen (2012) er forskeren ikke alene om at konstruere sin position, fordi vedkommende også konstrueres af det udforskede miljø. Det kan eksempelvis opleves som en form for kontrol af teammedlemmerne, og man kan blive uforholdsmæssigt bevidst om sig selv, eller forskeren kan ses som en magthaver eller andet, hvilket kan få betydning for den måde deltagerne konkret interagerer over for forskeren på. Da teammedlemmerne for eksempel blev interviewet, spøjte de med, at de skulle til eksamen. Heri lå der muligvis en antagelse om

forskeren som kontrollant, og det blev forsøgt italesat over for informanterne, at det på ingen måde var hensigten, men i stedet udtryk for en nysgerrighed over for deres opfattelse af rehabiliteringsteamet og samarbejdet. Eksemplet illustrerer, at selvom man synes, man har forsøgt at virke så neutral som mulig, så er det måske ikke muligt.

Endvidere er jeg selv uddannet socialrådgiver, og har blandt andet arbejdet inden for beskæftigelsesområdet, hvilket vil sige, at jeg på forhånd har haft et kendskab til området. Det kan have både fordele og ulemper, og jeg har eksempelvis oplevet at sidde med til et rehabiliteringsteammøde, og været på nippet til at komme med et forslag til en lovparagraf i Lov om aktiv beskæftigelsespolitik. På den anden side, har jeg oplevet det som en fordel i forvejen at have kendskab til den formelle organisering af et jobcenter og den lovgivning, arbejdet er baseret på. Jeg har som praktiker ofte oplevet at have deltaget på et teammøde i en sygedagpengesag, hvor jeg efterfølgende har haft svært ved at redegøre over for mig selv, hvordan vi netop kom frem til den beslutning, fordi processen var præget af brudte problemforståelser, antagelser, common sense betragtninger og normbaseret viden. Det er først, når mødet er slut, at refleksiviteten er kommet, og i takt hermed også spørgsmålene til den viden og de antagelser, der lå til grund for beslutningerne. Bourdieu ville forholde sig kritisk hertil, idet han vil mene, at det er vanskeligt at objektivere sig fra analysegenstanden, hvis man selv er en del af den, og han bruger udtrykket *"intellektuel etnocentrisme"* (Bourdieu, 1992:39). Til eksempel siger Bourdieu:

"(...) if the state is so difficult to think it is because we are the state's thinkers, and because the state is in the head of the thinkers" (Bourdieu, 1992:40). For at gøre sig fri heraf må man begrunde og afsløre det der begrænser eller determinerer tanken (Bourdieu, 1992a:40). Tanke er socialt konstitueret, hvilket min opfattelse som en del af feltet derfor også er, men ved at afdække dette, og gøre det åbenbart, er der potentiale for andre måder at tænke og se praksis på ifølge Bourdieu (1992).

8.7 Analysens gyldighed

Eftersom datamaterialet er indsamlet i et projekt med et lidt andet fokus end specialet, har der i empiriindsamlingen for eksempel været meget fokus på roller, som et af de overordnede temaer for forskningsprojektet. Der er derfor områder i indsamlingen, som ikke har været i samme fokus, som for eksempel forhandlingsperspektivet. Endvidere anvender jeg blandt andet på grund af

tidsperspektivet kun datamaterialet fra en kommune, hvilket ligeledes har betydning for reliabiliteten, fordi generaliserbarheden følgelig også begrænses i modsætning til en komparativ analyse. Dette hæmmer eller begrænser dermed ligeledes rækkevidden af forklaringspotentialt i specialet. Det er derfor vigtigt at læse analysen på baggrund af dette grundlag, idet den ikke kan generaliseres på baggrund af, hvordan rehabiliteringsteammøder forløber i én kommune. Ikke desto mindre betyder det ikke, at der ikke kan være fænomener der går igen på tværs af andre kommuner.

8.8 Transskriptionstegn og vejledning

Transskriptionstegnene er anvendt frit efter inspiration fra Scheuer (2006). Visse steder har jeg udeladt tale for at meningskondensere materialet, hvilket er markeret med (...). Uddragene er endvidere præsenteret med forkortelser på deltagerne der taler. Begge dele fremgår af nedenstående oversigter. Alle navne i det empiriske materiale er anonymiserede.

Tegn	Betydning	Tegn	Betydning
(())	Regibemærkning	↑	Intonation op
((x))	Anonymisering af navn	↓	Intonation ned
(...)	Udeladt tale	xx-	Afbrudt tale
Xxx	Høj volumen	-	Pause
`xxx`	Lav volumen	[]	Overlappende tale

Forkortelser for rehabiliteringsteamroller	
ML	Mødeleder (leder af kontanthjælp)
ML1 ⁴	Mødeleder (leder af sygedagpenge)
LÆ	Sundhedskoordinator (Læge. Er ved at tage en specialisering i samfundsmedicin)
SUND	Sundhedsrepræsentant (fysioterapeut og er ved at tage en master i rehabilitering)
BES	Beskæftigelsesrepræsentant (Skifter fra sag til sag. Tager referat på mødet)
SOC	Socialrepræsentant (Ergoterapeut og leder af socialafdelingen)
B	Borger
SB	Sagsbehandler (Skifter fra sag til sag)
PLÆ	Privatpraktiserende læge
BI	Bisidder

⁴ ML1 er tiltrådt stillingen som leder af sygedagpenge i den afsluttende runde af dataindsamlingen, og derfor er der kun 6 observationer med ML1 ud af 21 observationer. Grundet tidsperspektivet i specialet er der derfor kun ét caseudrag, hvor ML1 er med

9 Analyse

9.1 Analysedel 1 – Forhandlingsformer og viden

9.1.1 Rehabiliteringsteamets illusio: "Jeg synes det er meget sjældent, at vi er uenige"

Det der overordnet kendetegner forhandlingsformerne i det empiriske materiale er, at der sjældent er direkte konfrontationer imellem de professionelle, hvor møderne overvejende forløber ganske udramatisk. Imidlertid viser det sig ved nærmere granskning, at det ikke nødvendigvis betyder, at de forløber uproblematisk, selvom det måske ofte opleves således af de professionelle. At dømme ud fra deres egne udsagn under interviewet med teammedlemmerne peger de ganske enstemmigt på, at de ikke er uenige, hvilket jeg efter inspiration fra Bourdieu har valgt at kalde for rehabiliteringsteamets illusio; altså en enighed omkring spillereglerne på mødet, og en fælles investering i mødet.

Citatet i kapitlets overskrift stammer fra ML i teamet på interviewerens spørgsmål om, hvorvidt der er bestemte situationer, hvor der opstår uenigheder. Alle teammedlemmerne er blevet stillet dette spørgsmål, og de er stort set enige om, at de meget sjældent er uenige. Omskrivelser som "*drøftelser*", "*argumentation og synspunkter*", har i stedet været foreslået af henholdsvis SUND og LÆ under interviewet med dem. For bedre at forstå, hvad det er der gør, at de på professionelle på tværs af hinanden på hver deres måde understreger, at de er uenige, vil jeg først give et eksempel fra interviewet herpå, og analysere og diskutere dette, hvorefter jeg vil komme med et eksempel på, hvordan det giver sig udtryk i praksis ud fra et eksempel fra et rehabiliteringsteam møde. Jeg bruger her Bourdieus figur om forholdet mellem det usagte og det diskursive meningsunivers, jf. figur 3 i specialet.

Nedenstående citat stammer fra interviewet med SOC, hvor intervieweren konfronterer hende med, at hun ikke er så konkret omkring steder, hvor teamet er uenige.

I: "Det lyder til, at du oplever, at I er sådan forholdsvis enige. Du er ikke så konkret, når det kommer til at sige, at her blev vi uenige om nogen ting"
SOC: "xxx Nej fordi eller så er, så er vi jo uenige om at være uenige eller hvad man skal sige, at så er det fordi, at vi har så mange forskellige aspekter. Og og ligesom skal fremføre dem hver især, men så når til enighed, altså. Så jeg synes ikke, jeg synes ikke vi har haft sager, hvor vi er decidede uenige i sidste ende om, hvad går vi ind at siger. Nej det kan jeg ikke lige komme i tanke om"

Intervieweren konfronterer SOC med, at hun ikke er så konkret, når det kommer til at udtale sig om teamets uenighed. SOC hæver for det første stemmen, og svarer med endnu et ikke-konkretiseret svar på, at teamet er enige om at være uenige, men at de når til enighed. Netop fordi flere aspekter skal frem mellem de professionelle, peger SOC på, at der noget at være uenige om, men undviger en problematisering af det med henvisning til, at hun ikke kan komme i tanke om en konkret situation. Hendes reaktion ved at hæve stemmen kan imidlertid tolkes i forhold til, at der er noget på spil her for SOC eller for rehabiliteringsteamets illusio. Samme svar kom fra ML, og ingen af teammedlemmernes måde at svare på indikerer, at de er uenige om noget. I stedet formulerer de uenigheden positivt i den forstand, at de sjældent er uenige med en understregning om, at de bliver enige. Teamets enighed er ikke en doxisk antagelse i Bourdieusk forstand, eftersom teammedlemmerne godt kan tale om det, og det er dermed mere en ortodoksisk opfattelse. Men så snart de professionelle er blevet opfordret til at uddybe deres uenighed formulerer de sig i lukkede udsagn omkring det, hvilket jeg tolker som det der er grænsen mellem det usagte og det diskursive meningsunivers. Derfor er der en del af teammedlemmernes opfattelse af, at teamet sjældent er uenige som forbliver i det usagte univers, fordi denne del ikke bliver italesat trods opfordringer til det. Der ligger således en implicit opfattelse hos de teammedlemmerne omkring det professionelle arbejde i rehabiliteringsteamet, og som forbliver udfordret i de professionelles manglende refleksion omkring det. Med Abbott kan vi forklare det ved, at teammedlemmerne er forenet omkring arbejdsopgaven, og at de samarbejder. Endvidere kan en forklaring på et meso-makroniveau være, at tiltroen til det tværfaglige, helhedsorienterede samarbejde, udgør en form social kontrol. Med Evetts' (2003) henvisning til Fournier, kan vi forstå det som et udtryk for en form for kontrol på afstand, der udspiller sig her ved at indskrive en disciplinerende logik hos de professionelle, som er vanskelig at bryde. At udfordre grænsen mellem det der udgør rehabiliteringsteamets ortodoxi og doxa, vil derfor være det samme som at udfordre selve rehabiliteringsteamets funktion og legitimitet. Hvis de professionelle i stedet var uenige det meste af tiden, udfordres den italesatte hensigt med rehabiliteringsteamets formål; som et dialogbaseret forum for nogle forskellige professionelle, der udgør en helhed og kan præsentere et samlet perspektiv på borgerens situation. Betydningen for rehabiliteringsteamet er risikoen for gentagelse af en praksis og en bestræbelse på at opnå enighed i modsætning til at få

integreret de forskellige perspektiver med hinanden. Det er muligvis ikke altid hensigtsmæssigt, at denne bestræbelse på enighed tilsyneladende ligger som en præmis for rehabiliteringsteamets som en indbygget strukturel begrænsning i selve rehabiliteringsteamet. En præmis for at træffe en beslutning er enighed om noget, men det betyder ikke nødvendigvis, at man ikke kan udfordre hinandens faglige vurderinger. Grænserne mellem doxa og ortodoxi forbliver dermed stationære, hvilket ikke fører til udvikling.

Et eksempel på, at teamets bestræbelse på et opnå enighed, får en u hensigtsmæssig udgang er fra rehabiliteringsplanen efter et teammøde med en borger, som jeg her kalder for Mette. Hun er 26 år, og har diagnosen paranoid skizofreni. De professionelle har et stiltiende samarbejde omkring sagen, og det udmønter sig i flere forskellige indstillingsforslag. Borgeren er startet på ny medicin, hvilket indtil videre fungerer godt. Hun er i forvejen bevilget en støttekontaktperson 4 timer ugentligt. Teamet indstiller Mette til et 5 årigt ressourceforløb. De professionelle fokuserer på forskellige sider af Mettes problem i relation til blandt andet deres egen faglige viden. I indstillingen fremgår det, at hun skal tilbydes:

- Kreative fag i kommunens kursuscenter, der langsomt udvides til det arbejdsmarkedsrettede for at styrke og videreudvikle hendes ressourcer og få skabt strutkur på hverdagen
- Støttekontaktperson 4 timer ugentligt, der skal hjælpe med dagligdagsting
- Motionsven så Mette kan tage sig
- Tilmelding på et cykelhold og et gåhold i kommunens regi
- Mentorstøtte på et senere tidspunkt ved evt. start af uddannelse eller revalidering

Det fremgår dog af rehabiliteringsplanen, at det vurderes hensigtsmæssigt at opstarte en ting af gangen. Ikke desto mindre er det mange forskellige indsatser, og under teamets orientering af Mette, fremstår hun også træt og overvældet, og har svært ved at overskue alle indsatserne.

Allerede til formødet inden mødet med Mette, tegner der sig et billede af, at de professionelle hver er optaget af deres egen dagsorden eller den rolle de på forhånd har på mødet. SUND er optaget af motionsdelen, ML er optaget af en praktikmulighed, SOC er optaget af kontaktpersonen, mens LÆ er optaget af det helbredsmæssige, og hvorledes Mette klarer sin dagligdag. De bringer her hver deres opfattelse af, hvad der foregår med ind til mødet med

borgeren, hvilket resulterer i uhensigtsmæssigt mange indsatser, som Mette giver udtryk for, at hun ikke kan rumme. Generelt er der en tendens på tværs af casene til, at indholdet i ressourceforløbene har et ukonkret indhold, nogle gange med mange indsatser, og helt overordnet mangler der et tidsperspektiv i ressourceforløbene. Det er ofte i de sager, hvor borgerne har diffuse lidelser, at teamet peger på et ressourceforløb i mere end 2 år og med en blanding af indsatser der retter sig mod en kombination af behandling og motion og senere til arbejdsprøvning. En forklaring herpå kan være, at det hænger sammen med, at arbejdsmarkedsperspektivet i disse sager er langt ude i fremtiden. Udsigten til et ressourceforløb i 5 år er langt, og flere borgere giver som Mette udtryk for, at det er overvældende. Helhedstankegangen har en uhensigtsmæssig konsekvens, fordi forsøget på at integrere alles forslag risikerer at blive målet frem for hensynet til borgeren. Rehabiliteringsteamets illusio om at undgå uenighed er uhensigtsmæssig, hvis det i stedet munder ud i alt for mange indsatser, der peger i mange retninger for at give plads til alle, eventuelt i et forsøg på at undgå, at nogen taber ansigt, som er et udtryk Goffman (1955) anvender i forhold til at aktørerne i interaktionen altid er i færd med at lave ansigtsarbejde for at undgå ansigtstrusler. Det der endvidere kendetegner forhandlingen er en form for ikke-forhandling. Det betyder dog ikke, at forhandlingsbegrebet bliver et mindre vigtigt anliggende. Det viser, at intentionen om at udføre helhedsorienteret arbejde i et interprofessionelt team også har en bagside, hvis de forskellige indsatser ikke integreres eller udfordres. I stedet får det præg af en brainstormingproces, hvor alle giver deres besyv med, men for borgeren virker det i stedet helt uoverskueligt. De professionelles fælles optagethed af spillets regler blokerer for at tænkte anderledes, fordi grænserne mellem doxa og ortodoxi ikke skubbes.

9.1.2 Interprofessionel eksplicit forhandling – ingen alternativ fortolkning

Det er dog ikke ensbetydende med, at der ikke er eksplicitte forhandlinger imellem de professionelle, hvilket det næste caseuddrag er et eksempel på. Det viser, at der i forhandlingen ligeledes er et potentiale for eksempelvis en alternativ vurdering af borgerens problem. Samtidig viser det også, at der udover det jeg kaldte for rehabiliteringsteamets illusio, er andre forhold som har betydning for forhandlingens udfald, såsom styrken i den professionelles videnskapital.

Eksemplet er fra formødet, hvor teammedlemmerne er ved at lægge en strategi for, hvordan de skal præsentere borgeren for deres vurderinger. Uddraget er fra det jeg i det analysestrategiske

uddrag beskrev som den atypiske case. Det følgende uddrag er dog ikke atypisk set i forhold til de andre møder, og er taget fra formødet. Borgeren som jeg her kalder for Jane, har igennem de sidste 16 år kun haft sporadisk kontakt til arbejdsmarkedet. Hun lider af allergi, herunder MCS, som er en duft- og kemikalieallergi, og søger om førtidspension på det foreliggende grundlag i henhold til § 17 i Lov om Social Pension. Sagen er på rehabiliteringsteammødet for tredje gang, og Jane har sin privatpraktiserende læge med, som også deltog ved Janes første rehabiliteringsteammøde. Mødet ender med, at teamet indstiller til afslag på pension.

LÆ vil gerne sige til Jane, at hun ikke kan pege på skånehensyn i forhold til et fleksjob, som et argument for, at lidelsen ikke er videnskabeligt dokumenteret, mens SUND peger på, at det kunne være et argument som bekræfter PLÆ's vurdering for, at det netop er derfor Jane bør tilkendes en førtidspension. Det bliver dog aldrig italesat på den måde direkte i teamet i forhold til, at det kunne være en alternativ fortolkning, der faktisk styrker PLÆ's vurdering. ML's respons er, at det kunne give borgeren anledning til misforståelser, men ikke at det faktisk er en problemforståelse som går imod den LÆ præsenterer. I nedenstående uddrag har LÆ bedt SUND om at uddybe, hvad hun mener, når hun siger, at LÆ skal formulere sig anderledes over for Jane.

SUND: Ja eller at det bare understøtter lægens holdning. Det det, men hvis I hører det anderledes så er det fint

LÆ: Nej nej jeg lytter. Altså kom med argumenterne

SUND: Nå men jeg tænker bare, hvis du siger, at jeg kan ikke pege på skånebehov

LÆ: xx- Jamen altså normalt. Man kan sige, jeg sidder jo i den her funktion for, at jeg ligesom skal sige, altså lægeligt, altså i forhold til sygdomme. Det her det ved jeg noget om. Her ved jeg, at når man har den sygdom, så kan man ikke det og det, så det ville være hensigtsmæssigt eller. Altså det er jo det der egentlig er min funktion (...)

SUND: Så det du tænker, det er, at der ikke er særlige skånehensyn i forhold til den diagnose eller man ved slet ikke noget om det eller

LÆ: Jamen det er jo en sygdom eller et syndrom, som man ikke kender til ↑ overhovedet. Man har en ↑ formodning om, at det er, at det er altså en sygdom, men lige nu er det jo kun symptomer

SUND: `xxx` Ja

SUND italesætter herefter direkte, at LÆ's udsagn kan opfattes som om det understøtter PLÆ's holdning, men reparerer hurtigt på det i forhold til, der ikke er noget at komme efter, hvis de andre hører det anderledes. LÆ opfordrer hurtigt SUND ind i samtalen igen, men skærer hende hurtigt af igen, og afbryder hende. SUND's brug af formuleringen "Nå men jeg tænker bare(...)"

kan ses som et forsøg på at bagatellisere eller nedtone lidt, men LÆ afbryder hende inden hun er færdig med sin sætning, hvilket indikerer, at hun har noget på spil her, og laver ansigtsarbejde. LÆ bruger ordet "*normalt*" i forlængelse af sin funktion på teamet, hvilket jeg tolker som et udtryk for, at hendes vurdering af, at der ikke kan peges på skånebehov normalvis ligger hos ML og BES, og hun er derfor på vej ind i deres jurisdiktionsområde. Imidlertid er det interessant, at det er SUND der reagerer herpå, hvilket kan ses som et udtryk for, at der ikke er nogen af de professionelle der opfatter LÆ's vurdering som en indtrængen af deres jurisdiktion. Det forventes måske endda, og derfor er det interessant, at LÆ to gange i sin respons til SUND føler et behov for at positionere sig ud fra, hvad der er hendes funktion, hendes arbejdsopgave, og understreger, at hendes funktion bygger på en lægefaglig viden omkring sygdomme i forhold til, hvad kan med en given sygdom. SUND stiller herefter et afklarende spørgsmål i forhold til fortolkningen af LÆ's udsagn, hvilket kan ses som et forsøg på at definere situationen. LÆ lægger tryk på "*overhovedet*" og "*formodning*" og understreger, at man derfor ikke kan opfatte Janes lidelse som en sygdom, men som symptomer. Hun anvender pronominet "*man*", hvilket gør samtalen indforstået og ekskluderende, fordi LÆ ikke redegør yderligere for hvem "*man*" er. Netop fordi det ikke ekspliciteres fungerer det som et magtfuldt element i den forstand, at det ekskluderer de andre. SUND's respons er et lavmælt "*ja*", hvilket kan tolkes som et forsøg på at trække sig. LÆ forsøger herefter at redde SUND's ansigt, og anerkender hende for at sige det, da det jo ikke skal kunne misforstås, og fastholder igen en definition af situationen om, at det skal ses i forhold til, at argumentet ikke må misforstås og ikke i forhold til, at det kunne være en reel bekræftelse af PLÆ's tolkning. Dialogen mellem SUND og LÆ rummer en modforestilling til LÆ's fortolkning. Selvom der er en artikuleret forskellig opfattelse imellem SUND og LÆ udvikler det sig dog ikke til hverken en konflikt eller en dialog om, hvorfor manglende skånebehov lige så vel kan være en alternativ fortolkning og dermed føre til en førtidspension i modsætning til LÆ's opfattelse om, at lidelsen ikke kan dokumenteres. Så selvom der i uddraget er en artikuleret modforestilling forløber forhandlingen implicit. LÆ's viden udgør et magtfuldt format i den forstand, at teamet på forhånd tager udgangspunkt i hendes faglige vurdering af, at Janes lidelse ikke er dokumenteret, og at det er det der skal bekræftes. Samtidig ligger der en implicit eller subtil modforestilling i SUND's vurdering, men det bliver ikke en alternativ fortolkning. Det der i stedet kendetegner den interprofessionelle forhandling imellem SUND og LÆ er, at den foregår ganske udramatisk. Selvom

der er artikulert uenighed eller misforståelse, bliver forhandlingen aldrig til en konflikt muligvis fordi SUND formulerer sig afklarende og ikke konfronterende i forhold til LÆ's vurdering.

I analysen omkring rehabiliteringsteamets *illusio* demonstrerede jeg, at det netop sjældent udvikler sig til en konflikt, og at de professionelle bestræber sig på at samarbejde og være enige. Derfor rykkes der heller ikke ved grænserne mellem *doxa* og *ortodoxi*, selvom SUND faktisk trækker lidt i trådene, ender det ikke med en direkte uenighed eller en ny erkendelse. Med Bordieus kapitalbegreb kan vi forklare det i forhold til, at der er en forskel i SUND og LÆ's videnskapital, fordi teamet og måske også SUND og LÆ selv helt overser, at LÆ's argument ligeledes kunne være en bekræftelse på PLÆ's fortolkning, og dermed en reel alternativ vurdering end den LÆ præsenterer. Bemærkelsesværdigt er det, at hverken ML eller BES føler behov for at deltage i LÆ's vurdering af, hvorvidt der kan peges på skånebehov i forhold til fleksjobbet, fordi de med deres viden om både arbejdsmarkedet og lovgivningen besidder en stor viden herom. Der er en forskel i viden helt konkret i forhold til, at LÆ besidder nogle andre faglige kompetencer end SUND og de andre teammedlemmer, som kunne supplere LÆ's vurdering, men ikke bliver det, fordi LÆ's lægefaglige viden er stærkere i kraft af sin kapitalform.

9.1.3 Tilpasning – et samarbejde om en fælles problemforståelse

Det følgende caseuddrag er i stedet et eksempel på, at de professionelle tilpasser sig hinanden mere, og samarbejder om at bygge en fælles problemforståelse op, som jeg anser som en stiltiende forhandlingsform. Endvidere bygger deres vurdering på en socialfaglig vurdering i modsætning til ovenstående eksempel, der byggede på en lægefaglig vurdering. Borgeren, som jeg kalder for Allan er i starten af 60'erne. Han er tilkendt fleksjob, men det har ikke været muligt at finde et egnet arbejde til ham på grund af en tiltagende forværring i hans psykiske tilstand, hvor han er blevet tiltagende dårligere psykisk og aggressiv. Til timeouten er teamet stadig enige i at indstille borgeren til en førtidspension, og teamet samarbejder omkring en fælles problemforståelse, som bekræfter deres første antagelse om, at indstille Allan til pension. På ML1's spørgsmål om, hvorvidt der mangler at blive afklaret mere i forhold til at indstille borgeren til pension, udtrykker beskæftigelsesrepræsentanten sin tvivl, om hvordan hun skal skrive indstillingen til pensionsnævnet, og teamet samarbejder nu om, hvordan de kan bygge indstillingen op på socialfaglig indikation.

BES: Nej men det jeg skal bare lige være helt sikker på, hvad det er vi skal sige. Hvad er det der har gjort forskellen i forhold til, da han fik fleksjobbet i forhold til nu? Det er så, at han er blevet tiltagende dårligere psykisk og mere aggressiv. Jeg blev bare lidt i tvivl om, er det på grund af den uafklarede situation, at man ikke har kunnet finde fleksjobbet? (...)

SUND: Altså jeg fik sådan en oplevelse af, at de jo havde forsøgt, men hans ejendommelige adfærd gør, at de kan ikke se ham på arbejdsmarkedet, og at, at han jo så får det tiltagende dårligere

BES: Ja for man kan sige hans ejendommelige adfærd har han jo haft ↑ hele tiden, også da han fik tilkendt fleksjobbet, så det må vel, at man har fundet ud, af det reelt ikke kan lade sig gøre(...)Og at han så er blevet tiltagende værre med flere aggressioner og har ikke kunne samarbejde og alle de her ting

ML1⁵: Jeg synes godt man kunne skrive, at han har fået det psykisk dårligere. Både med hans aggressioner, men også med hans tankemylder. Altså som gør, at han stort set ikke er i stand til at sove mere end halvanden time, så vågner han, altså.

LÆ: Altså jeg tænker også

ML1: [J]Han er ikke i stand til at indgå i relationer som er nødvendige for at have job på arbejdsmarkedet

LÆ: Lige nøjagtig. Altså jeg tror også her. Grunden til, at jeg er så stille, det er, at det hælder lidt mod det socialfaglige her også ikke

ML1 stiller teamet et relativt lukket spørgsmål, fordi han italesætter, at det er inden for rammerne af pension teamet skal tage stilling til om der er opstået noget nyt. SOC og BES er begge enige om, at der ikke er noget nyt i sagen. Men BES, der tager referat i sagen og som skal skrive indstillingen til pensionsnævnet gør opmærksom på, at hun har brug for at vide, hvad hun skal skrive og peger på, om begrundelsen for pension ligger i, at Allan er blevet tiltagende dårligere psykisk eller om det er fordi man ikke har kunnet finde et fleksjob. Sammenlignet med ovenstående case var et af argumenterne netop for, at man ikke kunne indstille Jane til pension, at LÆ vurderede, at man ikke kunne pege på skånebehov. Det er derfor interessant, da denne sag forløber anderledes og ligeledes får et andet udfald for borgeren, fordi der i BES's behov for en begrundelse for pension, også ligger en begrundelse som i casen med Jane blev brugt til at argumentere imod en indstilling til pension. BES peger på, at et pensionsnævn formentlig ikke vil godtage en begrundelse på baggrund af, at man ikke har kunnet finde et fleksjob. Hun hentyder her til, at der skal være sket en forværring i Allans tilstand. SUND taler sig ind i sidstnævnte forståelsesramme, og BES

⁵ ML1 har lidt en anden mødelederstil end ML, men det er vanskeligt at udtale sig generelt om, hvad det betyder for interaktionen i teamet og for beslutningsprocessen på baggrund af de få cases der er observeret med ML1 som mødeleder. I det konkrete uddrag set det dog ud til, at hans åbne og inddragende spørgsmål har en betydning for, hvilke positioneringsmuligheder teammedlemmerne får, men rækkevidden af analysen begrænses herved, at der ikke inddrages flere cases i teamet med denne ML1.

begynder her at stykke beslutningen sammen ud fra, at man har fundet ud af, at man ikke kan finde et egnet fleksjob til Allan samtidig med, at han har fået det værre. ML1 supplerer her med, at han ud over at have fået det psykisk dårligere ligeledes har tankemylder og søvnproblemer, og han afbryder LÆ, da hun første gang forsøger at komme ind i samtalen. LÆ får til sidst selv italesat, at hun er trådt mere i baggrunden, fordi vurderingen mere er baseret på en socialfaglig vurdering af Allans problemer. Sammenlignet med Jane som havde en funktionel lidelse, har Allan en mere diffus psykisk lidelse, og det er derfor nærliggende at antage, at den lægefaglige vurdering bliver mere afgørende i en sag, hvor der er ud fra en lægefaglig vurdering er tvivl om dokumentationsgrundlaget.

Vurderingen bliver dermed mere sammensat ud fra både Allans symptomer og i relation til arbejdsmarkedet. Teammedlemmerne samarbejder ved at bygge den fælles problemforståelse op, og eksemplet kan derfor også ansues som et af de mere konstruktive samarbejder, hvor forskellige problemforståelser søges integreret. I denne sag bliver det heller ikke en jagt på dokumentation, selvom Allan måske ikke har en klar diagnose. Den socialfaglige vurdering hviler her mindre på et vidensideal om objektiv videnskabelig viden, men på en vurdering af arbejdsevnen. De professionelle tilpasser sig i stedet hinanden og samarbejder om at opbygge en fælles problemforståelse. En mulig forklaring er, at der i interaktionen ligger nogle implicitte forventninger til det helhedsorienterede arbejde om, at samarbejde omkring en løsning. Det kan ses som en institutionel forventning, der skaber nogle strukturelle rammer for rehabiliteringsteammet, og som derfor fungerer strukturerende for teamets arbejde. Der skal således meget til at udfordre den organisatoriske konstruktion.

Mik-Meyer & Brehm Johansen (2009) finder i en undersøgelse om diffuse lidelser, at de socialfaglige medarbejdere anvender en snæver sygdomsforståelse, hvilket caseudraget ikke er et eksempel på. Til forskel herfra var det i casen med Jane, LÆ der arbejdede ud fra en mere snæver sygdomsforståelse, mens LÆ i casen med Allan har en mere tilbagetrukket rolle. Alligevel har hun behov for at italesætte hendes mere tilbagetrukkede rolle. Hvis vi forklarer det ud fra Bourdieus spilanalogi, har LÆ sin position på spil, og hun finder det derfor nødvendigt at italesætte sin manglende deltagelse. Med Bourdieus kapitalbegreb kan man anskue det således, at LÆ's viden som kapital i relation til en mere socialfaglig og beskæftigelsesfaglig viden, er nedskrevet på

lige netop dette møde, hvilket således også får konsekvenser for strukturen på mødet. Det giver tilsyneladende en anden dynamik teammedlemmerne imellem, og dermed plads til andre former for viden i vurderingen af borgerens arbejdsevne. Teamet lægger vægt på viden omkring Allans adfærd, der ikke matcher arbejdsmarkedet, da han ikke er i stand til at indgå i relationer. Forskel i viden kan dog ikke alene forklare forskellen, da det ligeledes kan afhænge af mødelederstil og andre forhold, som de valgte teoretiske begreber dog ikke kan forklare. Der ville her være behov for andre begreber, hvilket jeg kommer ind på i afsnittet konklusion og perspektivering.

9.1.4 Et kontinuum af negativ symbolsk kapital vs. Symbolsk kapital

I modsætning til ovenstående caseuddrag er der flere eksempler på, at SUND på tværs af casene forsøger at komme med modforestillinger til de problemforståelser, der bliver italesat i teamet, men hun trækker sig hver gang ud inden det udvikler sig til en konflikt, hvilket jeg forsøger at forklare på baggrund af Bourdieus begreb om symbolsk kapital. Caseudraget er et eksempel fra en sag, hvor SUND udfordrer ML, der stiller spørgsmålstejn ved borgerens selvoplevelse og fremstilling af sin sygdom i forhold til, at ML, BES og LÆ er af den opfattelse, at der mangler dokumentation for de symptomer borgeren angiver for sin lidelse.

Borgeren som jeg kalder for Jens, er 56 år og bor sammen med sin kone og deres datter på 25 år. Jens har haft en stabil arbejdsmarkedstilknytning indtil 2012, hvor han blev sygemeldt, og fik diagnosen fibromyalgi og REM søvn adfærds syndrom. Sagen ender med, at teamet indstiller Jens til et fleksjob få timer om ugen. Uddraget er et eksempel på forhandlingen mellem ML og SUND i forhold til, at ML mener, at der mangler dokumentation fra Søvncenteret for, at de har forsøgt at ændre Jens' søvn mønster.

ML: Det er jo ikke forsøgt at ændre hans adfærd

SUND: Næ men fordi det ikke står der, er det vel heller ikke ensbetydende med, at det ikke er forsøgt

ML: Hvorfor står det der så ikke, at man har forsøgt? Man skriver man har forsøgt med noget (...)

SUND: Det er jo bare fordi, at hvis han nu er, altså reelt er så træt som han angiver

ML: [A] Så ville han ikke køre bil. Undskyld det ville han altså ikke.

SUND: Ville han ikke det?

ML: Det tror jeg sgu ikke

SUND: Nej jeg stiller bare spørgsmålet

ML: Hvis han er så træt som han siger, han er, at han ingenting orker, så ville han ikke køre bil, (...) så ville han ikke sidde og surfe efter rejser. Det tror jeg simpelthen ikke på. Det hænger bare ikke sammen

SUND: Det er bare fordi jeg tænker, hvor tit sker det reelt

ML: Jamen det hænger jo ikke sammen. Det hænger ikke sammen, at han sidder på, altså det må I altså meget undskylde. Det gør det sgu ikke. Hvis du er hammerjammertræt så sætter du dig ikke ud at køre i en bil

SUND: Gør du ikke?

(...)

ML: (...) Det hænger simpelthen ikke sammen (...) jeg tror altså det er noget oppe i hans hoved der foregår

SUND: Så hvad gør vi så?

SUND og ML repræsenterer hver deres opfattelse af Jens og af de lægelige oplysninger. ML konkluderer, at det ikke er forsøgt at ændre på Jens's søvnmonster, fordi det ikke fremgår af papirerne. SUND derimod har en opfattelse af, at de godt kan have forsøgt selvom det ikke fremgår af papirerne. Det ændrer dog ikke ved ML's opfattelse, og SUND justerer sit udsagn ved at tilføje, at hun bare er den der stiller spørgsmålet. ML fastholder, at hvis Jens er så træt som han siger, ville han ikke surfe på nettet, fordi det ifølge ML's perspektiv ikke er foreneligt med trætheden. SUND har derimod en opfattelse af, at grunden til, at det måske netop ikke hænger sammen skyldes, at det sjældent sker i virkeligheden. Hendes brug af ordet "reelt" om borgerens træthed rummer en opfattelse af at have tillid til det borgeren siger. ML bliver dog ved med at fastholde, at det ikke hænger sammen, og SUND trækker sig et par minutter senere.

Den viden ML lægger til grund for vurderingen er baseret på det jeg i teoriafsnittet beskrev som normbaseret viden eller som Pavlin et al. (2010) pegede på, er viden også tavs. Det er svært at se,

at der ligger noget fagligt til grund for ML's vurdering af borgerens situation, og det er derimod en viden der mere kan karakteriseres som ueksplíciteret, fordi opfattelsen af, at det ikke hænger sammen med Jens' aktivitetsniveau ikke bliver begrundet ud over, at det ikke fremgår af de lægelige oplysninger. Det der bliver kendetegnende for forhandlingen er, at den bliver meget lukket, fordi en normbaseret viden er mere tavs, og bliver derfor et magtfuldt vidensformat. SUND argumenterer derimod på baggrund af Jens's egen fremstilling. I interviewet med SUND peger hun på, at tiltro til det borgeren siger, er en del af hendes arbejde, og at det er et stort dilemma for hende, når hun ikke kan gøre det i teamet:

SUND: Der synes jeg det er sværere og det er sværere i de sager, hvor at der ikke er lægelig dokumentation for, at borgeren har det som borgeren giver udtryk for. Og det synes jeg er svært fordi så bliver det igen et dilemma for mig, fordi jeg kommer fra en verden hvor det kan man godt bare anerkende. (...)Og altså, det synes jeg er svært. Jeg synes det er svært at sidde derinde, og skulle have sådan en, altså at skulle komme med en vurdering af, er det reelt. (...) Jeg synes det bliver svært. Samtidig så også se på nogle folk der ligner de virkelig, virkelig lider ikke. Det kan godt være svært. Ja

SUND bruger ordet "svært" seks gange, og det strider mod hendes faglighed, fordi man i den verden hun kommer fra, tror på det borgeren siger. Det bliver et dilemma for hende på den ene side at stille spørgsmålstejn ved det reelle eller sandsynlige ved de symptomer borgeren oplever, og på den anden side ikke bare at tro på det borgeren fortæller. ML's respons rummer i modsætning til en faglig viden en mere værdibaseret viden, der bygger på en antagelse om, at hvis man er så træt som borgeren siger han er, så ville han ikke køre bil, eller lave andre aktiviteter. SUND vedbliver dog, at holde fast i, at det Jens siger, er reelt, men ML gentager sit argument. Pludselig bakker SUND ud, hvilket der kan være forskellige årsager til, men det viser, at normbaseret viden er et stærkt vidensformat, ligesom ML's positioneringsmuligheder som mødeleder er stærkere. Selvom SUND faktisk kommer med eksplicite modforestillinger til ML's opfattelse, bliver det ikke konfronterende, ligesom det ikke udvikler sig til en egentlig konflikt imellem dem, og SUND's spørgsmål om hvad de så skal gøre virker opgivende. Kampen er med Bourdieus ord ikke "*worth the candle*" (Bourdieu, 1992:98).

Ifølge Bourdieu afhænger værdien af ens kapital af et felt, hvor dets kompetence anses som værdifuldt. SUND's gentagne forsøg på forhandling på tværs af observationerne bliver udfordret,

hvilket vi med Bourdieu kan tolke i den forstand, at hendes kapital ikke er så stærkt et våben i forhold til de andre teammedlemmers. I modsætning til symbolsk kapital, som er en form for magt man ikke længere betragter som magt, henviser Harrits (2011b) ligeledes til, at symbolsk kapital også kan være negativ i den forstand, at en symbolsk position af afmagt ikke længere betragtes som afmagt. Det vil være at gå for vidt som til at sige her, at SUND's reaktion er udtryk for negativ symbolsk kapital, men i relation til forhandling og viden, kan man inspireret heraf tolke det således, at der er et kontinuum, hvorpå kraftfeltet eller kapitalen i ens vidensform er placeret i forhold til en symbolsk magt henholdsvis en negativ symbolsk magt. SUND besidder på dette møde ikke et vidensformat, som er særligt slagkraftigt, og dermed tenderer hun mod negativ symbolsk magt, mens ML's brug af et normbaseret vidensformat har mere symbolsk kapitalværdi. Endvidere har ML en jurisdiktionel fordel, fordi opgaven er placeret i jobcenteret.

Et andet eksempel på forhandling eller negativ symbolsk magt er i forbindelse med, at SOC til interviewet peger på, at hendes rolle som repræsentant fra socialafdelingen er at gå ind i sager, der omhandler borgere med misbrug eller psykisk sygdom. Hun forklarer i interviewet, at det er de sager hun forbereder sig mest på.

SOC: (...) Altså det jeg kan sige er, at jeg læser jo det hele igennem, men jeg er også klar over, at jeg sidder i et tværfagligt team, så derfor, hvis jeg kan se, at det er for eksempel sager, hvor at der er psykiatriske diagnoser eller misbrug eller andre sociale problemstillinger, så vil det jo typisk være dem jeg så koncentrerer mig om at læse dybere ind i, fordi jeg tænker, at det vil være her, jeg måske skal byde ind med nogle ting.

SOC giver udtryk for her, at hun har en forestilling om, at hun skal byde ind med nogle ting i forhold til borgere med misbrug eller andre sociale problemstillinger. I praksis viser det sig dog, at SOC leverer en mængde viden til formødet og overlader arenaen til LÆ under mødet med borgeren, hvilket caseuddraget er et eksempel på. SOC tager derimod ikke del i samtalen til trods for, at hun havde en viden omkring borgeren, som blev brugt til formødet ligesom hun gav udtryk for i interviewet, at hun forberedte sig mere grundigt på sager, hvor der indgik misbrug og andre mere sociale problematikker.

Borgeren som jeg kalder for Jesper er en 46 årig mand, der søger om førtidspension i henhold til § 17 i Lov om Social Pension. Han er uddannet bygningsnedker i 80'erne og kom på sygedagpenge i

år 2000. Efterfølgende har Jesper været på kontanthjælp. Han har et alkoholmisbrug, og har mange smerter i kroppen og synsproblemer som han er udredt for. Der er ingen behandlingsmuligheder.

Til formødet fortæller SOC, at Jesper bruger alkohol som selvmedicinering og, har "*ondt i livet*", men derudover er der ikke rigtig nogen lægeligt dokumenterede diagnoser. Uddraget er et eksempel på en dialog mellem SOC og LÆ til formødet, hvor LÆ spørger ind til SOC's organisatoriske viden omkring behandlingsmuligheder.

SOC: Og han er sådan antimedisin har ikke lyst til at tage en masse medicin så han bruger alkohol i stedet. Men det er jo bare ikke hensigtsmæssigt altså.

(...)

LÆ: Og så er der jo ikke rigtig noget med ham vel?

SUND: Nej skulle til at sige, at jeg blev lige helt i tvivl så tænker jeg men der var jo ikke rigtigt noget vel?

SOC: Mmm

LÆ: Altså altså jeg tænker også på den reumatologiske bane, altså

SOC: Altså den siger jo også, altså vi kan jo ikke imødekomme hans ønske på nogen måde, jeg tænker ikke der ligger

LÆ:[] Men men hvad kan man altså kan man fastholde ham i et eller andet omkring det der alkoholmisbrug, altså at, altså sådan fra kommunens side, der er ligesom et eller andet tilbud, hvor man ligesom også følger ham og så siger jamen jeg vil sige næsten fysisk

SOC: Ja

LÆ: Følger ham til døren og siger nu eller hvad?

SOC: Der er jo masser af muligheder, altså for misbrugsbehandling, men meget af det bygger jo på folks egen motivation ik, så han skal jo selv et eller andet sted og hvis det så, så han har brug for en der holder ham fast i det jamen så kan vi jo også godt det, men altså.

LÆ: Ja

SOC: Vi kan kun trække ham til truget ikke

LÆ: Jo

SOC præsenterer en vurdering af, at det ikke er hensigtsmæssigt, at Jesper selvmedicinerer sig med alkohol i stedet for med medicin. LÆ søger efter bekræftelse på, at Jesper ud over det ikke fejler noget, hvilket bekræftes af både SUND og SOC. LÆ præciserer sit spørgsmål om hvorvidt Jesper fejler noget fysisk, og hentyder til, at Jesper ikke fejler noget reumatologisk, hvilket SOC ligeledes bekræfter. SOC hentyder endvidere til, at der ikke er noget i de lægelige oplysninger der indikerer, at Jesper opfylder kravene til at få en pension. LÆ efterspørger derefter en organisatorisk viden hos SOC i forhold til de tilbud der måtte være i kommunen omkring

behandling, hvilket SOC imødekommer, men indikerer også, at det handler om Jespers motivation for misbrugsbehandling, hvilket LÆ giver udtryk for, at hun har forstået. Under mødet med Jesper er det LÆ, der har det meste af taletiden i forhold til at stille afklarende spørgsmål til Jesper omkring hans symptomer, og det meste af mødet kommer til at handle om Jespers alkoholmisbrug, selvom han flere gange forsøger at dreje samtalen ind på hans fysiske smerter.

På mødet med Jesper er SOC derimod meget lidt på banen, og stiller ham 3 afklarende spørgsmål på et møde der varer 35 minutter. Hun forsøger ikke at konfrontere borgeren med, at han bruger alkohol som selvmedicinering, og stiller kun afklarende spørgsmål til hvad han eksempelvis gerne ville bruge en kontaktperson til. Endvidere præsenterer hun ikke sin vurdering for Jesper om, at hun vurderer det uhensigtsmæssigt at anvende alkohol til selvmedicinering, hvilket LÆ i stedet gør. Det er således interessant, at teammedlemmerne alle i interviewet peger på, at de forskellige kommer på banen, hvis sagen vedrører deres eget arbejdsområde. Sammenholdt med, hvad der sker inde til selve mødet er det interessant, at det var LÆ, der i stedet tog del i afdækningen af borgerens problemer. Beslutningstagning flygter her, når det er muligt for SOC at "gemme" sig på rehabiliteringsteam mødet, hvor LÆ spiller en afgørende rolle på rehabiliteringsteam mødet i afdækningen af Jespers sag ud fra den baggrundsviden som SOC har leveret. Det der kendetegner dette eksempel er, at der igen ikke rigtig er nogen form for handling. I stedet er SOC distributør af en viden som LÆ kan anvende på selve mødet med Jesper, hvilket gør det umuligt for borgeren at gennemskue, hvem der vurderer hvad, og hvorfor. Endvidere kunne Jespers sagsbehandler eller Jesper selv ligeledes have leveret denne viden til LÆ i stedet for SOC. SOC's brug af organisatorisk viden er dog et supplement i teamet i forhold til, at hun har en viden om, hvad de kan bevilge af behandlingsmuligheder såfremt Jesper var motiveret. Generelt har SOC en tilbagetrukket rolle på rehabiliteringsteam møderne. I lighed med SUND kan det ud over, at beslutningstagning flygter ligeledes være et udtryk for, at også SOC's position befinder sig mod polen for negativ symbolsk kapital. Hun giver udtryk for, at hun skal komme på banen i sager med alkoholmisbrug, men har en opgave i form af at informere om Jesper i stedet for at deltage i selve mødet med ham. SOC giver dog ikke i interviewet indtryk af, at hun føler sig marginaliseret i forhold til, at hun ikke til nogen møderne med borgeren har ret meget taletid. I negativ symbolsk kapital er det netop den manglende bevidsthed der gør, at man kan tale om afmagt og en negativ symbolsk kapital. Omvendt kan man også anskue det således, at SOC anvender sin magt i det skjulte, fordi hun på en

måde arbejder *igennem* LÆ, og ikke selv står ansigt til ansigt over for borgeren på samme måde som LÆ. Endvidere kan der igen være tale om andre forhold end negativ symbolsk kapital, da det lige så vel kan henføres til gruppedynamikken i teamet eller andre personlige forhold ved deltagerne. Det er dog ikke at gå for langt som til at sige, at SOC generelt på rehabiliteringsteammødet spiller en marginaliseret rolle set i lyset af, at hun fylder meget lidt i forhold til deltagelse på møderne, men hun virker i interviewet ikke bevidst herom.

9.1.5 Intraprofessionel forhandling – Territorieafmærkning og konflikt

Nedenstående eksempel er den case jeg i analysestrategien beskrev som den sorte svane, fordi den ligeledes siger meget om de andre cases, hvor forhandlingen foregår ganske uddramatisk. Caseuddraget demonstrerer, at der er en åbenlys konflikt imellem LÆ og borgerens privatpraktiserende læge, hvilket allerede starter under præsentationsrunden på teammødet.

Casen er tidligere blevet præsenteret under afsnittet omkring rehabiliteringsteamets illusio omkring borgeren Jane, der lider af lidelse der hedder MCS, og der er stor uenighed mellem LÆ og PLÆ om, hvorvidt det er en lægeligt afklaret diagnose. Det første uddrag er fra præsentationsrunden til mødet med Jane. Allerede ved introduktionen til rehabiliteringsteammødet foregår der en bemærkelsesværdig territorieafmærkning imellem de professionelle og særligt imellem PLÆ og LÆ. Bemærkelsesværdig i den forstand, at det foregår anderledes end til de andre møder, jeg har observeret. Til de andre møder præsenterer de professionelle sig på samme måde over for borger og bisidder, hvilket vil sige først med fornavn, efternavn og den afdeling de repræsenterer. I denne sag opstår der både pauser, afklarende spørgsmål fra bisidder til de professionelle, og sundhedskoordinatoren ler lidt under præsentationen af sig selv og ML taber tråden. Det indikerer, at der er noget på spil her. Som Goffman ville sige: "*What is it that's going on here*" (Goffman, 1974:8):

ML: Så, men jeg synes alligevel, selvom du har været her før, så tager vi alligevel en præsentationsrunde, så PLÆ, ved hvem vi er her og sådan noget ikke

LÆ: Du har jo heller ikke været her før

PLÆ: Hvad siger du ↑?

LÆ: xxx Nej jeg siger, du var her jo heller ikke sidst

PLÆ: Ikke sidst, men forrige gang, var jeg her

ML: Ja men altså derfor

LÆ: [] Nå okay

ML: Kan du nok ikke huske hvem vi er PLÆ

PLÆ: Nej jeg kan ikke huske alle navnene

ML: Det tænker jeg heller ikke nej. (...) Og spørg hvis der er noget I ikke synes I forstår, eller tænker, det her kan jeg ikke finde ud af, hvorfor I spørger om, eller sådan ikke? Ja, men som sagt så hedder jeg [x], og jeg er teamleder her i jobcenteret på kontanthjælpsområdet

BES: Og jeg hedder [x] og jeg er her i dag som koordinerende sagsbehandler, og jeg kommer fra sygedagpengeteamet

(...)

SOC: Og jeg hedder ((x)), og jeg kommer fra socialafdelingen

PLÆ: ((x)) hvad?

SOC: ((x))

SUND: Jeg hedder ((x)) og jeg er fysioterapeut, og jeg repræsenterer sundhedsafdelingen

LÆ: - Og jeg hedder ((x)), og jeg er læge ((ler lidt))

ML: - Ja det var så os. Jeg tror, der har været lidt udskiftninger her siden sidste gang. Men hvad tænker, er der nogen

PLÆ: xx- Og, og jeg har så ikke, jeg tror ikke, jeg har mødt dig før vel?

LÆ: Nej jeg har ikke

PLÆ: Jeg hedder ((x)) og er praktiserende læge

LÆ: Jamen det kunne jeg forstå. Ja. Ja

ML: Ja nu tabte jeg lige tråden, ja ((griner lidt)). Jeg tænker om, om du B har noget at tilføje eller om du godt vil have PLÆ siger noget i forhold til din sag siden sidste gang?

Den anderledes måde præsentationsrunden forløber på, indikerer, at deltagerne allerede inden mødet går i gang, har noget på spil, og det er allerede her, at jeg ser kimen til forhandling eller konflikt er lagt på grund af den territorieafmærkning, der finder sted. For det første har PLÆ ikke problemer med at høre det deltagerne siger under resten af rehabiliteringsteammødet, men hun beder både LÆ om at gentage sig (i tredje linje), og spørger efter SOC's efternavn igen uden indikation på beklagelse af, at hun ikke fik fat navnet første gang eller ikke hørte, hvad LÆ sagde. Det kan derfor også tolkes som en måde at positionere sig på fra starten af samtalen, hvilket fungerer som et magtfuldt element i præsentationsrunden, fordi deltagerne er nødt til at gentage sig selv. PLÆ korrigerer endvidere LÆ der siger, at PLÆ ikke deltog ved sidste møde, fordi hun var

der forrige gang. PLÆ's spørgsmål får LÆ til at hæve stemmen, og der opstår overlappende tale mellem LÆ og ML, der italesætter, at PLÆ nok ikke kan huske alle navnene selvom hun har været med til et møde tidligere. Den overlappende tale er her et eksempel på, at ML og LÆ samarbejder, og kommer hinanden til undsætning i forhold til PLÆ's direkte fremgang.

Det er kun LÆ og SUND der præsenterer sig med deres titel, som henholdsvis læge og fysioterapeut, mens de andre i teamet alene præsenterer sig i forhold til den afdeling de kommer fra. Det er ikke en afvigelse fra de andre cases, hvor de ligeledes præsenterer sig med titel. Forskellen ligger i forhold til den information deltagerne giver om sig selv i præsentationsrunden helt generelt. LÆ er på udebane, hvilket kan være en forklaring på, at hun præsenterer sig med sin titel, mens SUND arbejder i sundhedsafdelingen i kommunens regi, men hun siger selv i et interview, at hun opfatter sin rolle som en sidemand til lægens. Det kan således være et udtryk for, at LÆ og SUND i kraft af deres sundhedsfaglige viden har en distinkt position sammenlignet med de andre teammedlemmers, fordi deres vidensområder måske overlapper mere med hinanden. Det der imidlertid er atypisk er, at LÆ holder en pause mellem SUND og sin egen præsentation, hvilket jeg ser som et udtryk for, at hun nu har ordet og taleturen. Hun ler lidt, da hun siger, at hun er læge. Det er vanskeligt at udtale sig om, hvorfor sundhedskoordinatoren ler her, men det er ikke noget hun har gjort ved de andre møder, så det indikerer om ikke andet, at her er noget andet på spil. Latteren gengældes ikke af hverken de andre teammedlemmer eller PLÆ. Mik-Meyer har undersøgt rollen af latter, og finder, at: *"Laughter, then, whether by its absence or its presence, can reveal potential, competing group affiliations"* (Mik-Meyer, 2005). Den manglende gengældelse af LÆ's latter, kan i sammenhæng hermed tolkes som en etablering af den territorieafmærkning, der finder sted. Det kan også være en henvisning til, at PLÆ formentlig allerede er klar over, at hun er læge, idet de allerede i starten af introduktionen har prøvet kræfter med hinanden. Det kan derfor ligeledes være en stadfæstelse af deres samme tilknytningsforhold og delte vidensområder, eftersom de begge er læger. LÆ's kropssprog er endvidere anderledes end til de andre møder, og det fremgår af observationsnotatet, at hun ikke sidder lænet frem i stolen under det meste af mødet, som hun plejer. Hun har i stedet en mere tilbagelænet stilling i nogle af de situationer, hvor hun bliver konfronteret af PLÆ, hvilket jeg tolker som et udtryk for en form for modstand eller et ønske om afstand. PLÆ henvender sig endvidere direkte til LÆ om, at de vist ikke har mødt hinanden før, og hun præsenterer sig her særligt over for hende. LÆ

italesætter, at det kunne hun forstå, hvilket kan være en henvisning til den første del af præsentationsrunden, hvor LÆ begår den fejl at sige over for PLÆ, at hun ikke var der sidst. Det får ML til at tabe tråden. Allerede ved præsentationen er der en intraprofessionel positionering mellem PLÆ og LÆ, og allerede her ligger kimen til den linje der bliver lagt i rehabiliteringsteamet. PLÆ og LÆ taler direkte til hinanden, mens ML's udsagn indikerer, at hun ligeledes taler for og til de andre i teamet, og bliver næsten skåret af mellem PLÆ og LÆ, hvilket måske endvidere er det der får hende til at miste tråden. Der er noget magtfuldt i at være den der sætter dagsordenen. Goffman bruger begrebet *line*, som kan oversættes til retning, og refererer til, at aktørens handlinger ved valg af retning placerer dem i et bestemt betydningsunivers (Scheuer, 2006). Set på baggrund heraf kan LÆ's og PLÆ's territorieafmærkning ligeledes opfattes som en form for overtag i forhold til den retning eller drejning sagen skal tage. Både LÆ og PLÆ besidder den samme lægefaglige viden, og kæmper derfor om den samme videnskapital, hvilket her giver anledning til konflikt.

LÆ har forinden mødet allerede placeret en retning i forhold til, at lidelsen af uafklaret og udokumenteret, hvilket er det hele samtalen kommer til at dreje sig om. Nedenstående eksempel viser den direkte forhandling der forløber mellem PLÆ og LÆ, hvor dialogen er uden forsoning og ikke bringer de to parter tættere på hinanden i forhold til en diskussion om, hvorvidt Janes lidelse er en uafklaret diagnose. Forinden har LÆ og PLÆ diskuteret, hvorvidt det forhold, at MCS har fået en diagnosekode betyder, at der er tale om en diagnose. LÆ sammenligner MCS med omskæring af drengebørn, fordi det ligeledes har en diagnosekode i landspatientregistret, og at det er for, at Sundhedsstyrelsen kan monitorere det. Den noget absurde sammenligning forvirrer Jane og gør hende vred, og PLÆ gør et nyt forsøg på at appellere til LÆ i forhold til, at der er tale om en diagnose.

PLÆ: Men, men jeg vil sige den bedste behandling B har fået for det her, det var at få stillet diagnosen. Det ved vi jo godt fra mange andre
LÆ: Ja, ja men det forstår jeg godt
PLÆ: Fra fibromyalgi og et eller andet, og man går og tror man er tosset oven i hovedet, og man kan ikke deltage, og lige pludselig bliver der sat en eller anden diagnose på, og man kan også sige det er ikke noget jeg dør af (...)
LÆ: Men, men vi kan stadig ikke se bort fra, at det ikke er en, altså det er en lægelig uafklaret diagnose.- Punktum
PLÆ: Det er jeg så ikke enig i
LÆ: Nej men så er vi uenige på det punkt

PLÆ's brug af pronominet *vi* kan ses som et forsøg på at appellere til en fælles viden mellem PLÆ og LÆ i forhold til et kendskab eller en viden de to har i kraft af deres lægeprofession, om hvad der sker, når patienter gennem en længere periode endelig får en diagnose eller en forklaring på deres symptomer. LÆ giver udtryk for, at hun anerkender Janes lettelse over at have fået en afklaring, men hun er stadig ikke enig i, at det er en lægelig afklaret diagnose, og PLÆ og LÆ kommer ikke rigtig videre i dialogen trods PLÆ's appel til en fælles viden. LÆ bruger også pronominet *vi*, men italesætter en anden lejr i lægevidenskaben, som mener, at MCS ikke er en lægeligt afklaret diagnose. Hendes brug af en lille kort pause efterfulgt af ordet "*punktum*" kan ses som et forsøg på definitivt at lukke diskussionen, men PLÆ er ikke til at ryste af, og hun fastholder sit udgangspunkt. Der ser endvidere ud til at være en forskel i deres vægtlægning af viden i forhold til, at LÆ mener, det er en lægeligt uafklaret diagnose, mens PLÆ mener, at det er en diagnose. Det får den uhensigtsmæssige konsekvens, at Jane efterlades imellem PLÆ og LÆ, der her tørner sammen i hvad man kunne kalde for en lidet konstruktiv dialog omkring lægevidenskabens holdninger til Janes lidelse. I stedet for at tage udgangspunkt i Janes symptomer og konkrete sag, bliver samtalen indimellem afsporet af diskussionen imellem PLÆ og LÆ, der udvikler sig til en mere faglig diskussion på et generelt plan i forhold til deres forskellige diagnoseforståelse.

Endvidere er der ingen forsøg på forsoning fra LÆ, og hun fastholder gennem hele mødet, at det er en uafklaret diagnose. LÆ holder derfor fast i et objektivi videnskabeligt vidensideal, som er en del af hendes faglige viden. PLÆ der ligeledes er uddannet læge, har samme faglige baggrund, og dermed også et objektivi vidensideal, men hun repræsenterer en anden lejr inden for lægevidenskaben, der opfatter lidelsen som dokumenteret. Til formødet redegør LÆ for, at lægevidenskaben er delt i to lejre i henholdsvis der er af den opfattelse, at der er en fysisk

forklaring på diagnosen og dem der mener, at diagnosen er psykisk betinget, og at speciallægen, som har stillet Janes diagnose ikke har udført et videnskabeligt dokumenteret arbejde.

Diskussionen mellem LÆ og PLÆ afspejler derfor ikke kun en uenighed på mødet, men ligeledes en uenighed eller en konflikt mellem to segmenter intraprofessionelt, altså mellem PLÆ, og den italesatte speciallæge på den ene side, og LÆ som repræsentant for regionen og klinisk funktion på den anden side. Endvidere kan kampen ses som en intern kamp mellem to felter inden for det sundhedsvidenskabelige område, hvor LÆ vedbliver at lægge vægt på uafklaretheden mens PLÆ lægger vægt på, at det er en diagnose.

Mik-Meyer & Brehm-Johansen (2009) finder, at fokus på den manglende dokumentation ved de diffuse lidelser blandt andet kan forklares som et udtryk for den vestlige verdens diagnosesystem med en vægtlægning af det der kan bevises videnskabeligt. Endvidere agerer sagsbehandlerne inden for en lovgivning, hvor fokus på diagnoser som bevis på sygdom manifesterer sig i deres forståelse af diffuse lidelser (Mik-meyer & Brehm-Johansen, 2009). De peger på, at det således ikke alene er den objektivt vurderede sygdomstilstand, der er afgørende for diagnosen, men at de tilgængelige diagnostiske redskaber og faglige forståelser ligeledes har betydning. LÆ's uenighed med og faglige forståelse af, hvorvidt Janes diagnose er fysisk eller psykisk betinget, og om det overhovedet er en diagnose, kan derfor tolkes som en lægevidenskabelig opfattelse, der bunder i, at kriterierne for en diagnose ikke er opfyldt. Konsekvensen bliver her, at fokus flyttes fra Janes selvfremsættelse og sygdomsfortælling til et spørgsmål om bevisførelse. Rehabiliteringsteammødet udvikler sig da også til at have karakter af et retsmøde, da PLÆ hiver en dom frem fra byretten, hvor en borger med diagnosen MCS er blevet tilkendt en førtidspension, hvilket var imod kommunens afgørelse:

<i>PLÆ: (...)Der er afsagt en dom i [x] Byret, hvor at det er blevet godkendt som en lidelse, og at man gik imod kommunen. Det var mod [x]og [x] Kommune</i>
--

ML beder om at få lov til at se den, og der udvikler sig en adgangsproblematik i forhold hertil, da PLÆ tøver med at udlevere dommen, fordi borgerens navn på dommen ikke er anonymiseret. Dommen bliver udleveret til sidst, men der ligger noget magtfuldt i at tilbageholde adgangen til en viden, som de andre i teamet efterspørger. Inden dommen bliver udleveret spørger ML, hvornår

den er fra, hvilket får hende til at komme på banen med viden omkring lovgivningen. Dommen kan anskues som det Bourdieu kalder for et trumfkort:

"(...) that is master cards whose force varies depending on the game: just as the relative value of cards changes with each game, the hierarchy of the different species of capital (...) varies across the various fields"

(Bourdieu, 1992:98)

Dommens gennemslagskraft på mødet afgøres af den videnskapital, der er i høj kurs på rehabiliteringsteammødet, og må umiddelbart antages at have en høj værdi i kraft af den legale arena, den kommer fra. Abbott (1988) taler om, at en jurisdiktion legitimeres i den offentlige arena, og man kan derfor anskue byretten som en institution med anerkendt fuld jurisdiktion i den offentlige arena. PLÆ truer endvidere ved at henvise til, at sådan en dom kan danne præcedens⁶, og Jane supplerer ved at sige, at den er principiel⁷. Det får ML til at komme på banen omkring pensionsreglerne, hvilket får LÆ til at understrege, at hun ikke har beslutningskompetence, og hun trækker sig derfor lidt væk fra samtalen. Den juridiske viden som kapital har derfor en relativ høj status på mødet, og bliver bragt ind som en kontekst, der kommer udefra, men den fortrænges imidlertid af ML's viden om, at pensionsreglerne har ændret sig meget, og mødet ender med, at teamet indstiller til afslag på førtidspension.

Mik-meyer & Brehm Johansen (2009) peger på, at lægerne, der arbejder i et system med andre logikker, har en vis handlefrihed i forhold til borgere med diffuse lidelser. De peger på, at det lader til, at de diffuse lidelser skaber færre frustrationer hos lægerne end hos sagsbehandlerne, hvilket dog ikke ser ud til at være tilfældet i mit empiriske materiale. Mik-Meyer & Brehm Johansen (2009) finder også, at lægerne udfordres på deres ideal om objektive fund, og dermed bytter plads med sagsbehandlerne, der i stedet, er bundet af lovgivningens mere snævre sygdomsbegreb. Lægerne kan i nogle tilfælde agere som borgerens advokat eller beskytter som PLÆ gør det, men LÆ repræsenterer en modforestilling til den praktiserende læges faglige vurderinger. Imidlertid er det ikke tilfældet i den beskrevne case, at LÆ bytter plads med sagsbehandlerne, hvilket der kan

⁶ Hvilket vil sige at senere domme støtter sig efter og retter sig efter en dom, der danner præcedens

⁷ En principiel dom betyder, at dommens rækkevidde typisk er større end den sag den afgør, og fatslår dermed et princip som er generelt gældende i modsætning til en konkret afgjort dom.

være mange forklaringer på. Mik-Meyers & Brehm Johansens (2009) analyse bygger på et solidt datagrundlag, og det er derfor nærliggende at konkludere, at nærværende case er en undtagelse. Hvis man imidlertid læser deres undersøgelse kontekstuel, kan en mulig forklaring ligge i den organisatoriske konstellation med det tværfaglige rehabiliteringsteam, der både begrænser og udvider handlingspotentialer for henholdsvis sagsbehandler og sundhedskoordinator. Den atypiske case understreger dermed den pointe, at konflikt forekommer, og at det kan gå dramatisk for sig. Man kan dog ikke på baggrund af det empiriske materiale generalisere om, hvorvidt det er en tendens der går på tværs af intraprofessionelt arbejde. I denne case ender det desværre i konflikt og en fastlåst situation, men det kunne ligeledes have givet mulighed for alternative fortolkninger og de muligheder der ligger i refleksionen. Der er således et muligt potentiale i de intraprofessionelle forhandlinger, men samtidig kan de også ende i en fastlåst konflikt, der flytter fokus fra borgeren til en kamp imellem de professionelle. På baggrund af, at LÆ i kraft af sin placering i teamet, har mere indflydelse på beslutningsprocessen sammenlignet med PLÆ, ender mødet med, at teamet følger LÆ's vurdering. Men det bliver her relevant at spørge om, hvad en alternativ fortolkning kunne have ført til, hvis PLÆ's vurdering havde været lagt til grund for teamets indstilling. Om ikke andet viser det, at vurderinger og beslutninger ikke er objektive og beror på holdninger, faglige overbevisninger, status og magt i forhold til, at LÆ med sin konsulentfunktion i teamet sammenlignet med PLÆ har en højere status og mere magt i forhold til at foretage den endelige vurdering. Medlemmerne i teamet bliver endvidere holdt ude af diskussionen mellem LÆ og PLÆ, hvilket viser, at det måske kan være svært som professionel at gå ind i en anden professions område, hvor der hersker andre former for viden og faglige kompetencer, som man ikke er en del af. Til formødet præsenterer SUND faktisk indirekte LÆ for en alternativ fortolkning, men den bliver aldrig gransket som en reel modforestilling til LÆ's problemforståelse, hvilket jeg demonstrerede i kapitel 10.2.

9.2 Delkonklusion 1 – Overlap mellem vidensområde giver flere forhandlingsmuligheder

Stik imod Abbotts (1988) teori om interprofessionel og intraprofessionel forhandling er tendensen i mit empiriske materiale, at de mest eksplicite forhandlinger udviklede sig i den intraprofessionelle forhandling og endda til konflikt. I modsætning til Abbott (1988:82), som peger på, at de *intraprofessionelle* kampe foregår diskret, viste de sig i min empiri at have en mere

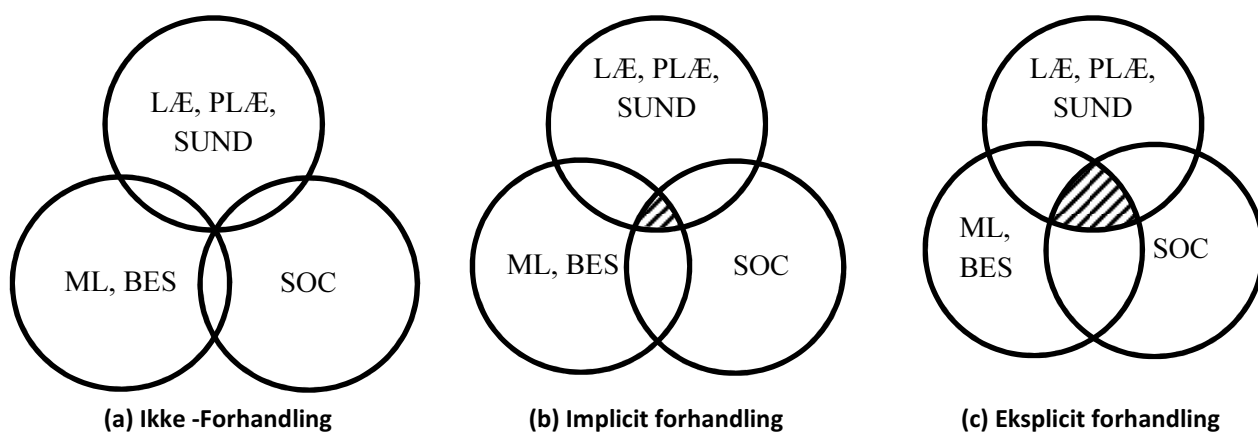
eksplicit og konfrontativ karakter, mens arbejdet i de *interprofessionelle* relationer bar præg af forhandling med større diskretion. I lighed med Antofts (2005) undersøgelse, er tendensen i mit empiriske materiale, at de interprofessionelle forhandlinger forløber overvejende udramatisk. Det er dog ikke ensbetydende med, at magt ikke er involveret og, at viden ikke bliver brugt magtfuldt, men det foregår mere subtilt. Det hænger i analysen dels sammen med, at de professionelle er orienteret mod en fælles arbejdsopgave, og derfor assimileres, og kampen om jurisdiktion træder umiddelbart i baggrunden. Dels hænger det sammen med, at teammedlemmernes opfattelse af, at de sjældent er uenige faktisk afspejler sig i de implicitte forhandlinger. Men som sagt er assimilation mere karakteristisk for de interprofessionelle forhandlinger end de intraprofessionelle forhandlinger. I forhold til Abbotts teoretiske begrebsapparat kan hans teoretiske begreber ikke rigtigt forklare dette fænomen. For ikke desto mindre ser det ud til, at grænserne imellem segmenterne i en profession er dem der i modsætning til det Abbott hævder, er i eksplicit forhandling med hinanden. Endvidere er der en begrænsning i Abbotts perspektiv i forhold til at fokusere på det der ikke forhandles om, de stiltiende forhandlinger, som udgør en stor del af empirien i specialet. For at bruge spilanalogien igen, udgør dette spillets eller kampens *illusio* i form af en fælles opfattelse af målet. Der er en implicit enighed om spillets logikker eller arbejdsopgaver. Hvis vi bruger Bourdieus kapitalbegreb, er det den samme kapital aktørerne strider om intraprofessionelt i modsætning til den kapital de strider om interprofessionelt. Der kan derfor være noget andet på spil i den interne konkurrence eller kamp om professionskapital end i den eksterne kamp mellem de forskellige professionelle i forhold til, hvad der i feltet bliver betegnet som mere "korrekt" sagsbehandling og vurdering i en sag eller mest lægevidenskabeligt dokumenteret i en sag. I en feltteoretisk optik kan man således forstå professionsfeltet, som bestående af en række konkurrerende subfelter, og dels kan man betragte professionsfeltet som etableret i konkurrence med og delvist indlejret i andre centrale felter i samfundet, for eksempel det videnskabelige felt, det økonomiske felt, og det bureaukratiske felt (Harrits, 2011b).

De intraprofessionelle forhandlinger er derimod forhandlinger der eksplicit udgør en konflikt i rehabiliteringsteamet, hvilket er i modsætning til Abbotts (1988) perspektiv, og Bourdieu supplerer her fortolkningsperspektivet hvis vi anvender kapitalbegrebet. Det kan med kapitalbegrebet tolkes på baggrund af, at de professionelle inden for samme segment strider om den samme videnskapital internt i feltet. Ifølge Harrits placerer Bourdieu sig tæt op af en

funktionalistisk forståelse af det moderne samfund som arbejdsdelt og funktionelt differentieret, men i et Bourdieu perspektiv sker dette gennem interne kampe i og mellem de forskellige felter. Den åbenlyse intraprofessionelle konflikt kan således være et tegn på en intern kamp imellem segmenterne af den samme profession i forhold til forskellige typer af kapital. "*Knowledge is the currency of competition*", som Abbott formulerer det, men i det empiriske materiale, konkurreres der sjældent på tværs af segmenter. I modsætning hertil konkurreres der eksplicit intraprofessionelt.

Det der kendetegner de interprofessionelle forhandlingsformer er, at de er stiltiende og som regel forløber ganske udramatisk. Der kan godt være artikulert uenighed og forhandling, men det kommer ikke til egentlig konflikt. Endvidere blokerer de stiltiende forhandlingsformer for at arbejde helhedsorienteret, fordi de professionelle blot byder ind med hver deres viden på baggrund af deres repræsentantskab, og forhandlingen fungerer her meget lukket. De stiltiende forhandlingsformer kan tolkes som et udtryk for Abbotts (1988) pointe om, at de interprofessionelle grænser udviskes og erstattes af en intraorganisatorisk opdeling, hvor arbejdsopgaverne er tæt bundet til arbejdspladsen, hvilket assimilerer de professionelle. Temaer og opgaver forhandles dermed implicit imellem de professionelle og kan henføres til en "*fuzzy*" virkelighed (Abbott, 1988:65), hvilket ofte fører til alt for mange forskellige indsatser, fordi de ikke bliver udfordret af de professionelle. Det fører til en uoverskuelighed for borgeren, hvorfor jeg ser de stiltiende forhandlingsformer som en organisatorisk udfordring for rehabiliteringsteamet. På baggrund heraf har jeg udledt tre forskellige forhandlingsformer i relation til, hvor meget teammedlemmerne vidensmæssigt overlapper med hinanden, hvilket jeg illustrerer i tre forhandlingsmodeller i figur 4; henholdsvis en model i ikke-forhandling, implicit forhandling og en eksplicit forhandling. Som man kan se fremgår det, at bevægelsesfeltet er meget lille, når de professionelle deler deres viden implicit. Det medfører, at der er meget lidt fleksibilitet i beslutningsprocessen, fordi de professionelle kun deler et meget lille vidensområde med en risiko for, at beslutningen bliver taget ud fra en implicit forestilling om, *at one size fits all*, fordi beslutningerne kun flyttes meget lidt. I den eksplicite forhandlingsmodel er der derimod et større bevægelsesfelt, og mere fleksibilitet på grund af, at der her er mere konkurrence ligesom de professionelles problemforståelser udfordres mere. Modellen over ikke-forhandling viser, at beslutningsprocessen fungerer meget lukket, fordi der ikke rigtig er noget at forhandle om.

Grænsen mellem doxa og ortodoxi i forhold til teammedlemmernes opfattelse af uenighed kan derfor udgøre et uudnyttet potentiale, hvis teammedlemmerne tør udfordre hinanden noget mere så længe dialogen ikke bliver fastlåst imellem dem som i eksemplet mellem sundhedskoordinatoren og den praktiserende læge. Men at der i stedet bliver præsenteret alternative fortolkninger som med fordel kan efterprøves, hvis de professionelle bliver opmærksomme på den eventuelle risiko for negativ symbolsk kapital, når de trækker sig i situationer, hvor deres bidrag kunne have medført en mere nuanceret problemforståelse.



Figur 4: Overlap mellem viden og forhandlingsformer

9.3 Analysedel 2 – Rekonfiguration af forholdet imellem de professionelle

9.3.1 Sundhedskoordinatorens position – professionel fleksibilitet

LÆ's position på teammødet har en særskilt status sammenlignet med de andre teammedlemmer på mødet i forhold til den sundhedsfaglige vurdering af borgeren. I sig selv fylder den sundhedsfaglige vurdering meget i sagsbehandlingen da vurderingen af borgerens arbejdsevne og udviklingspotentiale også beror på en vurdering af borgerens helbredsmæssige tilstand. Man kan her sige, at vurderingen af borgerens udviklingspotentiale ligger i en gråzone juridisk set mellem en sundhedsfaglig og en socialfaglig dimension, hvilket i teorien potentielt set kunne føre til konflikt. Som jeg har demonstreret i første analysedel om forhandlingsformer sker det sjældent blandt andet fordi teammedlemmerne tilpasser sig hinanden med undtagelse af eksemplet med den intraprofessionelle konflikt. I caseeksemplet med Jane, der havde MCS og hvor PLÆ og LÆ tørnede sammen, kan man sige, at LÆ har en magtfuld position. Endvidere demonstrerede jeg, at LÆ både i kraft af sit medlemskab af teamet i sammenligning med PLÆ, der kom udefra, og i kraft af sit repræsentantskab på mødet. Ligeledes demonstrerede jeg, at LÆ's lægevidenskabelige viden ligeledes udgjorde en stærk videnskapital i forhold til, at det der kunne have været en alternativ fortolkning fra SUND end ikke blev betragtet som sådan i teamet. I en artikel i Social Politik (2013) peger Skou Rasmussen, på, at sundhedskoordinatoren som udefrakommende medlem kan risikere at få en specialposition, der i kraft heraf bidrager med en snæver monofaglighed i modsætning til de andre medlemmer i teamet. LÆ's særstatus konsolideres ydermere af de øvrige teammedlemmers opfattelse af hendes rolle i teamet. Gennem forskellige caseuddrag fra interviews med teammedlemmerne samt enkelte uddrag fra observationerne, illustrerer jeg LÆ's position på rehabiliteringsteamet gennem en diskussion i samspil med de teoretiske begreber.

Her et eksempel fra interviewet med SOC, der italesætter et hierarki imellem en lægevidenskabelig og en socialfaglig vurdering:

I1: Er det forskelligt, at det er lægerne der er uenige? Det er bare fordi du fremhæver. Det er ikke to af dine medarbejdere ovre i socialpsykiatrien eller? (...)

SOC: Nej altså det jeg tænker er, at, at når det er. Det vil jo altid for eksempel være det lægelige skal være afklaret. Det er det der ligger til grund for en afgørelse, hvor man kan sige, at vi kan jo godt have, have måske forskellige syn på borgerens kompetencer, og på hvad vi ser, der er at arbejde videre med, men det vil jo i sidste ende være på baggrund af de andre. Er der de diagnoser der skal til som ligesom udløser forskellige ting eller ej. At selvom vi kan se nogle potentialer som for eksempel i socialafdelingen, at man kan arbejde videre med, så vil det måske være i forhold til livskvalitet eller sådan nogle ting.

SOC italesætter, at der en underordning eller et hierarki i den funktionelle arbejdsdeling imellem de professionelle, når hun siger, at det lægelige er det der ligger til grund for en afgørelse, mens en socialfaglig vurdering vil være på baggrund af andre i forhold til om der de diagnostiske kriterier er til stede. Harrits (2011b) peger på, at nogle grupper kan etablere sig med så faste symbolske grænser, at det i sig selv får betydning for deres magtposition i feltet (Harrits, 2011b). I den sammenhæng kan vi forstå LÆ's position på rehabiliteringsteamødet som et udtryk for, at hun har meget symbolsk kapital, hvilket er magtfuldt. Evetts (2003) rekontekstualisering af McClellands begreber om professionalisering "from within" og "from without", er ligeledes med til at forklare LÆ's position på mødet, som repræsentant for en profession der har udviklet sig indefra og dermed opnået markedskontrol. LÆ's position afspejler derfor også nogle samfundsmæssige professionaliseringsprocesser. I relation til Bourdieus spilanalogi afhænger teammedlemmernes kapital ikke kun af, hvad der på mødet tildeles værdi, men er ligeledes et udtryk for den historicitet, professionen er indlejret i

(...) the strategies of a "player" and everything that defines his "game" are a function not only of the volume and structure of his capital at the moment under consideration and of the game chances (...), but also the evolution over time of the volume and structure of his capital, that is of his social trajectory (...)

(Bourdieu & Waquant, 1992:99)

LÆ's repræsentantskab og position på mødet, kan vi derfor også forstå kontekstuel, som professionaliseret indefra i modsætning til sagsbehandlerprofessionen der er opstået fra oven. En borgers reaktion under en præsentationsrunde befæster, LÆ's position, da hun virker overrasket over, at hun præsenterer sig som læge, hvilket følgende lille ordveksling illustrerer:

*LÆ: Jeg hedder ((x)), og er læge og repræsenterer Region Hovedstaden
B:xxx Er det ↑ rigtigt? Er du læge? Nå okay ((ordet er trukket ud)). Hej ((ler))*

Borgerens reaktion på, at der er en læge tilstede, er forskellig fra hendes reaktion til de andres præsentation, hvilket vi kan se ud af hendes stemmeføring, hvor hun først hæver stemmen og intonationen går op. Hendes udstrækning af ordet "okay", virker som en anerkendelse i modsætning til en konstatering, hvilket man ville markere med et kort okay. Hun hilser derefter på LÆ, og latteren kan vi igen med henvisning til Mik-Meyer (2005) tolke som noget der befæster forholdet imellem dem i en eller anden forstand.

LÆ bevæger sig ind på den socialfaglige arena, mens sagsbehandlerne ikke bevæger sig ind på den lægevidenskabelige arena. Til en samtale med en borger, siger LÆ, at hun også er jobkonsulent.

Men jeg sidder her heldigvis ikke kun som jobkonsulent, hvis man kan sige det sådan. Jeg sidder her også som lægefaglig konsulent, så jeg, jeg tænker jo meget på, er der noget andet vi kan gøre ikke

Til sammenligning siger ML på samme møde, at det ville være uforskammet af hende at gå ind på det lægevidenskabelige område.

ML: (...)altså jeg kan ikke gå ind at diskutere det lægefaglige, fordi det vil simpelthen være uforskammet og sidde og gøre, fordi det har jeg slet ikke kompetencer til.

LÆ formulerer sig således, at hun ud over at sidde i teamet som jobkonsulent også sidder der som læge. Hendes brug af adverbiet *kun* italesætter et hierarki imellem funktionen som jobkonsulent henholdsvis lægefaglig konsulent. Hendes udsagn afspejler derfor som jeg tolker det, at hun ikke alene er der som læge, men ligeledes har en anden kasket på som egentlig ikke afspejler hendes faglige viden. Den er mere et udtryk for en organisatorisk viden eller hendes arbejdsopgave som en del af teamets samlede opgave i forhold til at vurdere borgerens arbejdsevne. I modsætning hertil har ML en opfattelse af, at hun ikke som repræsentant for beskæftigelsessystemet kan indgå i en lægevidenskabelig vurdering, hvilket afspejler nogle af de uskrevne normer imellem de professionelle på rehabiliteringsteam mødet.

Hall (2006) finder, at de professionelle kan blive mere fleksible, når de opfordres til at tænke helhedsorienteret: *"When encouraged to think holistically about the client's needs professionals may be more flexible than the strict professional background from which they are located"*. Men det ser i det empiriske materiale kun ud til at gå den ene vej således, at kun LÆ udøver professionel fleksibilitet, og fremstiller sig selv som både jobkonsulent og læge, mens ML derimod siger, at hun ikke har ret til at udtale sig om det lægelige.

Det er vigtigt at understrege, at jeg ikke opfatter det som et bevidst forsøg fra LÆ om en hierarkisering imellem hendes lægefaglige og den beskæftigelsesfaglige viden. Set i sammenhæng med ML's udtalelse om, at hun ikke kan gå ind på det lægefaglige område, indikerer, at både LÆ selv opfatter sin position som udtryk for mere end lægefaglig viden, og at denne position ligeledes konsolideres af teammedlemmerne. LÆ's symbolske kapital kan dermed forklare, hvorfor de andre teammedlemmer ikke i det empiriske materiale foretager lægefaglige vurderinger, og hvorfor den professionelle fleksibilitet kun går fra et lægevidenskabeligt udgangspunkt til et socialfagligt udgangspunkt og ikke omvendt. Men ML's brug af ordet *"uforskammet"* konnoterer næsten, at hun ikke har *ret* til at gå ind i en lægefaglig vurdering. Imidlertid giver LÆ under interviewet indtryk af, at hun netop ikke nødvendigvis sidder med det arbejdsmarkedsrettede fokus i modsætning til sagsbehandlerne, og at hun derfor ligeledes har fokus på livskvalitet.

(...) Jeg føler egentlig heller ikke jeg sidder der som, hvad skal man sige kommunens læge. Altså jeg sidder der jo også, altså jeg er jo også meget bevidst omkring det der med livskvalitet. Kan vi gøre nogle andre indsatser for dig, som ikke nødvendigvis er arbejdsmarkedsrettet. (...) i ↑ den situation du sidder i lige nu for at øge DIN livskvalitet ikke. Så på den måde mener, altså føler jeg egentlig, jeg har mere sådan en konsulentfunktion. (...)

LÆ giver her udtryk for, at hun ser sig selv som konsulent, og at hun ikke har kompetencen til at tage beslutning om de indsatser borgeren skal indstilles til. Derudover knytter hun sin funktion op på sin faglige baggrund som læge, men som en uafhængig læge, der ikke sidder der som kommunens læge. Hun kontrasterer sig selv i forhold til sagsbehandlerne i jobcenteret, og peger på, at de har et mere beskæftigelsesrettet fokus, mens hun ligeledes har fokus på livskvalitet, som ikke altid er rettet mod arbejdsmarkedet. Det viser sig dog, at LÆ's intention om at fokusere på borgerens livskvalitet, ikke helt lykkes i praksis, hvis man sammenligner med hendes udsagn om, at hun ikke alene var jobkonsulent.

Én forklaring herpå kan være, at det beskæftigelsesrettede fokus er et stærkt og magtfuldt element i rehabiliteringsteamet. Ifølge Evetts (2003) søger New public management strategien at fremme den organisatoriske professionalisme til fordel for den faglige professionalisme. Som jeg tidligere skrev, reformulerer Evetts (2003) McClellands begreber om professionalisering *indefra*, hvor professionen har haft succes med at definere sig selv indefra, og opnå markedskontrol, og *fra oven*, hvor professionen er domineret af kræfter udefra. Med NPM strategien følger ligeledes en diskurs om kontrol med arbejdet, der ikke kommer fra selve erhvervet, men *fra oven*, som eksempelvis politikkerne eller ledelsen i kommunen. Man kan derfor også med Evetts tolke rehabiliteringsteamene som et styringsredskab udviklet i en tid, hvor kontrollen med arbejdet og dokumentationen af arbejdet fylder meget i blandt andet jobcentrene. Endvidere peger Evetts (2003) på tendenser til, at selv en profession som lægeprofessionen, der har defineret sig selv indefra i stigende grad også oplever professionalisering fra oven.

En anden forklaring kan være, at det siger noget om de interprofessionelle relationer mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige viden, og grænsefladerne imellem dem, når LÆ bevæger sig ind i det socialfaglige område for eksempel. En profession kan ifølge Abbott (1988) veksle mellem at have fuld jurisdiktion over et helt arbejdsområde eller jurisdiktion, mens den er underlagt en anden gruppe (Abbott, 1988). Organisatorisk er rehabiliteringsteamet placeret i jobcenteret, hvilket giver jobcenteret kontrol med en stor del af teamets opgave, men samtidig er det afhængig af de andre områder, for selvom teamet indstiller til motion i sundhedsafdelingen, kan sundhedsafdelingen stadig beslutte, at de ikke kan give bevilling hertil lokalt. LÆ som står uden for som repræsentant for regionen, har ene og alene kontrollen over sit arbejdsområde teoretisk set, men noget tyder på, at i den konkrete interaktion ændres grænserne, således at også hun underordnes jobcenteret. I relation til Abbotts jurisdiktionsbegreb kan man anskue det der foregår ud fra, at rehabiliteringsteammødet danner rammen om det interprofessionelle arbejde, og at der dermed rækkes ved grænsefladerne mellem de professionelle. Abbott (1988) identificerer fem *settlements* (forlig, min oversættelse) ud over fuld jurisdiktion, hvor LÆ's konkrete handling på rehabiliteringsteammødet kan tolkes som en rådgivende jurisdiktion, hvor en profession søger en legitim ret til at tolke eller delvist modificere en andens handlinger inden for vedkommendes eget jurisdiktionsområde. Det er ifølge Abbott i udgangspunktet en svag relation, men det kan også i nogle tilfælde være med til at udvide et jurisdiktionsområde, hvis man bliver ved med at fremføre

krav om rådgivning. *"Advisory jurisdiction is thus sometimes a leading edge of invasion, sometimes the trailing edge of defeat. It is in some way the bellwether of interprofessional conflict"* (Abbott, 1988:76). Hvis dette sker, kan det røkke ved grænsefladerne for de socialfaglige og de sundhedsfaglige vurderinger i det sociale arbejde, og gøre arbejdsfordelingen ustabil i den beskæftigelsesrettede jurisdiktion.

Modsat er der også elementer der peger på, at den beskæftigelsesrettede jurisdiktion har en stærk position i kraft af, at den blandt andet besidder juridisk og socialfaglig viden, som er en mere abstrakt vidensform. Viden er som jeg har skrevet central hos Abbott, fordi det er, det der gør en profession i stand til at indtage en profession: *"knowledge is the currency of competition"* (Abbott, 1988:102). Viden er den basisenhed man konkurrerer igennem, men for Abbott hænger viden ligeledes tæt sammen med den anvendte viden i praksis. Et stort abstrakt teoretisk videnssystem kan derfor godt være inferior i forhold til en mindre abstrakt praktiske viden, men samtidig peger Abbott på, at *"abstract knowledge reduces competition"*. Der skal derfor være en vis abstraktion i ens viden i forhold til at deltage i konkurrencen.

Forholdet imellem de professionelle er således centreret omkring LÆ's position i forhold til, at vurderingerne afhænger af den lægefaglige vurdering. Det kan ligeledes være en forklaring på, hvorfor det så ofte er LÆ, som har en fremtrædende rolle i forhold til rehabiliteringsteammøderne. Endvidere kan der også være noget betryggende i det for de andre teammedlemmer, hvis vurderingen er foretaget lægefagligt, fordi der heri ligger en stærk videnskapital, som dermed ligeledes i beslutningsprocessen kan virke legitimerende. Rekonfigureringen imellem de professionelle sker således hele tiden imellem dem, når de forhandler om problemforståelser og viden, og som oftest sker det med LÆ som den centrale figur. I kapitel 10.3 er det dog en undtagelse herfra, da rekonfigureringen sker uden om LÆ som midtpunkt. I stedet bliver det et mere ligeværdigt samarbejde imellem de resterende teammedlemmer i forhold til at bygge en fælles problemforståelse op.

9.3.2 Forholdet mellem medlemmerne i rehabiliteringsteamet

På baggrund af ovenstående kan man sige, at den viden den professionelle besidder, udstyrer personen med en forhandlingsposition i forhold til, hvilke sager, man kan deltage i. Samtidig definerer det deres arbejdsopgaver, og der følger dermed også noget ansvar med den viden. Viden

forpligter dermed også, og kan fungere både inkluderende som ekskluderende i forhold til, at bestemte problemforståelser fordrer bestemte former for viden. I dette kapitel anvender jeg interviews med teammedlemmerne, hvor de italesætter en opfattelse af deres rolle på mødet, hvilket jeg sammenholder med, hvad der sker i praksis. Til sidst i kapitlet anvender jeg et caseuddrag fra et teammøde, fordi det viser, at de professionelles forhold imellem hinanden ligeledes rekonfigureres af borgeren.

De professionelle angiver i interviewet med dem, at de har en opfattelse af, hvilke opgaver de har en særlig kompetence eller forpligtelse på, som rummer både faglig og organisatorisk viden. SUND peger på, at hun er en *"sidemand til lægen"*, og derfor sidder i en form for konsulentfunktion, hvor hun supplerer lægen i forhold til hvilke indsatser der er i sundhedsafdelingen. Endvidere italesætter hun qua sin uddannelse som fysioterapeut, at hun også er uddannet i sygdomslære.

SUND: *"Så der for kan jeg jo læse papirerne med tæt på samme forståelse som hende, og det gør jeg jo brug af".*

I praksis så vi i analysedel 1, at SUND ofte stiller kritiske spørgsmål til teamets vurdering, men hun trækker sig ofte, og derfor bliver hun ikke inviteret ind i vurderingerne, selvom hun qua sin uddannelse har en viden, der gør, at hun ligeledes besidder en sundhedsfaglig viden.

SOC peger på, at hendes opgave som repræsentant for socialafdelingen er at have fokus på borgerens hverdagsliv.

SOC: *"I forhold til at klare hverdagen i hjemmet og med familie og venner og hvad de nu ellers har."*

Det er dog på baggrund af observationerne i praksis sjældent, at SOC anvender sin viden omkring hverdagsliv, fordi hun sjældent bliver inviteret ind eller selv tager del i vurderingerne. I stedet bliver hun en distributør af information, der mere beror på en organisatorisk viden i forhold til de støttemuligheder der er i socialafdelingen.

LÆ har som jeg har redegjort for en opfattelse af, at hun træder til ved den lægelige udredning, og at hun også fokuserer på livskvalitet. LÆ's vidensområde overlapper derfor både med SUNDs i

forhold til vurderingen af funktionsniveau og med SOC i forhold til viden omkring hverdagsliv og livskvalitet. Det kan ligeledes være en forklaring på, at både SUND og SOC's positioner på mødet bliver mindre fremtrædende, fordi LÆ, som jeg har illustreret i det foregående kapitel, er i besiddelse af en stærk videnskapital, og derfor har SUND og SOC's viden mindre værdi på mødet, når LÆ deltager.

ML giver udtryk for både at have en mere procesorienteret rolle, som mødeleder og samtidig en faglig viden som den der repræsenterer beskæftigelsessystemet. Der er ikke umiddelbart nogen andre funktioner der overlapper med ML's vidensområde ud over beskæftigelsesrepræsentanten. ML peger endvidere på, at de andre medlemmer indimellem læner sig op af hende, fordi beslutningerne tages i jobcenterregi.

ML: "Indimellem tror jeg meget de læner sig op af mig, fordi det er beskæftigelsessystemet, der mest, altså det er jo fleksjob eller ressourceforløb eller indstilling til førtidspension, så man kan sige de andre læner sig nok lidt op af, at det ligger i vores regi de der beslutninger der tages ikke"

ML peger her på den organisatoriske opgave i forhold til, at arbejdsopgaven er placeret i jobcenteret, hvilket kan være medvirkende til at sætte nogle institutionelle betingelser i forhold til forhandlingen mellem teammedlemmerne, idet jobcenteret her i kraft af organiseringen har en fordel her. Med Abbotts terminolog har de i jobcenteret en organisatorisk jurisdiktionel fordel, fordi opgaven er placeret der, og på baggrund af den stiltiende accept heraf fra de andre teammedlemmer ser det ikke ud til, at grænserne herfor umiddelbart rykkes. SUND giver i interviewet udtryk for, at hun opfatter sagsbehandlernes viden som af stor værdi, hvilket understreges af, at rehabiliteringsteamet er placeret i jobcenteret sammenlagt med, at myndighedsrollen og den økonomiske bevillingskompetence ligeledes ligger i rehabiliteringsteamet. Det giver sig i selv en uhensigtsmæssig konstellation i forhold til beslutningsprocessen, fordi det kun er jobcenteret der er bundet både juridisk og økonomisk.

At juridisk viden er en stærk videnskapital peger flere af teammedlemmerne på, hvilket tyder på, at sagsbehandlernes besiddelse af juridisk viden udgør en stærk kapital på rehabiliteringsteammødet. SUND giver udtryk for, at denne viden er ekskluderende i forhold til, at hun ikke kan være med, når der foretages juridiske vurderinger.

SUND: *"Altså jeg vil sige personligt så er jeg ikke særlig stærk i lovgivningen, og eftersom det ligesom er den spillebane vi beskæftiger os med, så tænker jeg, at dem der er her fra jobcenteret, at i forhold til lovgivningen, der kan de til enhver tid trumfe mig"*

SUNDs udsagn indikerer, at det ikke alene er på grund af den organisatoriske placering i rehabiliteringsteamet i jobcenteret, at de har en jurisdiktionel fordel, men at det ligeledes ligger i deres juridiske viden. På linje hermed giver SOC i interviewet ligeledes udtryk for, at den endelige beslutningskompetence ligger i jobcenterregi, hvilket også peger henimod en organisatorisk betydning for relationerne imellem de professionelle, fordi der i kraft af, at beslutningskompetencen ligger i jobcenterregi, er et funktionelt videnshierarki.

SOC: *"Altså under timeouten der går vi så måske mere hardcore ind til, hvad siger lovgivningen. Opfylder man for eksempel lovgivningens krav i forhold til at kunne få de forskellige ydelser, og der vil det typisk være jobcenteret, der kan byde ind".*

SOC's formulering om at gå mere "hardcore" til værks repræsenterer en tankefigur om lovgivningen som et redskab, der har stor betydning for teamets vurdering i sidste ende, og denne del ligger i jobcenterets regi. Kendskab til lovgivningen kan dermed både opfattes som en juridisk viden, og ligeledes som et arbejdsredskab. LÆ er således ikke ene om at besidde en efterspurgt og værdifuld videnskapital, men det til trods, bliver denne viden sjældent det centrale udgangspunkt i forhandlingen, hvor den fungerer mere som en baggrundsviden eller en form for oplysende viden. Den har derfor ikke samme slagkraft som den lægevidenskabelige viden, men den er på så tilpas højt abstraktionsniveau, at man kan tale om en beskæftigelsesfaglighed jurisdiktionelt set. I relation til praksis har både ML og BES ligeledes en position på møderne, der er mere fremtrædende end SUND og SOC. De anvender deres faglige og organisatoriske viden i vurderingerne af borgeren, men det er vanskeligt at sige på baggrund af teorierne, hvilket jeg på baggrund af teorierne ser som et udtryk for, at de både organisatorisk og fagligt på forhånd har en befæstet position på grund af, at det er i jobcenteret rehabiliteringsteammødet er forankret.

Forholdet imellem de professionelle rekonfigureres i eksemplerne fra første analysedel dermed oftest centreret omkring LÆ, men ML og BES' faglige vurdering er det der i sidste ende afgør, hvad

det er teamet indstiller i forhold til, at det er jobcenteret der formelt set har ansvaret for at løse opgaven.

Uden at gå ind i en Bourdieusk feltanalyse, er jeg, som jeg tidligere skrev i kapitel 6.2, inspireret af Bourdieus feltbegreb og hans spilanalogi (Bourdieu & Waquant, 1992). Overført på rehabiliteringsteamet kan man anskue det således, at videnskapital skaber en funktionel differentiering og arbejdsdeling imellem de professionelles repræsentantskab, hvor nogle faglige kompetencer skaber større værdi på mødet end andre. Nogle faglige kompetencer har endvidere en større rækkevidde end blot på selve mødet, og giver dermed nogle andre positioneringsmuligheder. Som jeg har skrevet i kapitel 6.4 afhænger en jurisdiktion også af offentlig anerkendelse eller legitimering, hvilket det næste uddrag fra casen med Søren er et eksempel på. ML reproducerer en hypotese som LÆ har formuleret under mødet med Søren om, at der er en sammenhæng mellem at have mindre energi og dårligere nattesøvn, og at det kunne være en mulighed at få det afklaret, men Søren lader sig ikke overbevise før LÆ kommer ML til undsætning

ML: Ja, og jo dårligere er ens nattesøvn jo også ikke også. (...)

B: xx- Nej det har ikke noget med hinanden at gøre

ML: Nej men det er jo ikke afprøvet, og det står heller ikke beskrevet fra Søvncenteret så man kan ikke udelukke det tænker jeg

B: Okay så du er ude i teorier?

ML: Jeg er kun ude i at sige, hvad jeg tænker i forhold til det her. Jeg kan ikke udtale mig om det er rigtigt eller forkert

B: Jeg synes du skulle tage kontakt til dem, og sige, hvad så

ML: Tja

LÆ: xx- Altså nu, nu altså det er jo, man kan jo sige, vi er virkelig inde på et specialistområde her, og ja jeg, altså jeg kan da godt tænke, at nu står du her. (...)jeg snakker mere livskvalitet her, at du kan få nogle strategier, der gør, noget hjælp til, at det kan måske bare blive en smule bedre.(...) Og der tænker jeg uden at være den søvnspecialist, altså det er da et forsøg værd at høre, (..) Er der noget jeg kan gøre, er der mulighed for, at der er nogen, der hjælper? (...)

B: Jeg kan godt forstå, hvad du siger

ML kommer med en hypotese om, at der er en sammenhæng mellem Søren's manglende energi og dårlig søvn, men Søren er ikke enig heri, og kommer med et dispræfereret svar. Han udfordrer derefter ML's vurdering omkring, at det ikke er beskrevet fra Søvncenteret, men Søren's respons indikerer, at han sår tvivl ved hendes vurdering, og stiller spørgsmål ved hendes argument i

forhold til om hun er ude i teorier. Han vender her ML's argument imod hende i forhold til, at det nu er hende der er ude i teorier, og hans formulering indikerer, at ML's forsøg på at definere situationen er faldet til jorden. ML går i gang med at reparere på sit udsagn, i forhold til, at hun ikke har kompetencen til udtale sig om, hvad der er rigtigt eller forkert i forhold til Søvncenterets vurdering. LÆ kommer her ML til undsætning, og afbryder hende. Hun bygger sit argument op om, at nu kan hun ikke gå ind på et specialistområde, men at hun stedet taler om livskvalitet, hvilket giver argumentet troværdighed i den forstand, at hun ikke stiller spørgsmålstejn ved de manglende beskrivelser fra Søvncenteret, og dermed også Sørenns egen selvfremstilling. Endvidere kontrasterer hun sig selv i forhold til ML som repræsentant for jobcenteret. I stedet peger hun på, at hun ikke er specialist, men at Søren måske kan få det bare lidt bedre med sin lidelse. LÆ præsenterer her en ny ramme for samtalen og at det skal ses i lyset af Sørenns mulighed for at øge sin livskvalitet i stedet for, at det er spørgsmål om der er en sammenhæng mellem at sove dårligt og for lidt søvn. Hun prætenderer ikke at være søvnspecialist, men i kraft af sin position som læge, bliver hendes ramme umiddelbart godtaget af Søren, der tilkendegiver, at han godt kan forstå, hvad hun siger. Eksemplet viser, at vurderingen og videnskapitalen ligeledes afhænger af borgerens billigelse, og afspejler dermed også en offentlig eller samfundsmæssig hierarkisering af viden end den der er til stede i teamet.

Grundlæggende har LÆ meget taletid til møderne og mange taleture og sammenlignet med de andre teammedlemmer går det på tværs af borgernes problemer. Teammedlemmerne indgår alliancer med hinanden, samarbejder og forhandler om borgerens problemforståelse. De både konflikter og tilpasser sig hinanden i arbejdet med at skabe en fælles problemforståelse, og nå frem til en løsning, men det er LÆ der er mest fremtrædende til både formødet, mødet med borgeren og timeouten. På tværs af casene er der en tendens til, at LÆ er den der initierer en sag på rehabiliteringsteam mødet efter presentationsrunden. Når LÆ for eksempel spørger ind til borgerens symptomer og helbredstilstand fungerer det næsten som et lukket univers mellem LÆ og borger. Med Abbott (1988) kan vi se det som et udtryk for, at hendes viden fungerer ekskluderende i kraft af den specialiserede og abstrakte vidensform, som reducerer konkurrence.

Hvis vi vender tilbage til de professionelles arbejdsopgaver og vidensområder er der overlap mellem nogen af områderne, og der er nogle vidensområder, som overlapper mindre, hvilket jeg

illustrerede i figur 4 i kapitel 10.6. i forhold til, at forholdet imellem de professionelle tegner et billede af konturerne af forholdet imellem de professionelle.

9.3.3 Sagsbehandlerens position – et spørgsmål om faglig troværdighed

SB's rolle i beslutningsprocessen udgør ligeledes et centralt nedslagspunkt i forhold til rekonfigureringen af forholdet imellem de professionelle, fordi det før førtidspensions- og fleksjobreformen var en central arbejdsopgave for sagsbehandleren at vurdere om en borger skulle indstilles til fleksjob eller førtidspension. Med førtidspensions- og fleksjobreformen argumenterer jeg for, at der i beslutningsprocessen er sket en forskydning væk fra frontlinjeniveau, fordi SB ikke lovgivningsmæssigt er tildelt en formel rolle på rehabiliteringsteammødet. SB udarbejder sammen med borgeren en rehabiliteringsplan, og forbereder sagen til teamet. I den kommune vi har undersøgt har de lavet et skema til at sætte ind på forsiden af rehabiliteringsplanen, der giver SB mulighed for at lave et sagsresume, og dermed komme med en vurdering af sagen. SB har dog stadig ikke beslutningskompetencen i sagen i modsætning til teammedlemmerne. Jeg illustrerer her med et eksempel, hvordan SB's faglige troværdighed bliver udfordret på et teammøde, men starter først med et interviewuddrag af ML's opfattelse af SB, fordi SB's rolle i caseuddraget ikke lever op til denne opfattelse.

I interviewet italesætter ML, SB, som den der har den største rolle, hvis opgave består i at have coachet borgeren til mødet, og være åben over for forskellige muligheder.

ML: Ja man har faktisk den største rolle i det her, mener jeg. Sagsbehandleren har. Fordi det er sagsbehandlerens opgave at gøre borgeren klar til det her møde, og det er sagsbehandlerens opgave at have coachet borgeren hen imod og være åben over for nogle forskellige muligheder. - så jeg tænker, at den der forberedelse til det her rehabiliteringsteammøde, den er enorm vigtig.

ML's italesættelse af SB's rolle, som en der skal coache borgeren, og gøre borgeren klar til rehabiliteringsteammødet rummer en opfattelse af SB, hvor hun glider mere ud på sidelinjen i forhold til beslutningskompetencen. Fra at være den der før førtidspensions- og fleksjobreformens indtræden selv var tættere på beslutningsprocessen, er hun nu rykket et skridt længere væk herfra, men hun er muligvis et skridt tættere på borgeren. I forhold til ML's italesættelse af, at SB skal forberede borgeren på mødet, er der at dømme ud fra observationerne noget der tyder på, at hun mener, at borgeren skal være bearbejdet til de beslutninger og vurderinger de måtte træffe i

rehabiliteringsteamet, så borgeren forberedt på det der skal ske. I det følgende vil jeg give et eksempel fra sagen med Jane, hvor der opstår en uenighed mellem SB og BES i forhold til, hvorvidt alle muligheder er afprøvet inden for fleksjob, og hvor SB ikke har formået at "*coache*" borgeren til rehabiliteringsteamet i den betydning som ML indikerer. SB er ud over at være Janes sagsbehandler også med i fleksjobteamet, som har vurderet, at man ikke har kunnet finde et egnet fleksjob til Jane. SB's vurdering udfordres imidlertid af BES, der spørger ind til, hvad de har gjort sig af tanker om alternative udviklingsmuligheder. Samtalen løber af sporet mellem Jane og BES, og SB når derfor ikke at besvare spørgsmålet fra BES. Imidlertid er caseuddraget et eksempel på, at SB's vurdering er under kritik, og at hans faglige troværdighed er på spil på rehabiliteringsteamet.

SB: Men I har sikkert også læst rapporten fra fleksjobgruppen, og det er rigtig nok, at vi har jo gjort en ihærdig indsats, fordi vi tror altid på, at når en borger bliver fleksjobber, så ↑ tror vi 100 procent på, at det er muligt (...)Ikke alene var vi ude ved fleksjobambassadørerne som faktisk har nogle kæmpe resultater bag sig. Vi har to fleksjobambassadører, og de har fået 80 ud sidste år, og det er ret fantastisk, da vi i alt har 240 i fleksjob. Så antallet vidner om deres dygtighed.([Utydeligt])var jo ude at snakke med mange arbejdsgivere. Det kan man se i rapporten. Jeg henvendte mig til mine kollegaer og andre jobcentre. (...)Og derfor så lavede vi så den der afslutningsrapport, som selvfølgelig ligger som bilag i denne her sag, og jeg tror ikke vi kommer længere. Hvis vi skal, hvis vi skal tage imod Jane igen

(...)

BES: Jamen nu tænkte jeg på ikke direkte at gå og finde en arbejdsgiver, fordi det kan jeg jo godt se, det har man forsøgt rigtig meget. Så nu er mit spørgsmål, hvad I har haft drøftet om B kunne deltage i et forløb for at se om, er der så nogle↑ alternative udviklingsmuligheder eller et eller andet inden for rammerne af fleksjobordningen, som den er.(...) derfor er der jo stadig en udviklingsmulighed inden for det der hedder fleksjob. Så vil mit spørgsmål bare være, hvad I har gjort om tanker om det. Om I har drøftet det, når I har sagt, jamen okay. Så vil mit spørgsmål bare være, hvad I har gjort af tanker om det? (...)

SB's respons er for det første lang, og bygger på en form for verificering eller godtgørelse af sit arbejde. For det første forsikrer han, at de har gjort en stor indsats for at finde et fleksjob til Jane. Derefter forsikrer han teamet om, at de selvfølgelig tror på det er muligt at finde et fleksjob til borgeren, og han lægger med sin stemme vægt på ordet "tror", hvilket kan tolkes som en kommentar der er adresseret til teamets første vurdering af Jane til et fleksjob, og inviterer til en tillidsrelation imellem SB og teamet. Han underbygger derefter fleksjobambassadørernes troværdighed, og peger på deres flotte resultater som et bevis på, at de er kompetente mennesker der har forsøgt at finde et fleksjob til Jane. Det kan tolkes som et forsøg på legitimering af hans egen faglige vurdering, at han underbygger sit argument med henvisning til fleksjobambassadørernes kvalifikationer. Det er således kompetente fagfolk med flotte resultater, som ikke har kunnet finde et egent fleksjob til Jane. Endvidere har SB selv opsøgt andre jobcentre for at vidensdele, men heller ikke de har kunnet pege på nogle muligheder. Til sidst slutter han af med sin egen vurdering som tillige fremgår af den skriftlige rapport, som teamet ligeledes har modtaget, og siger klart og tydeligt til rehabiliteringsteamet, at de ikke vil komme længere med Jane, hvis de beslutter sig for at fastholde et afslag på pension og sende hende tilbage til fleksjob. Jeg tolker det som et udtryk for, at sagsbehandleren forsøger at redde ansigt ved at placere sig

selv og sin faglige vurdering i en troværdig position for, at det ikke kan betvivles, at han har forsøgt alt.

BES respons tyder imidlertid på, at SB's forsøg på at invitere rehabiliteringsteamet til at have tillid til hans faglige vurdering har slået fejl. BES anerkender, at de har forsøgt at finde et egnet fleksjob til Jane, men hun er interesseret i om de har gjort sig alternative tanker inden for rammerne af den eksisterende fleksjobordning. Hun anfægter, at de ikke har været fokuseret nok på udviklingen af Janes arbejdsevne, og lægger med sin stemme særligt tryk på ordet "*udvikling*". Lidt senere kommer hun med en fortolkning af lovgivningen over for SB, som dog må antages ligeledes at kende til indholdet heraf. SB når heller ikke at respondere på udsagnet, fordi samtalen igen kører af sporet mellem Jane og BES.

BES: (...) xxx ↑NORMALT inden for rammerne af et fleksjob, nu siger jeg generelt ikke. Så skal man jo se på, at der er jo blevet lavet små, små fleksjob nu med den nye ordning, og der er ligesom en vid strækning fra få timer om ugen til 15 timer om ugen, og det er forskelligt fra person til person. Det er individuelt

BES hæver sin stemme, og lægger tryk på ordet "*normalt*" og understreger, at hun udtaler sig generelt om fleksjobordningen, der med den nye førtidspensions- og fleksjobreform har givet mulighed for, at man kan være i et fleksjob få timer om ugen, men at det afhænger af en individuel vurdering. Hendes udsagn kan opfattes på den måde, at hun sætter SB's faglighed på spil, da det må formodes, at han kender til de nye muligheder med reformen, hvilket placerer hende i en position som ekspert i modsætning til SB. Det er ikke nødvendigvis er bevidst, og det er heller ikke det der er det interessante i den sammenhæng. Det der imidlertid er væsentligt er, at det udfordrer SB's faglige vurdering samt hans arbejde generelt i forhold til om han også har foretaget en individuel vurdering af Janes arbejdsevne inden for rammerne af fleksjobordningen. Samtalen får på den måde nærmest karakter af en eksamenssituation, hvor SB skal redegøre for sin faglige vurdering, og det bliver til et spørgsmål om troværdigheden af hans vurdering, hvilket han desværre ikke når at svare på grundet den konfliktfyldte situation der generelt er på dette møde. I relation til MIL's opfattelse af, at SB's opgave er at forberede borgeren til rehabiliteringsteammødet, og have coachet borgeren hen mod forskellige muligheder, har SB således ikke løst opgaven.

Hvis man sammenligner rehabiliteringsteamet med en eksamenssituation, rekonfigureres forholdet imellem SB og BES, der til dagligt er kollegaer. SB's faglighed kommer i spil og på prøve i rehabiliteringsteamet, hvilket potentielt set rummer nogle konsekvenser i forhold til, at beslutningskompetencen forskydes fra frontlinjeniveauet til teamet og videre til pensionsudvalget i kommunen. Dels påfører de organisatoriske forandringer nogle ekstra led i beslutningsprocessen, og skaber en større afstand mellem SB og beslutningsprocessen. Det udfordrer SB's faglighed som og forholdet imellem SB og BES rekonfigureres således af de organisatoriske forandringer omkring etableringen af rehabiliteringsteam. SB's arbejdsopgaver har med lovgivningen ændret karakter fra at afklare borgeren til førtidspension, til nu at arbejde med at udvikle arbejdsevnen, men noget af beslutningskompetencen er taget fra dem, og overført til rehabiliteringsteamet. Forandring er centralt i både Abbott (1988) og Evetts (2003) perspektiv, fordi forandringer kan rykke ved jurisdiktionerne imellem de professionelle. SB's arbejdsopgaver har ændret sig med de nye rehabiliteringsteam, men det er ikke en forandring, som er kommet indefra professionen selv, men i stedet fra oven af politikkerne. Evetts (2003) pegede på, at NPM er en ny styringsstrategi som har medført en diskurs om kontrol over arbejdet, og overført til det empiriske materiale, kan vi med Evetts forstå rehabiliteringsteamet som et styringsredskab i forhold til blandt andet et ønske om at begrænse adgangen til førtidspension. Men ligeledes ud fra en ambition om at udføre helhedsorienteret arbejde, og i den sammenhæng kan det undre, at SB er afskåret herfra i beslutningsprocessen, fordi SB er den der har det primære kendskab til borgerens sag.

9.3.4 Sagsbehandlerens position – generobring af faglig troværdighed

I en anden sag, deltager SB til en del af formødet, og tager selv ordet i forhold til en diskussion i teamet om, hvorvidt borgeren, som jeg kalder for Hanne, er motiveret for at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Hanne er i midten af 30'erne, har fem børn, og har PTSD, og en stor frygt for, at der skal ske hendes børn noget. Sagen er lidt speciel, fordi mødelederen denne dag er en af beskæftigelsessagsbehandlerne på grund af mødelederens fravær. Det er tydeligt, at BES inden mødet har været i dialog med SB om sagen, hvilket hun refererer til flere gange. Imidlertid deltager mødeleder, ML1, som repræsentant for beskæftigelsessystemet, men han er ikke mødeleder denne dag, da det er hans første arbejdsdag. Endvidere deltager en anden sundhedskoordinator end den sædvanlige og socialrepræsentanten er ligeledes en anden end hende sædvanligvis deltager på mødet. Det kan derfor ikke udelukkes, at gruppedynamikken i

teamet ligeledes har betydning for beslutningsprocessen, men analysen er begrænset til at fokusere på den viden de professionelle lægger til grund og de positioneringsmuligheder en rekonfigurering imellem Sagsbehandleren og teamet giver.

Jeg har valgt to caseuddrag fra mødet. Uddrag 1 er en samtale imellem ML1, som ikke er mødeleder denne dag og SOC og SUND. I uddraget stiller ML1 spørgsmålstegn ved Hannes motivation for at komme tilbage til arbejdsmarkedet, hvilket SOC ikke er enig i mens SUNDs opfattelse er mere delt.

Uddrag 1

ML1: (...) Jeg er bare i tvivl omkring om hun er motiveret for arbejdsmarkedet. Men hun er motiveret for at være en god mor, og nogle gange at være, styre og strukturere det. Altså og jeg synes det er fint nok. (...). Det kan man jo få et helt liv til at gå med

SOC: Men det jo også svært. Altså jeg tror, hun er motiveret, (...) når man ikke har en særlig stor arbejdsidentitet, og vide, hvad man så i princippet er motiveret til

(...)

(...)

SUND: Altså man kan jo sige, er det hende som ikke har haft motivation eller er det dem (kursuscenteret), der ikke har haft evnen til at skubbe til hende. Altså det kan vi jo ikke rigtig vide

ML1: Nej

Uddraget viser, at ML1 tager en retning til mødet om, hvorvidt Hanne er motiveret for at komme ud på arbejdsmarkedet. Han peger på, at et helt liv kan komme til at gå med at passe børn, og hentyder til en implicit eller commonsense baseret viden. SOC svarer derimod, at hun tror, at borgeren er motiveret, og hendes respons er delvis en modforestilling til ML1, som ikke umiddelbart er fagligt begrundet, men ligeledes mere en commonsensebaseret viden om, at det kan være svært at være motiveret for noget uden en arbejdsidentitet. Der er ingen af de professionelle, der stiller spørgsmålstegn ved hendes argumentation, hvilket jeg tolker som et udtryk for, at der i teamet ligger en implicit uartikuleret viden om, at en manglende arbejdsidentitet måske medfører manglende motivation, fordi man derved skulle have mindre viden om, hvad man gerne vil. SUND svarer, at det både kan være borgeren har en manglende motivation eller om det i virkeligheden er kursuscenteret der ikke har formået at motivere hende, og hendes respons repræsenterer endnu en delvis modforestilling til ML1.

Det kendetegner dialogen, at ingen af teammedlemmerne begrundet deres problemforståelser, der mere har karakter af at være umiddelbare betragtninger på baggrund af en commonsense eller hverdagsagtig viden. I uddrag 2 bryder SB ind i samtalen, hvilket illustrerer, hvordan det rekonfigurerer forholdet imellem teammedlemmerne. Sammenlignet med den forrige case, hvor SB's troværdighed var truet, bliver SB inddraget aktivt af teamet i forhold til hendes viden om borgeren og hendes faglige vurdering. SB har i et stykke tid siddet og lyttet til teammedlemmernes samtale omkring borgerens motivation for at arbejde, da hun prompte bryder ind i samtalen.

Uddrag 2:

*SB: Altså hvis jeg nu lige må sige noget. Det er ↑ mig der er sagsbehandler (taler hurtigt)
(De andre griner lidt)*

ML1: Undskyld (sagt med et smil)

SOC: Nå okay, undskyld vi siger noget (griner)

SB: Nå men jeg kommer også bare her (griner). Altså hun ↑ er motiveret. Hun vil rigtig gerne. (...) Altså hun har virkelig behov for det her med nogle rammer, (...) hendes forløb har været i rigtig lang tid, så vi tænkte, nu stopper vi det(...) indtil sagen var blevet behandlet her, så vi vidste, hvad der skulle ske. På de 14 dage, der jeg snakker med hende, der er det altså bare begyndt at gå ned af bakke igen, fordi hun har ikke det her at skulle afsted til, og hun holder de to børn hjemme, og det er jo ikke særligt hensigtsmæssigt. Så holder hun fast i dem igen, fordi, hvad kan hun ellers?

BES: Ja hvorfor er det hun holder de to børn hjemme? Sig det lige også til alle her. Den ene var syg, og så hvordan var det nu?

SB: Det ene barn var lige blevet syg og skulle være hjemme i nogle dage, og så kan hun lige så godt holde dem begge to hjemme, og så kommer de ikke afsted hele ugen

SOC: Ja

(...)

ML1: Der hvor jeg synes, der er diskrepans i det her ikke også. Det er, at hun kan passe 5 børn. Altså det kræver rigtig meget arbejde at passe 5 børn

SB: Men du må tænke på. Den måde hendes hverdag

(...)

LÆ:xx- Det er en del af hendes angst. Den indgår i hendes, ej, men de indgår i hendes sygdom, de her børn, fordi det er dem, hun skal passe på hele tiden

SDP: ↓ ja

SB bryder ind i samtalen, og henviser til, at det er hende der er sagsbehandler, med tryk på "mig", og dermed en henvisning til, at det er hende der kender Hanne. Hun taler hurtigt for at holde ordet. Det får ML1 og SOC til at undskylde, og de griner begge lidt, hvilket får en afvæbnende funktion i forhold til den potentielle konflikt i, at teamet som eksperter har siddet og diskuteret hen over hovedet på den sagsbehandler der i kraft af sit kendskab til Hanne, umiddelbart er den

største ekspert. SB tager imod undskyldningen og afvæbner ligeledes med sit udsagn om, at "*nu kommer hun bare der*" og bryder ind i samtalen, og også hun griner lidt. Latteren får her en afvæbnende funktion. Derefter vender SB tilbage til spørgsmålet om Hannes motivation. Hun lægger tryk på, at Hanne er motiveret, og hun vil rigtig gerne. Men det er svært for hende fordi hun hurtigt falder tilbage i sit gamle mønster med at holde børnene hjemme, hvis der sker ændringer i hendes hverdag som at stoppe forløbet i kursuscenteret. SB formidler her en historie om Hanne, som en borger der gerne vil, men ikke kan. Ifølge Carstens (2005) undersøgelse der finder, at borgeren forsøger at fremstille sig som en der godt vil, men ikke kan, er det her sagsbehandleren der over for teamet fremstiller borgeren som en der godt vil, men ikke kan, hvilket kan ses som en rekonfiguration af forholdet imellem dem, fordi SB her tilsyneladende har overtaget noget af borgerens rolle.

BES sidder med en viden som de andre i teamet muligvis ikke har, da hun opfordrer SB til at sige til alle i teamet, hvorfor Hanne holder børnene hjemme, hvilket kan ses som et forsøg på at understøtte SB's forklaring over teamet. Hun samarbejder her med SB i modsætning til den foregående case, hvor BES modarbejdede SB's vurdering. Endvidere underbygger det SB's fremstilling og vurdering som faglig troværdig. Men ML1 er endnu ikke overbevist, og påpeger, at det ikke hænger sammen, at man kan passe 5 børn, og hentyder indirekte til, at hvis hun kan det, hvorfor kan hun så ikke arbejde. SB skal til at svare ML1, men når ikke at tale færdig, da hun bliver afbrudt af LÆ, der underbygger SB's vurdering. Hun bruger ordet "*ej, men*", som næsten udtales som en frustration over for ML1's vedblivende tvivl omkring Hannes incitamenter. ML1 svarer lavmælt bekræftende, at han forstår det.

Sammenlignet med den foregående case, bliver potentialet i SB's kendskab til borgeren udnyttet aktivt i teamet, hvilket giver en anden dynamik, samt andre positioneringsmuligheder for SB. Men det sker ikke af sig selv, og SB inviterer sig selv indenfor i samtalen mellem teammedlemmerne. Hendes faglighed er stadig på spil i den forstand, at den er afhængig af teamets billigelse, men i denne case, bliver samarbejdet konstruktivt, hvilket ligeledes kvalificerer beslutningsprocessen i forhold til, at hun leverer en viden til teamet, som i starten af formødet mere har karakter af forskellige normbaserede vurderinger. Umiddelbart har de teoretiske begreber vanskeligt ved at forklare forskellen mellem caseuddragene medmindre jeg havde valgt Bourdieus habitusbegreb,

der kunne have forklaret det som en forskel imellem sagsbehandlernes dispositioner. En helt anden teori som ligeledes kunne have forklaret det ville være en interaktionistisk tilgang, der er rettet mere mod fokus på intentionalitet, og hvordan mennesket tillægger noget mening.

9.4 Delkonklusion 2 – Konturer af et feltdiagram over professionel status og viden

I forhold til rekonfigureringen imellem de professionelle har sundhedskoordinatoren en særlig position, idet hendes funktion og viden rækker ud over hendes formelle uddannelsesmæssige baggrund. Analysen viser, at sundhedskoordinatorens område for deltagelse er meget bredt sammenlignet med de andre teammedlemmer. Hun inviteres oftere ind af de andre teammedlemmer i forhold til en vurdering af problemstillingen, og hendes lægefaglige vurdering og viden ser ud til at gå på tværs af borgernes forskellige problemstillinger lige fra en fysisk lidelse til den funktionelle lidelse. Det vil sige, at hendes status på rehabiliteringsteammødet udgør et særligt kraftfelt, som ikke alene afspejles på selve rehabiliteringsteammødet, men som ligeledes går igen i en mere overordnet sammenhæng. Juridisk er sundhedskoordinatoren tildelt en særlig status i forhold til, at hun kommer fra regionen, og ikke er en del af teamet i modsætning til de tidligere lægekonsulenter, som fungerede i kommunalt regi. Endvidere tyder det på, at der ligeledes er en normbaseret opfattelse af sundhedskoordinatorens funktion, hvilket afspejles i den måde hun ligeledes, at dømme efter borgernes reaktioner, tildeles en særlig kraftfuld videnskapital. Til trods for, at de professionelle assimileres på grund af en fælles orientering i løsningen af arbejdsopgaverne, er der alligevel en vis afstand imellem sundhedskoordinatoren og de andre teammedlemmer. De går ikke ind i en lægefaglig diskussion af en borgers helbredsproblemer på samme måde som sundhedskoordinatoren inviteres ind og bringer sig selv i spil i forhold til eksempelvis socialrepræsentanten. En mulig konsekvens heraf er, at brugen af den lægefaglige viden får en uhensigtsmæssig stor plads på rehabiliteringsteammødet i forhold til, hvad det er for en viden vurderingerne bygger på. Sundhedskoordinatorens status på mødet afspejler sig ligeledes i samfundet i forhold til, at det er en profession der er opstået indefra, og derfor selv har vundet monopolisk kontrol, mens beskæftigelsesområdet er udviklet fra oven fra politikerne og ned til jobcentersagsbehandlerne. Ikke desto mindre ser det ligeledes ud til, at der er modgående tendenser, og at det er vanskeligt selv for en profession der er udviklet indefra at bevare monopolisk kontrol, når arbejdsopgaverne fører til mere assimilation blandt de professionelle. Sundhedskoordinatorens deltagelse på mødet er ligeledes rammesat under

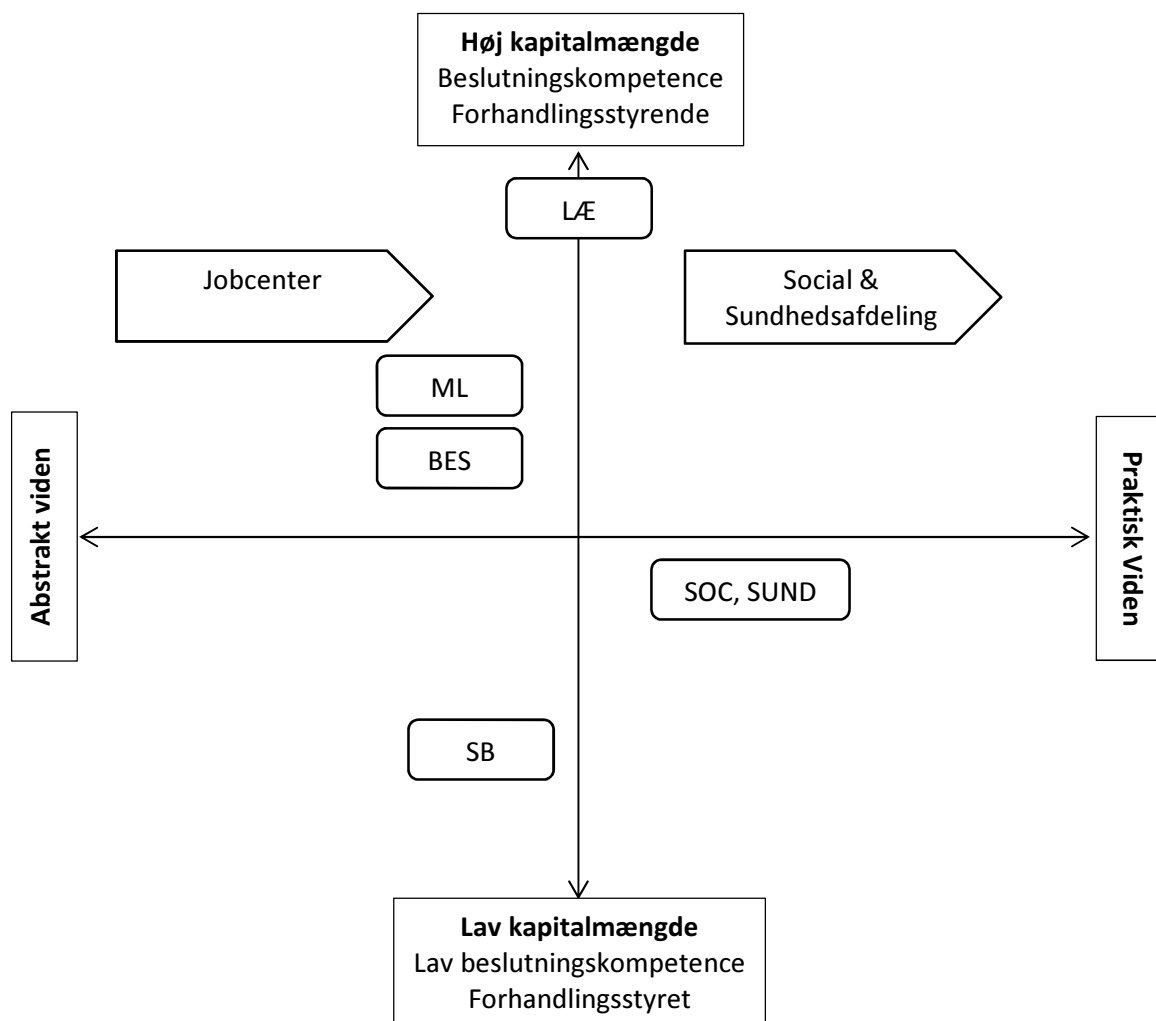
lovgivningsmæssige krav til vurderingerne, der indholdsmæssigt er styrende for, hvilke indstillinger teamet kan lave samt institutionelle betingelser som eksempelvis økonomi.

Teamet er organisatorisk placeret i jobcenteret, og beskæftigelsesfaglig viden er derfor afgørende for indstillingerne og de vurderinger teamet gør sig undervejs. Mødelederen og beskæftigelsesrepræsentanten besidder her denne viden, som ligeledes i analysen har vist sig at udgøre et magtfuldt vidensformat som i forhold til de andre teammedlemmers viden udgør en jurisdiktion. Det gør den fordi den beskæftigelsesfaglige viden fungerer som et lukket univers, hvor det kan være svært for de andre teammedlemmer at byde ind med supplerende viden, når de ikke har kendskab til de nærmere detaljer i beskæftigelseslovgivningen. Som også flere af teammedlemmerne peger på, så har den beskæftigelsesfaglige viden en særlig status, fordi det er den viden der er bestemmende for de indsatser teamet kan pege på, ligesom den kan fortrænge andre vidensformater. Eksempelvis peger sundhedsrepræsentanten på, at hun ikke *"kan danse med lovgivningen på samme måde"*, som medarbejderne i jobcenteret, og der er dermed noget eksklusivitet over denne form for viden, hvilket man kan sige understøttes af rehabiliteringsteamets organisatoriske placering. I den sammenhæng har sagsbehandleren en bemærkelsesværdig plads i forhold til, at hun ikke er en del af teamet, men trods det, er den der har det største kendskab til borgeren. Sagsbehandlerens rolle kommer jeg nærmere ind på i konklusionen, og vil blot opsummerer her i forhold til, at hun har den største viden om borgeren ud over borgeren selv, men grundet den organisatoriske konstellation, er beslutningsprocessen forskudt fra frontlinjeniveau til rehabiliteringsteamet. Det rekonfigurerer forholdet imellem sagsbehandleren, mødelederen og beskæftigelsesrepræsentanten i forhold til, at sagsbehandleren her er mere til eksamen for sin beskæftigelsesfaglige vurdering end hun er en ekspert på lige fod med sine kollegaer.

Sundhedsrepræsentanten besidder en viden som ifølge hendes eget udsagn læner sig op af sundhedskoordinatorens viden, og hun beskrev sig selv som en sidemand til lægen. Det vil sige, at deres vidensområder overlapper ud fra hendes forståelse, men hvis man ser på, hvor ofte hun trækker sig på mødet, eller hendes vurdering marginaliseres, formår hun ikke at trænge igennem. Der forbliver således en stor afstand imellem deres respektive vidensområder i rehabiliteringsteamet. Socialrepræsentanten beskriver ligeledes, at hun har en viden omkring

misbrug og psykitriske lidelser, og at det er der hun skal på banen, men det modsatte gør sig gældende på rehabiliteringsteammødet, hvor det i stedet er sundhedskoordinatoren der er på banen.

Med inspiration fra Bourdieu og Larsen (2009) og på baggrund af analysen har jeg udarbejdet nedenstående feltdiagram i figur 5. Feltdiagrammer kan ofte give anledning til stereotypisk tænkning, hvor detaljerne så at sige forsvinder, hvilket dog på ingen måde er hensigten. Ligesom det kan få et deterministisk præg. Pointen er imidlertid at demonstrere et hierarki i relation til deltagernes videnskapskapital og forhandlingspotentiale i et feltdiagram, fordi det kan give et fingerpeg om de positioneringsmuligheder, professionel fleksibilitet og bevægelsesfrihed teammedlemmerne har på mødet.



Figur 5: Feltdiagram

Sundhedskoordinatoren er placeret øverst i feltdiagrammet, fordi hendes kapitalmængde er størst, både hvad angår abstrakt og praktisk viden. Herunder er jobcenteret placeret med mødelederen og beskæftigelsesrepræsentanten som repræsentanter for jobcenteret. De er placeret over social- og sundhedsrepræsentanten fordi deres videnskapital er større, og de er endvidere placeret mere mod den venstre akse på grund af deres juridiske viden samt den organisatoriske opdeling i teamet, som giver dem en jurisdiktionel fordel. Sagsbehandleren er under mødelederen og beskæftigelsesrepræsentanten, fordi hun ikke har nogen beslutningskompetence. Social og sundhedsrepræsentanten er derefter placeret lidt under beskæftigelsesrepræsentanten og mødelederen, fordi deres videnskapital udgør en meget mindre kapitalmængde. Forhandlingerne var kendetegnet ved at sundhedsrepræsentanten trak sig flere gange ligesom socialrepræsentanten. Endvidere er de placeret mod den praktiske videns akse, fordi den viden de bringer ind til mødet ofte er organisatorisk viden. Figur 5 er dog kun foreløbige konturer af et feltdiagram, men allerede nu synliggør det nogle områder, hvor det kunne være væsentligt at foretage yderligere analyse, hvilket jeg kommer ind på i næste afsnit.

10 Konklusion og perspektivering

I nedenstående afsnit vil jeg først fremdrage de væsentligste konklusioner på analysen, og relatere dem til betydningen for praksis. Derefter vil jeg diskutere teoriernes begrænsning og til sidst vil jeg perspektivere til andre mulige forskningsrelevante emner i relation til specialets problemstilling.

10.1 Konklusion

Viden bliver brugt magtfuldt i forhandlingen i interprofessionelt arbejde, hvilket måske i sig selv ikke er så overraskende. Imidlertid har det overrasket mig, at forhandlingerne er mere eksplicitte og konfrontative, når det drejer sig om intraprofessionel forhandling i modsætning til interprofessionel forhandling. Det vil sige, at der hvor der konfliktes mest er inden for segmenter af samme profession. Forklaret efter inspiration fra Bourdieus begreber betyder det, at der hvor de professionelle er i besiddelse af den samme type kapital, bliver forhandlingerne også mere eksplicitte. Det betyder ikke, at der ikke forhandles interprofessionelt, men det foregår mere subtilt, og det er vanskeligere at få øje på. Dels fordi de professionelle assimileres i arbejdet mod et fælles mål, og dels fordi det kan være en mere skjult form for magt. Der hvor de professionelle er på hjemmebane, er der mere at forhandle eksplicit om, og selvom det er de forhandlinger der er mest konfrontative betyder det ikke nødvendigvis, at de mindre eksplicitte ikke er værd at hæfte sig ved. Netop fordi de foregår mere subtilt, og skjult kan det være sværere som professionel at gennemskue, hvad der foregår i praksis. Dels kan man som professionel være indlejret i en mere eller mindre doxisk opfattelse af, at det er helt naturligt det der foregår, og det bliver derfor vanskeligere som professionel at reflektere over det der foregår i det skjulte end det der åbent er til diskussion. Endvidere har det betydning for de professionelles bevægelsesfelt på rehabiliteringsteam mødet, hvis eksplicit forhandling afhænger af graden af vidensoverlap. Det betyder, at jo større et felt du deler din viden med, jo større mulighed har du for deltagelse i teamet. I modsat fald kan det være vanskeligere for alternative problemforståelser og fortolkninger at trænge igennem i teamet. I forhold til at udnytte potentialerne i, at teamet er sammensat af forskellige repræsentanter fra forskellige faglige områder, risikerer man, at konstellationen af teamet reproducerer nogle normbaserede forventninger til teamet, som nok er italesat i det diskursive univers, men hvor grænsen mellem doxa og ortodoxi ikke rigtig skubbes. Her tænker jeg eksempelvis på teamets opfattelse af formålet med det tværfaglige arbejde, som forbliver udiskuteret i forhold til de yderst positive forventninger man har til det. Et tentativt bud

herpå er, at det dels kan henføres til den institutionelle kontekst, hvor interprofessionelt arbejde er italesat som *løsningen*, og derfor forpligter de professionelle på at løse opgaven interprofessionelt, og som derfor udgør en form for kontrol på afstand. I den sammenhæng kan rehabiliteringsteamet ligeledes anskues som et styringsredskab. Som jeg skrev i indledningen er der ingen onde viljer i det sociale arbejde, og derfor stræber de fleste professionelle også efter at løse opgaven, og dels er det en del af den interaktive natur der måske ligger i teamet. Endvidere er der i analysen indikation for at konkludere, at deltagelsen og forhandlingen ligeledes handler om status, hvor sundhedskoordinatoren har nogle særlige positioneringsmuligheder i kraft af sin videnskapital, repræsenteret ved en profession der er opstået indefra. Forholdet imellem de professionelle rekonfigureres, således at det ofte er sundhedskoordinatoren, der har en fremtrædende plads, hvorom de andre teammedlemmers forhold relateres til, selvom de måske besidder en viden som lige så vel kunne have fået en mere central plads i vurderingen af borgerens problem.

For praksis betyder det, at hensigten med det interprofessionelle arbejde, hvor prisværdig den end måtte være har både sine begrænsninger som potentialer. Begrænsningen ligger primært i, at tankegangen om ressourcerne i det interprofessionelle arbejde blokerer for, at de professionelle åbent udfordrer hinandens vurderinger, men i stedet søger en form for konsensus. I den proces forhandles der, men det foregår som oftest subtilt. Potentialet ligger derimod i, at det interprofessionelle arbejde rummer nogle muligheder i forhold til, at eventuelle uafklarede spørgsmål på tværs af afdelingerne kan besvares med det samme forudsat, at repræsentanten for den pågældende afdeling er til stede ud over de lovgivningsmæssigt påkrævede teammedlemmer. Endvidere ser jeg et potentiale i, at viden *om* praksis kan levere input, der kan supplere praktikerens viden og forbedre handlemulighederne *i* praksis.

10.2 Teoriernes begrænsning og perspektivering

Som bekendt fører valg af teori ligeledes til fravalg, hvilket naturligvis lægger nogle begrænsninger på rækkevidden af specialets vidensgenerering. Jeg er flere steder i analysen stødt på, at jeg mangler et teoretisk rolle- eller identitetsbegreb, og her kunne Boudieus habitusbegreb eventuelt udvide forklaringspotentialet i forhold til, at det ikke alene handler om kapital, magt eller arbejdsdeling, men ligeledes om dispositioner eller udgangspunkter. Det vil sige, at sundhedskoordinatorens udgangspunkt kan være et andet end mødelederens ligesom

habitusbegrebet ligeledes kan være det der binder mikrosammenhænge mere til makroniveauet end det er lykkedes mig i analysen. Habitus begrebet er en form for socialt konstitueret "(...) *sense of the game*" (Bourdieu, 1992:120), en form for praktisk sans der forbinder Bourdieus dualistiske tankegang om, at individet er både struktur og aktør.

En kritik i forhold til de teorier jeg har valgt i specialet er, at individet som aktør forsvinder lidt ud af billedet, hvilket kan give et misforstået billede af, at individet opfattes som determineret af strukturerne, hvilket er en klassisk kritik rettet mod Bourdieu i forhold til, at hans tankegang er for deterministisk. Havde jeg eksempelvis valgt den symbolske interaktionisme som udgangspunkt ville jeg i lighed med mange af de omtalte undersøgelser i reviewet have gået mere ned i de mikrosociologiske sammenhænge. Min teorikonstruktion har ligeledes vist sig at støde ind i problemer i analysen, fordi jeg bliver nødt til metodisk at låne begreber hos Goffman for at kunne komme ind selve i relationerne. Omvendt kan teorikonstruktionen give nogle mulige forklaringer på, at interprofessionel forhandling også handler om status og magt og ikke alene mikrosociologiske sammenhænge.

I relation til feltdiagrammet i figur 5 er der behov for yderligere at undersøge den funktionelle arbejdsdeling imellem de professionelle i forhold til hvordan viden og magt intersektionerer med hinanden. Harrits (2014) skitserer en analysetrategi, hvor hun studerer intersektioner mellem magt, viden, værdier og identiteter ved at rekontekstualisere begrebet omkring social lukning. Ved at studere de strukturelle homologier mellem social lukning, symbolsk og juridisk lukning i forhold til professioner bliver det muligt at studere nærmere, hvordan viden overlapper med magt lige så vel som livsstil, status og diskurs, hvis man skal blive i den bourdiueske tilgang.

I forhold til rækkevidden af datamaterialet og konklusionen, ville et komparativt perspektiv tilføje undersøgelsen et mere validt grundlag. Flere observationer fra en anden kommune ville gøre et sammenligningsgrundlag muligt, for praksis er kompleks, og det der viser sig at gælde i én kommune kan tegne sig anderledes i en anden. Ikke desto mindre er der grundlag for, at tro, at nogle af de samme tendenser ligeledes gør sig gældende i andre kommuner, som eksempelvis forholdet imellem de professionelles vidensområder og forhandlingsformerne, men det kan håndteres forskelligt. Endvidere vil jeg dvæle lidt ved sagsbehandlerens rolle i forhold til en anden mulig forskningssammenhæng.

Sagsbehandlerens marginalisering fra beslutningsprocessen kan anses som en forskydning af beslutningskompetencen væk fra frontlinjeniveau og ind i et ekspertteam. Analysen viser, at det kan resultere i et spørgsmål om faglig troværdighed i en kontekst der minder om en eksamen. Den organisatoriske opsplitning afskærer for sagsbehandlerens vurdering på mødet medmindre hun har ressourcer til at bryde igennem og stadfæste sin troværdighed. På baggrund af datamaterialets beskedne mængde er det for spinkelt et grundlag at udtale sig om de direkte konsekvenser heraf, og der er derfor i forskningsmæssig sammenhæng behov for yderligere fokus på den organisatoriske konstellations betydning for sagsbehandlerens rolle på rehabiliteringsteammødet både inden sagen kommer på og på selve mødet. Endvidere indikerer både den organisatoriske konstellation samt analysen, at der er en mistillid til sagsbehandlerens vurdering og beslutningskompetence. I den sammenhæng er der ligeledes et behov for at følge sagerne inden de kommer på rehabiliteringsteammødet i forhold til sagsbehandlingen eventuelt med fokus på sagsbehandlerens og borgerens vurderinger, samt et fokus på tillid både hvad angår tillid til sagsbehandleren og tillid til borgeren. Ligeledes er der et i sagens natur underbelyst emne i forhold til, hvad der sker i de sager, hvor borgeren er tilkendt et ressourceforløb. Som mødelederen eksempelvis pegede på, var det en stor udfordring indholdsmæssigt at pege på indsatser i ressourceforløbene. Endvidere pegede analysen på, at en konsekvens af det interprofessionelle arbejde førte til mange forskellige indsatser, som pegede i forskellige retninger afhængigt af de forskellige professionelles repræsentantskab. Et institutionelt etnografisk perspektiv herpå kunne være en måde at forfølge dette på forskningsmæssigt for en mere systematisk undersøgelse af sammenhængen borgerens livsverden og de komplekse institutionelle forhold.

11 Litteraturliste

- Abbott, A. (2005) Linked ecologies: States and Universities as Environments for Professions. I: *Sociological Theory*, 23,3: 245-274
- Abbott, A. (1988) The system of Professions. An essay on the Division of Expert Labour. The University of Chicago Press. Chicago and London
- Antoft, R. (2005) Demenshåndtering - Magt og forhandlinger i interprofessionelle relationer. Ph.D. afhandling. Institut for Sociale Forhold og Organisation. Aalborg Universitet
- Beskæftigelsesministeriet (2012a) Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik og lov om social pension og forskellige andre love 23. december 2012, via bm.dk
- Beskæftigelsesministeriet (2012b) Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob. 30. juni 2012, via bm.dk
- Beskæftigelsesministeriet (2012c)
- Brinkman, S. & Tanggaard, L. (2012). Kvalitative metoder. Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, P. (1973) The three forms of theoretical knowledge. I: *Social Science Information*:12-53
- Bourdieu, P. (1977) Outline of a Theory of practice. Cambridge University Press
- Bourdieu, P. & Waquant, L. (1992) An invitation to Reflexive sociology. The University of Chicago
- Bourdieu, P. (1992a): Thinking About Limits. I: *Theory, Culture & Society*, Sage, 9:37-49
- Carstens, A. (2005) "Motivation" i visitationssamtaler på aktiveringsområdet. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005) *At skabe en klient*. Aarhus Universitetsforlag
- Caswell & Dall (2013) Team, tværfaglig og timing – kan rehabiliteringsteamene leve op til forventningerne? *Tidsskrift for Socialpolitisk Forening. Social Politik*. 1:17-21
- Caswell, D. (2005) Handlemuligheder i socialt arbejde – et casestudie om kommunal frontlinjepraksis på beskæftigelsesområdet. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitetsforlag. København: AKF Forlaget
- Caswell, D., Kleif, H. B. Thuesen, S. L. & Dall, T. (2012): Veje til førtidspension - En undersøgelse af fire kommuner i Region Midt. København: AKF

- Cook-Gumperz, J. & Messerman, L. (1999) Local identities and institutional practices: Constructing the record of professional collaboration. I: Sarangi, S. & Roberts, C. (eds.) *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Mouton de Gruyter
- Dall, T. (2014) Projektbeskrivelse. Beslutningsprocesser og faglige roller i rehabiliteringsteam. Internt notat. København: Professionshøjskolen Metropol. ISA
- Dall, T. (2012) Samarbejdsudfordringer mellem jobcentersagsbehandlere, lægekonsulenter og behandlende læger i et professionssociologisk perspektiv. Speciale. Aalborg Universitet
- Danermark, B.M., Ekstrøm, L., Jakobsen & Karlsson, J.C. (2002) Explaining Society. Critical Realism in the Social Sciences. Routledge
- Eskelinen, L., Olesen, S.P. & Caswell, D. (2008) Potentialer i socialt arbejde. Et konstruktivt blik på faglig praksis. Hans Reitzels Forlag
- Evetts, J. (2003) The sociological Analysis of Professionalism: Occupational change in the Modern World. I: *International Sociology*, 18,2:395-415
- Flyvbjerg, B. (2012) Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkman, S. & Tangaard, L. *Kvalitative metoder og tilgange: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag
- Goffman, E. (1955) On Face-Work: An analysis of Ritual Elements in Social Interaction. I: *Psychiatry Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18,3:213-31
- Hall, C., Sarangi, S. & Slembrouck, S. (2006) Language Practices in Social Work. Categorisation and accountability in child welfare. Routledge
- Harrits, G.S. (2014) Professional Closure Beyond State Authorization. www.professionsandprofessionalism.com
- Harrits, G.S. (2011): Professionsfeltet: Sociale relationer og symbolske kampe. I: Johansen, M.B. & Olesen, S.G. *Professionernes sociologi og vidensgrundlag*. VIASYSTIME
- Holstein, J. & Gubrium, J.F. (1995) The active interview. Sage publications
- Järvinen, M. & Mortensen, N. (2005): Det magtfulde møde mellem system og klient. Aarhus Universitetsforlag
- Järvinen & Mik-Meyer (2005) Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag

- Larsen, K. (2009) Observationer i et felt – Nogle muligheder og udfordringer. I: Hammerslev, O., Hansen, J. A. & Willig, I. (red) *Refleksiv Sociologi i praksis – empiriske undersøgelser inspireret af Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mathiesen, A. & Højbjerg, H. (2003) Sociologiske feltanalyse – om at anvende Bourdieus feltbegreb i historisk konkrete analyser. I: Fuglsang, O. & Olsen, P.B. (red) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Roskilde Universitetsforlag
- Messmer, H. & Hitzler, S. (2008): Practice-Based Evidence. Social Work viewed from an Interaction Analysis Perspective. I: Bryderup, I. M. *Evidence Based and Knowledge Based Social Work. Research Methods and Approaches in social Work Research*. Aarhus University Press
- Mortensen, N. (2004): Det paradoksale samfund. København: Hans Reitzels Forlag
- Mouzelis, N. (1995): Sociological Theory: What went wrong? Routledge
- Pavlin, S., Svetlik, I. & Evetts, J. (2010): Revisiting the Role of Formal and Practical Knowledge from a Sociology of the Professions Perspective: The case of Slovenia. I: *Current Sociology*, 58:94:94-117
- Rastad Andersson, M. (2013) Rehabiliteringsteams i førtidspensionsreformen – en undersøgelse af de politiske aktørers betragtninger omkring organiseringen af rehabiliteringsteams. Speciale. Aalborg Universitet
- Sarangi, S. & Roberts, C. (1999) Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Mouton de Gruyter
- Scheuer, J. (2006): Indgange til samtaler – samtaleanalyse som konversationsanalyse, dialogisme og kritisk diskursanalyse. Danmarks pædagogiske Universitets Forlag
- Schultz, I. (2005) Bag om Nyhedskriterierne – en etnografisk feltanalyse af nyhedsværdier i journalistisk praksis. Ph.d. – afhandling. Afdeling for journalistiks Skriftserie, nr. 2/2006. Roskilde Universitetscenter
- Taylor, C. & White, S. (1999) Practising Reflexivity in Health and Welfare – Making knowledge. Open University Press