

Uden en diagnose

En kvalitativ holdningsundersøgelse af sygedagpengesagsbehandleres oplevelser af at arbejde med borgere med diffuse smerter

Sofie Ververs Groth Haals, studienummer 20162048
Pernille Salomonsen, studienummer 20161187

Speciale i Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, juni 2018
Institut for Sociologi og Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet, København
Vejleder: Sophie Danneris
Antal anslag: 190.204

Abstract

This master thesis examines the experiences of social workers working with citizens with medically unexplained symptoms and how this is expressed in their evaluations of these cases in correlation with the labour market.

This thesis is based on a philosophical hermeneutic approach and to answer our main question, we have chosen a basic qualitative research design. Our main focus has been to achieve an understanding and interpretation of the social workers' own narratives and experiences.

In order to obtain this interpretation, we have chosen an abductive research process to bring forward the patterns of the empirical data and in interaction with the chosen theory to qualify the empirical data.

Our collection of empirical data is based on a qualitative methodology, focusing on a qualitative interview based on a vignette case about Bente, who has been absent from work due to medically unexplained symptoms. In the light of this vignette case, we have interviewed eight social workers in a medium-sized municipality of Zealand.

For our analysis of the empirical data, we have chosen Michael Lipsky's "understanding of the frontline of street-level bureaucracies" as our main theoretical frame. Particularly his theoretic ideas about the street-level bureaucrats and their use of coping-mechanisms has been our focus.

The analysis is divided into three parts. In the first part we conclude that the overall labour market settings in many ways complicate the case work when it comes to working with citizens with medically unexplained symptoms. A significant finding is how the absence of a diagnosis becomes important for the social workers' options to act in the case work.

Part two treats the social workers' understanding of and belief in citizens with medically unexplained symptoms and in what way this belief is important for the citizen's return to the labour market. Also, how this understanding and belief in the citizen is essential to see the person as he or she sees themselves in order to secure a good level of cooperation.

Part three focusses on how the motivation of the social workers impacts the case work.

It shows a duality: the social workers seem to be both motivated and demotivated in their case work with this group.

In conclusion our thesis shows that the settings have a significant influence on the case work when it comes to working with citizens with medically unexplained symptoms. The lack of a

diagnosis makes it difficult for the social workers to act. This leads to a lack of faith, a lack of prioritisation and a lack of motivation for working with this group of citizens.

In closing, this thesis will illustrate reflections about how the findings of the study can be put into practice.

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING **6**

LITTERATURSØGNING **7**

DATABASESØGNING 7

KÆDESØGNING 9

PROBLEMFELT **11**

PRÆSENTATION AF SPECIALETS PROBLEMFORMULERING 16

FORSKNINGSDESIGN **18**

DEN FORSTÅENDE FORSKNINGSTYPE 18

KVALITATIVT FORSKNINGSDESIGN 19

ABDUKTIV FORSKNINGSPROCES 19

VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT **22**

DEN FILOSOFISKE HERMENEUTIK 22

VORES ROLLE SOM FORSKERE 22

VORES FORSTÅELSESHORISONT: FORDOMME OG FORFORSTÅELSER 23

HORISONTSAMMENSMELTNING 24

METODE **26**

DATAINDSAMLING 26

ETISKE REFLEKSIONER OVER DATAINDSAMLINGEN 34

ANALYSESTRATEGI **36**

DATABEARBEJDNING 36

ANALYSERAMME 37

ANALYSE **42**

FØRSTE DEL: RAMMERNE 44

ANDEN DEL: TROEN PÅ BORGEREN 56

TREDJE DEL: MOTIVATION 69

KVALITET AF UNDERSØGELSEN **78**

TROVÆRDIGHED 78

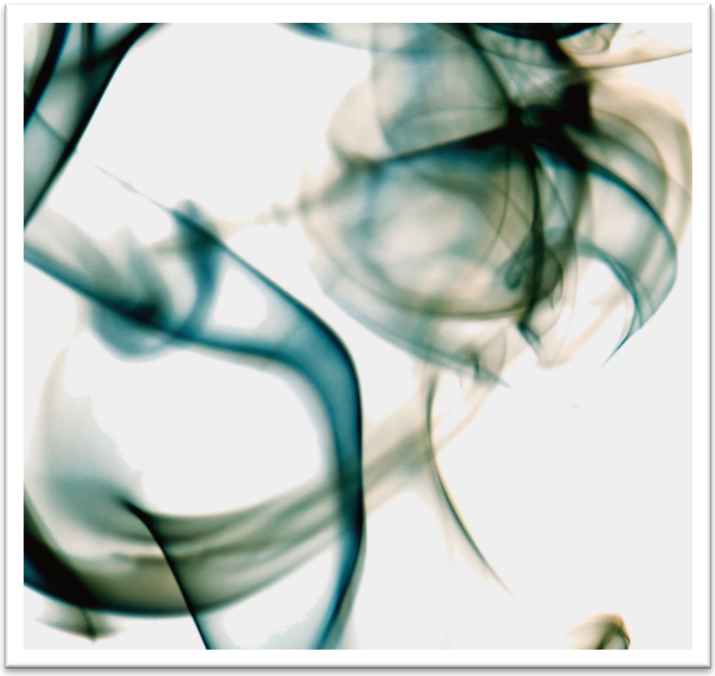
GENERALISERING I KVALITATIV FORSKNING 79

KONKLUSION **81**

PERSPEKTIVERING **84**

AT TÆNKE UD OVER DIAGNOSEN 84

LITTERATURLISTE **87**



Del 1

Hvad handler dette speciale om?

Indledning

Sundhed og sygdom fylder på mange måder mere i samfundet end det tidligere har gjort. Diagnoser er i høj grad blevet den måde, vi forstår menneskelig sygdom på (Brinkmann & Petersen, 2015: 7), og hvis vi er syge, forventer vi som oftest at et lægebesøg, vil kunne stille os en diagnose, der kan give forklaring på de symptomer vi oplever. Når lægen stiller en diagnose, sætter det symptomerne ind i en genkendelig sammenhæng og vores problemer omdannes til reel sygdom. En diagnose kan derfor ofte være en nødvendighed for at legitimere sygdom (Rose, 2015: 20).

Med afsæt i ovenstående, samtidens forståelse af sygdom og ud fra et sundhedsfagligt valgfag på studiet, opstod motivationen for at skrive nærværende speciale. Dette på baggrund af en fælles undren over, hvordan syge mennesker, som ikke har en diagnose, kan begå sig, hvis de hverken kan leve op til normerne om sundhed og ej heller har en diagnose, som kan legitimere deres sygdom. Vi fik her et blik for en særlig gruppe af borgere, nemlig borgere med diffuse smerter.

Vi havde en forforståelse af at borgere med diffuse smerter ofte mødes med en mistro til, om de reelt er syge samt en holdning om, at diffuse smerter ikke er fysisk sygdom. Endvidere kan det at mangle en diagnose gøre det besværligt i systemet, hvorfor der kan forekomme en anderledes behandling af lige præcis denne borgergruppe. Vi vil derfor med dette speciale sætte fokus på borgere, der er sygemeldte pga. diffuse smerter i en kontekst af, hvordan samfundet og systemet har fokus på sundhed og diagnoser. Vi ønsker, at der kan skabes politisk opmærksomhed mod denne borgergruppe. Dog er specialet rettet mod praksis og frontlinjemedarbejderne, der i deres møde med disse borgere har mulighed for at forvalte, hvorledes systemet sætter rammen for hvordan borgeren føler sig mødt. Vi mener, at kunne bidrage med faglig refleksion til praksis ift., at frontlinjemedarbejdere får øje på andre måder at behandle denne målgruppe på, ved f.eks. at se ud over sygdomsforståelser og diagnoser, der netop kan være betydningsfulde i lige præcis arbejdet med borgere med diffuse smerter.

For at dykke ned i denne problemstilling har vi forud herfor foretaget en litteratursøgning, som ligeledes vil blive udfoldet i vores problemfelt.

Litteratursøgning

Til at afdække eksisterende forskning på området har vi foretaget en systematisk litteratursøgning (Danneris & Monrad, under udarbejdelse). For at skabe sammenhæng i vores litteraturgennemgang har vi valgt at foretage vores søgning ud fra vores forskningsspørgsmål og temaet sygedagpengesagsbehandleres holdninger til borgere med diffuse smerter.

Databasesøgning

Inden vi satte os fast på et bestemt fokus i problemstillingen lavede vi en litteratursøgning ud fra spørgsmålet: Hvordan oplever borgere med diffuse lidelser at blive mødt af jobcentrets rehabiliteringsteam, og hvordan opfatter/hvilke holdninger har de professionelle til borgere med diffuse lidelser? Her var formålet at blive ført ind i feltet, samt at beslutte hvilket aktørperspektiv, der ville være interessant at gå videre med. Her lavede vi primært en dansk søgning med søgeord som diffuse lidelser, diagnose, jobcenter og rehabiliteringsteam. Vi søgte på bibliotekets søgedatabase Primo samt på Google Scholar. Et eksempel på vores første søgning kan ses i nedenstående tabel.

Tabel 1

Database	Søgestreng	Resultater	Udvalgt
Primo	Diffuse lidelser AND diagnose	37 resultater	3 udvalgt
Google scholar	Diffuse lidelser AND diagnose and Jobcenter	51 resultater	3 udvalgt
Google scholar	Diffuse lidelser AND diagnose AND jobcentrets rehabiliteringsteam	6 resultater	Ingen valgt
Google scholar	Diffuse lidelser AND jobcentrets rehabiliteringsteam	5 resultater	Ingen valgt

Ud fra første litteratursøgning og i den efterfølgende proces med gennemlæsning af dette fik vi dannet os et førstehåndsindtryk af feltet og fik derudfra sat os fast på, at det var de professionelles perspektiv vi ønskede at undersøge. Vi besluttede os desuden for at ændre kontekst fra et rehabiliteringsteam til en sygedagpengeafdeling, da der i rehabiliteringsteamene ofte foregår

meget andet end hvad vi har valgt at have fokus på. Det er ligeledes ofte sygedagpengesagsbehandlerne, der har en hyppigere og mere jævn kontakt til borgergruppen, hvorfor det vurderedes relevant at ændre vores fokus. Det overordnede tema for projektet blev derfor til: Sygedagpengesagsbehandleres holdninger til borgere med diffuse smerter. Ud fra dette tema lavede vi en ny litteratursøgning, som havde til formål at få et overblik over tidligere forskning om sagsbehandleres holdninger til sygedagpengemodtagere med diffuse smerter i Danmark samt at få et overblik over tidligere forskning om sygedagpengemodtagere med diffuse smerter generelt. I vores litteratursøgning forsøgte vi at gå struktureret til værks ved at læne os op ad PICOC-modellen (Danneris & Monrad, under udgivelse). Ud fra denne model og ovenstående temaer gik vi i gang med at brainstorme over væsentlige nøgleord til vores søgning. Vi udvalgte følgende databaser: Den Danske Forskningsdatabase, Google Scholar, Primo samt EBSCOhost Social Work Reference Center. I vores udvælgelsesproces valgte vi i første omgang artikler fra på baggrund af titel. Dernæst læste vi de tilbageværende artiklers abstracts igennem for til sidst at kunne udvælge de relevante artikler (Danneris & Monrad, under udarbejdelse). Vi endte med en del tekster om medically unexplained symptoms, som udelukkende omhandlede det medicinske område, hvilket vi vurderede som ikke-relevante for vores projekt. De anvendte søgestrenge og udvalgte resultater kan ses i et udsnit af vores litteratursøgning i tabel 2. Se desuden søgeprotokol i bilag 1.

Tabel 2

Database	Søgestreng	Antal	Udvalgt
Den danske forskningsdatabase	Diffuse smerter OR diffuse lidelser AND jobcenter OR sygedagpenge OR sagsbehandler	8	Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser (rapport) Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser (bog) Lægens rolle ift. patienter med diffuse lidelser (artikel) Krobjektiv lidelse (artikel)
Google Scholar	Diffuse smerter OR diffuse lidelser AND jobcenter OR sygedagpenge OR sagsbehandler AND diagnose	60	Consequences of Medically Unexplained Symptoms (Ph.d. afhandling) Socialarbejdere i et spændingsfelt mellem politik og brugernes behov (artikel) Troværdig syg: Klasse og køn i sygdomsfortællinger (artikel) De rummelige forskningsdiagnose: Om fravær og forhandlingsrum i tilblivelsen af en diagnose (artikel)
Ebsco Host	Medically unexplained symptoms AND social work AND perceptions OR stance OR approach OR position	4	Families' and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: a narrative review of litterature (artikel) Diagnosis and management of fibromyalgia (artikel)

Kædesøgning

Vi har som tredje og sidste del af vores litteratursøgning valgt at supplere vores databasesøgning med en kædesøgning hvor vi har undersøgt, hvad andre har henvist til, når de har skrevet om emnet. Her har vi taget udgangspunkt i de udvalgte og relevante artikler og gennemgået deres litteraturliste slavisk. Det har været nogle generelle temaer der er dukket op i løbet af vores kædesøgning såsom langvarigt sygefravær (faktorer, statistik, om langvarigt sygefravær generelt), om symptomer på diffuse smerter og sygdom generelt samt om selvvurderet helbred.

15 resultater kom dog ud af vores kædesøgning, hvoraf 7 blev valgt fra på baggrund af abstract, 2 artikler var ikke tilgængelige til anskaffelse mens 6 titler blev udvalgt til videre gennemlæsning.

På baggrund af vores litteratursøgning over flere omgange har vi opnået et indblik i og en vis viden om feltet. Denne viden har vi anvendt til at udforme problemfeltet. Ligeledes har litteratursøgningen givet inspiration til hvilken metode der ville være relevant at anvende til at undersøge feltet samt givet en viden, der har kunnet kvalificere vores vignet og interviewguide.

Problemfelt

Følgende kapitel er en indføring i specialets problemfelt hvor vi vil introducere på hvilken måde diffuse smerter og det felt, som specialet foregår i, kan være problemfyldt. Løbende vil vi inddrage dele af den eksisterende forskning på området, som er fremkommet under litteratursøgningen.

Vi vil i dette speciale se nærmere på en borgergruppe, der har en ikke-dokumenteret diagnose og derfor ikke passer ind i de systemer og kategorier, som gør sig gældende i vores samfund. Det drejer sig om den gruppe af borgere, der bliver ramt af diffuse smerter i bevægeapparatet. Diffuse smerter forstås i dette speciale som når borgere oplever subjektive fysiske smerter i bevægeapparatet, men der ingen objektive medicinske fund er. Smerterne kan være vekslende i karakter og flytter sig ofte til forskellige dele af legemet. En borger beskriver det således:

> *"Jeg fejler simpelthen noget i hele mit bevægeapparat, og det er på skift. Jeg kan ikke sige, at det er ét sted, fordi én dag der kan jeg simpelthen have så ondt i mit knæ, at jeg næsten ikke kan gå, og næste dag så kan det være en storetå, og tredje dag så er det min nakke. Og sådan er det hele vejen, så det er simpelthen mit bevægeapparat"*
> *(Mik-Meyer & Johansen, 2009: 120).*

Diffuse smerter i bevægeapparatet hører til under det som bl.a. Sundhedsstyrelsen kalder for funktionelle lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2017). Funktionelle lidelser karakteriseres som en samling af sygdomme og lidelser hvor man er belastet af nogle gener og symptomer, som det ikke er muligt at finde en fysiologisk årsag til. Blandt andet omhandler det lidelser som smerter, kronisk træthedssyndrom, BDS (Bodily Distress Syndrome) og irriteret tyktarm (Aarhus Universitetshospital, 2018). Funktionelle lidelser karakteriseres som en multifaktoriel lidelse og udfordrer derfor den klassiske tænkning om sygdom, som enten fysisk eller psykisk (Aarhus Universitetshospital, 2018). Ligeledes anses disse lidelser ikke som et nyopstået fænomen, og det vurderes at 6 procent af den danske befolkning eller ca. 300.000 danskere lider af funktionelle lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2017). Hvor stor en andel af befolkningen der netop har diffuse smerter i bevægeapparatet vides ikke med sikkerhed, men det fremgår dog i forskningen på området at antallet af personer, der sygemeldes på grund af sygdomme som diffuse smerter, er steget de seneste år (Mik-Meyer & Johansen, 2009: 9).

En del forskning på området drejer sig om borgernes perspektiv på bl.a. mødet med det instrumentelle behandlingsregime. Her viser det sig at borgerne oplever at mangle social anerkendelse af deres lidelser samt at blive mødt med skepsis og negative kommentarer (Danielsen & Blaakilde, 2011). I en ph.d.-afhandling af Løngaard (2014) fremgår det at der er flere kvinder end mænd, der sygemeldes på grund af diffuse lidelser, og som oftest er det kvinder uden eller med lav uddannelse, lav tilknytning til arbejde og med risiko for langtidssygemelding og arbejdsløshed (Løngaard, 2014). Samme afhandling har undersøgt konsekvenserne af at have diffuse lidelser set i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. Resultaterne tyder på at personer med diagnosticerede lidelser har lettere ved at blive accepteret af sygedagpenge- og førtidspensionssystemet, og dermed lettere ved at få tilkendt f.eks. førtidspension (Løngaard, 2014).
På baggrund af dette skriver specialet sig ind i en beskæftigelsesrettet kontekst, da det bl.a. er i jobcentrene borgerne møder systemet og herigennem får adgang til forsørgelsesydelser, som f.eks. sygedagpenge.

Beskæftigelsesområdet

Beskæftigelsesområdet er både lovgivningsmæssigt, organisatorisk og politisk et omfattende område inden for det sociale arbejde hvor målsætningen om selvforsørgelse er defineret fra politisk hold og ikke ud fra borgerens behov (Caswell, 2013: 224).
Beskæftigelsespolitikkens overordnede funktion er at sikre lav ledighed og højt udbud af beskæftigelse samt regulering af et velfungerende arbejdsmarked. Hvordan sådan et opnås hviler på et værdimæssigt spørgsmål hvorfor et *velfungerende arbejdsmarked* altså kan forstås på forskellig vis, alt afhængigt af værdierne hos dem der aktuelt regulerer det. Beskæftigelsespolitikken bliver derfor både et produkt af samfundets konjunkturer og ledighedsudvikling samt et politisk reguleret område (Bredgaard, Jørgensen, Madsen & Rasmussen, 2017: 11).

Den historiske udvikling

Historisk er beskæftigelse et område der har været og fortsat er præget af reformer og ændringer. Intentionen bag 1970'ernes reformer på socialområdet var at undgå bestemmelser der hindrede de sociale myndigheders helhedsvurdering og frie valg af bistand. 1990'ernes reformer var i højere grad præget af skærpede betingelser for at få forsørgelsesydelser (Klausen, 2002: 21-22). Hvor solidariteten med de arbejdsløse tilbage i 1970'erne var høj, og arbejdsløshed ansås for at være uforskyldt (Jensen & Prieur, 2015: 150), ses der noget anderledes på dette i dag.

Beskæftigelsesområdet, som vi kender i dag, skal ses i lyset af en større og længerevarende forandring af velfærdsstaten. Hvor den økonomiske politik tilbage i efterkrigstiden var domineret af en keynesianistisk udbuds- og efterspørgselsmekanisme som styring af arbejdsmarkedet, begyndte en orientering mod en mere strukturorienteret økonomisk politik i 70'erne og 80'erne (Torfing, 2004: 25-27., Larsen & Andersen, 2009: 19). Ved en ændring af dette fokus blev socialpolitikken og arbejdsmarkedspolitikken en integreret del af hinanden (Larsen & Andersen, 2009: 19) og fokus blev i højere grad at bevare de lediges arbejdsevne og dermed bevare arbejdsstyrkens kompetencer (Torfing, 2004: 32). I tråd med dette skete også en vending i retning af en mere udbudsorienteret beskæftigelsespolitik og en gradvis forskydning i balancen mellem *welfare* og *workfare*, ved en forskydning i balancen *fra* welfare *til* workfare. Dette har bl.a. betydet et øget fokus på aktivering for at sikre arbejdsmarkedsintegration, ligeledes at rettigheder kombineres med pligter, lavere ydelser samt skærpet kontrol (Torfing, 2004: 23-25). Der er i denne storyline noget der tyder på, at aktiveringen dermed både har været et ønske om at opkvalificere de ledige, der gik passivt forsørgede, samtidig med en øget kontrol af de ledige (Torfing, 2004: 199-201), hvor 'noget-for-noget'-tanken medførte en legitimering af sanktioner ved manglende deltagelse i aktivering (Torfing, 2004: 202).

I forlængelse af udviklingen på beskæftigelsesområdet fulgte en sammenlægning af centralt og decentralt styrede beskæftigelsesområder til et fælles; Beskæftigelsessystemet. Hermed blev det samtidig kommunernes ansvar at forvalte beskæftigelsespolitikken hvilket betød en række fælles tiltag med simplificering og øget standardisering på området (Bredgaard et al., 2017: 66-68), dog med en fortsat statslig styring. I 2009 blev alle jobcentre i landet kommunale, og beskæftigelsesindsatsen blev herefter styret kommunalt, hvortil der blev indført en statslig finansieringsmodel, bl.a. en refusionsmodel (Bredgaard et al., 2017: 71). Med denne decentralisering indførtes ligeledes en øget kontrol af kommunerne hvilket har betydet øgede styringsredskaber, såsom benchmarking, resultatrevision og effektmålinger (Bredgaard et al., 2017: 72., Caswell & Larsen, 2015: 14-15., Baadsgaard, Jørgensen, Nørup & Olesen, 2012: 31). I samspil med den øgede kontrol skete en manualisering af sagsarbejdet i forhold til hvad, hvornår og hvordan (Baadsgaard et al., 2012: 31).

Det betyder at vores undersøgelse af sygedagpengesagsbehandlere udspiller sig i en kontekst præget af politik, økonomi, organisatoriske rammer og kontrol hvilket udmønter sig i et område præget af høj standardisering. Blandt andet ved visitation og kategorisering af de sygemeldte borgere samt administrative krav, og krav om hvor ofte f.eks. opfølgning på den sygemeldtes sag og krav om dokumentation og udarbejdelse af plan til rehabiliteringsteam er nedskrevet ved lov (Caswell & Larsen, 2015: 15., Retsinformation, 2018a: §13b). I forlængelse heraf kan der tales om, at der er sket en udvanding af socialfagligheden og en reducering af det socialfaglige skøn på beskæftigelsesområdet, da det i høj grad er præget af administrativt arbejde (Caswell, 2013: 240., Baadsgaard et al., 2012: 31-35). Der tages mindre hensyn til borgernes behov, og fokus bliver at stille krav og at sanktionere for hurtigst muligt at få borgerne tilbage på arbejdsmarkedet (Caswell, 2013: 239). Arbejdsmarkedstilknytning bliver centralt ift. inklusion i samfundet, og det får altså et politisk fokus, hvor der først fokuseres på tilknytning til arbejdsmarkedet og dernæst på de problemer der ellers måtte være (Born & Jensen, 1998: 24-25). Fra 2010 blev tesen om at arbejde var løsningen på sociale problemer ligeledes overført til sygedagpengeområdet, og den aktive linje omfattede nu også sygemeldte borgere. Dette betød et indgreb i de syge menneskers privatliv hvor staten pludselig kom langt ind i borgernes liv. Traditionelt set har sygdom været et privatanliggende mellem patient og læge, men nu fik myndigheder og virksomhederne også adgang samt en holdning til den syges privatliv (Bømler, 2011: 104-105).

Beskæftigelsesområdet i dag

Der er i dag derfor et tydeligt fokus mod arbejdsmarkedet og mindre fokus på de sociale problemer. Formålet med beskæftigelsespolitikken er at få folk hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet da tanken er, at ledighed er dårligt for individet (Caswell & Larsen, 2015: 13., Torfing, 2004: 238-239). Med sygedagpengereformen tilbage i 2014 nedskrev man perioden fra 52 uger til 22 uger. Dette betyder at sagsbehandlerne i dag allerede efter 22 uger skal foretage en revurdering af den sygemeldtes sygedagpengesag for at vurdere om betingelserne for forlængelse er opfyldt eller ej (Retsinformation, 2018a: §24). Yderligere er der en økonomisk gevinst ved at forkorte de sygemeldtes sager i jobcentrene, da der med refusionsreformen fra 2015 ikke længere ydes refusion ved aktivering. Derimod er refusionssatsen ens på tværs af ydelser, men faldende over tid, dvs. de langvarige sager bliver dyrere for kommunerne (Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering, 2015).

Det er altså i lyset af ovenstående udvikling at informanterne i dette speciale bevæger sig og har deres daglige arbejdsgang. Fra forskningen viser det sig, at sagsbehandlerne i aktiveringen af sygedagpengemodtagere oplever et pres ovenfra ift. denne regel- og økonomistyring og standardisering af det sociale arbejdes metoder. Sagsbehandlerne har på baggrund heraf en opfattelse af at borgerne føler sig mistænkeliggjort, fordi de møder et system, som ikke har plads til at tro på deres historier og anerkende deres lidelser (Bømler, 2012). Det vil sige at en diagnose kan have en stor betydning i beskæftigelsesarbejdet hvilket netop kan være et problem for de borgere, der ikke har en diagnose. De kan være i risiko for at blive mere udsatte, hvis de ikke på samme måde bliver accepteret i systemet.

Problemet

I dansk forskning har Nanna Mik-Meyer med sin undersøgelse, beskrevet i bogen "Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser" samt i adskillige forskningsartikler, ført os ind i emnet ud fra både borger-, læge- og sagsbehandlerperspektiv. Det der viser sig at være relevant for vores speciale er at det for sagsbehandlerne i en sygedagpengekontekst ofte er problematisk og tidskrævende at have kontakt til og arbejde med borgere med diffuse lidelser. Dette er fordi det kan være en vanskelig proces at placere borgerne i systemets kategorier, når der ikke foreligger en konkret diagnose. Sagsbehandlerne har behov for medicinske diagnoser at rette deres arbejde efter for at kunne følge den gældende lovgivning. Forskningen peger altså på at arbejdet med borgere med diffuse smerter kan være vanskeligt. Hvis ikke borgerens tilstand kan defineres konkret ud fra medicinske diagnoser, termer og kriterier, kan det påvirke hvordan sagen forløber og hvor længe den varer. Uden en medicinsk diagnose at forholde sig til kan det nemlig være svært for sagsbehandlerne at vurdere ud fra lovgivningen, hvad der videre skal ske med borgeren (Mik-Meyer 2010: 261-262).

Et studie af Møller (2010) har desuden undersøgt tendensen til at favorisere visse sygdomme frem for andre, eksempelvis sklerose frem for fibromyalgi. Artiklen handler om hvordan socialrådgivere påvirkes af borgernes lidelser og fortællinger, og hvordan dette omsættes til behandlingen af borgere; altså mere præcist hvem socialrådgiverne har ondt af og hvorfor. Undersøgelsen viser, på baggrund af tre vignetter, at når sygedagpengemodtageren har fibromyalgi, har

socialrådgiverne en hård tilgang, hvorimod når sygedagpengemodtageren har sklerose, har de en blød tilgang (Møller 2010).

Ovenstående problembeskrivelse og viden fra litteraturgennemgangen har givet os et indblik i at vi på den ene side har at gøre med en gruppe borgere, som er sygemeldte med en lidelse hvor årsag og behandling er uvis. Borgerne føler sig ikke anerkendt og oplever at blive mødt med skepsis. På den anden side har vi et felt styret af politiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer, hvor diagnosen er væsentlig for sagsbehandlingen. Diagnosen kan altså have en stor betydning i beskæftigelsesarbejdet hvilket netop kan være et problem for de borgere, der ikke har en diagnose, da de kan være i risiko for at være mere udsatte i lige præcis sygedagpengesystemet.

I midten af det hele har vi sagsbehandleren, som altså arbejder i et konstant krydspres af lovgivning, organisatoriske rammer, økonomi og politik samt faglige værdier. Dette gør det vanskeligt med lige præcis denne målgruppe, da der netop ikke er nogen klar diagnose eller nogen klar retning for hvad man kan iværksætte af tiltag, da det hele er diffust. Udover at skulle forholde sig til ovenstående, altså økonomi, politik og lovgivning, har sagsbehandleren også en faglighed, personlighed og værdier og er drevet af disse, hvorfor det må være vanskeligt at sidde i dette krydsfelt. Med tanke på og inspiration af ovenstående studie af Møller som netop viser at sagsbehandlere har forskellige holdninger og forskellige tilgange til borgere med og uden en anerkendt diagnose, tyder det på at der kan være en forskelsbehandling i sagsbehandlingen. Derfor finder vi det interessant og relevant at se på hvad det er der foregår i sagsbehandlingen af borgere med diffuse smerter, hvilket leder os frem til nedenstående problemformulering.

Præsentation af specialets problemformulering

Hvordan oplever sygedagpengesagsbehandlerne at arbejde med borgere med diffuse smerter, og på hvilken måde kan det ses i deres vurderinger af disse borgere i beskæftigelsesindsatsen, eksemplificeret ved vignetten om Bente?



Del 2

Hvordan har vi undersøgt feltet?

Forskningsdesign

I det følgende afsnit redegøres for valg af forskningsdesign, -type og -strategi for nærværende speciale. Først præsenteres den forstående forskningstype, dernæst redegøres for det overordnede design, som er et kvalitativt forskningsdesign (basic qualitative research) og slutteligt redegøres for valget af en abduktiv tilgang som forskningsstrategi.

Den forstående forskningstype

Vores problemformulering *"Hvordan oplever sygedagpengesagsbehandlerne at arbejde med borgere med diffuse smerter og på hvilken måde kan det ses i deres vurderinger af disse borgere i beskæftigelsesindsatsen?"* lægger op til at vi som forskere må interessere os for sagsbehandlernes fortællinger, beskrivelser og fortolkninger af egne holdninger (Jacobsen & Jensen, 2012: 14), og studere hvordan sagsbehandlerne som individer *oplever*.

Formålet med denne undersøgelse er altså at fortolke og forstå fænomener, som de er beskrevet og fortolket af den sociale aktør selv. Vi har derfor valgt at tage udgangspunkt i den forstående forskningstype (Launsø, Olsen & Rieper, 2011: 23). Denne forskningstype lægger op til at vi som forskere kan afdække sociale aktørers meninger, vurderinger, motiver osv. i deres specifikke kontekst (Launsø et. al., 2011: 24), og datamaterialet er derfor i høj grad baseret på de udforskede personers subjektivitet og egne perspektiver. Dette fremstår relevant for dette speciale, da vi netop ønsker at belyse hvilke oplevelser sagsbehandlerne i en specifik kontekst har til en specifik målgruppe; når de arbejder med borgere med diffuse smerter. Vi ønsker altså at opnå en forståelse af sagsbehandlernes egne perspektiver på og beretninger om deres professionelle arbejde. Det vil sige at vi bestræber os på at opnå en forståelse af sagsbehandlernes fortællinger "indefra" snarere end "udefra" (Brinkmann & Tanggaard, 2015: 14), hvilket en sproglig dialog, indlevelse og fortolkning er egnet til (Andersen, 2002: 24).

Ud fra ovenstående tanker om den forstående forskningstype har vi endvidere valgt det kvalitative forskningsdesign som overordnet design for specialet.

Kvalitativt forskningsdesign

Vi har valgt det kvalitative forskningsdesign da det netop kan indfange sagsbehandlernes fortællinger, forståelser og fortolkninger og egner sig godt i et studie som nærværende speciale, der omhandler menneskelig subjektivitet (Jacobsen & Jensen, 2012: 14). Ved kvalitative undersøgelser er princippet netop at forstå meningen af eller fortolkningen af menneskers måde at fortolke og forstå deres egne oplevelser på (Merriam & Tisdell, 2016: 6, 15). Vi forstår de handlinger, der sker i en sygedagpengeafdeling og for sagsbehandlerne i denne, ud fra fortolkninger af motiver og hensigter, sociale normer, følelser og fænomener, der kan føres tilbage til menneskers subjektive liv (Andersen, 2002: 154). Ud fra fortolkningsvidenskaberne er vi interesseret i og orienteret mod en dybdegående og indlevende forståelse af unikke fænomener, så som diffuse smerter og holdninger til disse (Andersen, 2002: 158).

For at opnå dette tager vi udgangspunkt i det kvalitative forskningsdesign ud fra Merriam og Tisdells følgende fire karakteristika som identificerende for et kvalitativt forskningsdesign (Merriam & Tisdell, 2016: 6, 15): *(1) Fokus er på processen, forståelsen og meningen.* I dette speciale foretager vi interviews med de mennesker hvis livsverden vi ønsker at forstå, nemlig sagsbehandlerne. Ved at interviewe giver det os mulighed for at opnå en forståelse af netop deres hverdag og hvilken mening de selv tillægger deres oplevelse og fænomener i deres kontekst. Vi får, ved at have en kvalitativ tilgang, et insider- og deltagerperspektiv. (*2) Forskeren er det primære instrument til dataindsamling og analyse.* Ved dataindsamlingen er der foregået en interaktion med vores informanter, således at vi som forskere har haft en aktiv rolle både forud for, under og i analysen af vores undersøgelse. *(3) Processen er induktiv*. Med en abduktiv forskningsproces er vi, som ved en induktiv proces, gået åbent til feltet uden at lade os være styret af en teoretisk ramme. *(4) Produktet beskrives med ord frem for tal*. Vi har valgt at udarbejde en skriftlig rapport, som er sprogligt detaljeret og rig på ord, frem for f.eks. tabeller og tal, og hvor ordets betydning er væsentlig (Merriam & Tisdell, 2016: 6, 15).

Abduktiv forskningsproces

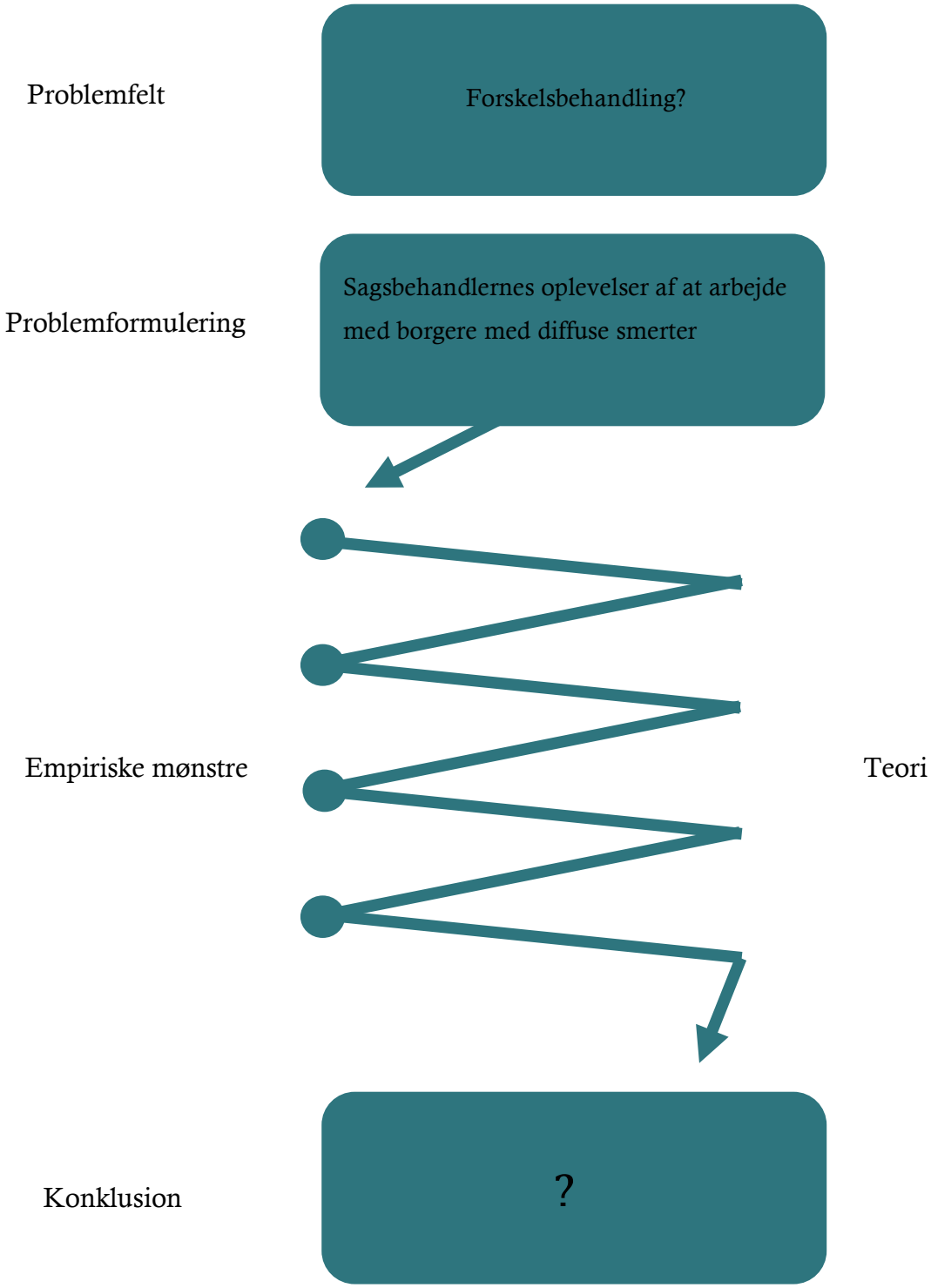
I dette speciale har vi valgt at vi i vores tilgang til at opnå viden, interesserer os for at opnå en dybdegående forståelse af sagsbehandlernes egne perspektiver, ud fra deres fortællinger, for dernæst at drage slutninger. Vi har i forlængelse heraf valgt at gå til undersøgelsen med en tilgang, der hverken er entydigt deduktiv eller induktiv i sin form, men derimod hele tiden søger

at sætte de teoretiske begreber og det empiriske materiale i forhold til hinanden. Med en abduktiv forskningsproces har vi kunnet udlede sammenhænge fra teori og empirisk datamateriale, og herudfra opbygge begrundelser, der bygger på flere forskellige observationer, for bedst muligt at kunne skabe troværdige slutninger og forklaringer (Olsen, 2009: 458). Vi har derfor valgt at have fokus på vores tolkning af sagsbehandlernes udtalelser og ikke på forhånd opstillede teorier eller modeller. Vi har således ud fra de empiriske mønstre, vi har set i datamaterialet, udvalgt teoretiske begreber og perspektiver, som vi mener har været anvendelige til at udfolde, nuancere og kvalificere vores slutninger og forklaringer.

Den abduktive forskningsproces tager udgangspunkt i vores teoretiske referenceramme fra kandidaten i socialt arbejde på Aalborg Universitet, vores praktiske referenceramme qua vores uddannelse og tidligere erfaringer som henholdsvis ergoterapeut og socialrådgiver, samt den viden om feltet vi har opnået gennem vores litteratursøgning. Hele denne referenceramme har dannet grundlag for specialets problemfelt, og vi har ud fra dette problemfelt opstillet en problemformulering, som har været styrende ift. undersøgelsens hovedfokus. Dette fokus er forsøgt belyst via vores analytiske fortolkning, som er foregået gennem en vekselvirkning mellem den udvalgte teori og de observerede mønstre i empirien. Den abduktive forskningsproces kommer altså især til udtryk når de teoretiske begreber, i samspil med empirien, danner en analytisk ramme og en række mønstre, som virker tilbage på hinanden og tilsammen danner vores analytiske fortolkninger.

Ovenstående beskrivelse af vores abduktive forskningsproces kan ses i nedenstående model. Modellen viser, ift. selve analysen, hvordan denne vekselvirkning mellem empiri og teori har fundet sted.

Model over abduktiv forskningsproces



Videnskabsteoretisk afsæt

I dette kapitel beskrives specialets videnskabsteoretiske afsæt. Det beskrives hvordan vi som forskere med dette teoretiske afsæt har grebet forskningsprocessen an, herunder hvordan den videnskabsteoretiske forståelse hænger sammen med specialets forskningsdesign og metodevalg samt hvilken rolle vi som forskere har haft. Endvidere præsenteres vores fordomme og forforståelser.

Den filosofiske hermeneutik

Dette speciale tager sit videnskabsteoretiske afsæt i Hans-Georg Gadamers filosofiske hermeneutik. Filosofisk hermeneutik kan grundlæggende siges at handle om hvad det vil sige at være menneske, og hvordan mennesket er indlejret i tidslige og rumlige sammenhænge, som det ikke kan gøre sig fri af (Juul, 2012: 121). Med den valgte problemformulering og vores interesse for sagsbehandlernes holdninger til et specifikt fænomen, borgere med diffuse smerter, finder vi det relevant at læne os op ad den filosofiske hermeneutik. Her drejer det sig ikke om at måle men om at fortolke og forstå meningsfulde fænomener og undersøge dem i netop den kontekst de fremtræder i (Juul, 2012: 128). Vi søger derfor at finde en dybere mening gennem fortolkning og forståelse af informanternes egne holdninger i den konkrete kontekst, nemlig i deres arbejde i en sygedagpengeafdeling med borgere med diffuse smerter.

Vores rolle som forskere

Når vi anlægger et filosofisk hermeneutisk fokus, er vi bevidste om at vores rolle som forskere er en vigtig og betydningsfuld del af forskningsprocessen, som også er i overensstemmelse med det kvalitative forskningsdesign. Forskeren opfattes ikke umiddelbart som en kilde til fejl og bias, men netop som en vigtig kilde til erkendelse (Juul, 2012: 128). Gadamer mener at forskeren aldrig vil kunne være en neutral observatør, men at denne altid vil bringe sine fordomme ind i forståelsesprocessen. Fordomme og forforståelser er produktive i erkendelsesprocessen og er med til at sikre at vi som forskere overhovedet kan stille relevante spørgsmål (Juul, 2012: 122). Derfor er vi gået til feltet med en bevidsthed om at vi som studerende med vores litteratur- og teorikendskab, tidligere erfaring samt som borgere i samfundet på sin vis er indlejret i det felt, vi har valgt at undersøge. Vores forståelseshorisont, altså det synsfelt der omfatter og omslutter alt det som er synligt for os fra et bestemt punkt (Gadamer, 2007: 288), indbefatter

derfor både vores fordomme på baggrund af normative opfattelser samt fordomme ud fra den viden og de erfaringer vi har med os fra tidligere. Vi har valgt at bevæge os væk fra vores første tanke om at sætte vores forforståelser i parentes og betragte feltet udefra, for i stedet at lade vores fordomme og forforståelser være en aktiv del af forståelsesprocessen. Vi har således bragt vores fordomme og forforståelser i spil i udarbejdelsen af både vignet og interviewguide, jf. Kapitel 6 Metode, samt i interaktionen med informanterne under interviewene, hvor vores fordomme og teoretiske viden blandt andet har gjort os i stand til at stille uddybende spørgsmål. Vi læner os som forskere dog alligevel lidt op ad den fænomenologiske side af hermeneutikken, da vi har valgt at gå til feltet med en abduktiv tilgang. Her har vi forsøgt at være åbne over for det der har vist sig gennem informanternes udsagn, og velvilligt ladet os belære af deres erfaringer (Juul, 2012: 125). Dette viser sig ved, som tidligere beskrevet, at vi ikke har opstillet og testet en teori, men i stedet er gået til feltet med en nysgerrighed og en åbenhed for hvad der er kommet frem af viden og deri søgt efter nye mønstre.

Vores forståelseshorisont: Fordomme og forforståelser

Da vi gik i gang med specialet, var vi nervøse for at anvende vores forforståelser og fordomme for meget, da vi var bange for at de ville påvirke feltet i en negativ retning. Vi har dog erfaret at vores fordomme og forforståelser, er produktive i erkendelsesprocessen. Det vil sige at når vi ønsker at forstå sagsbehandlerne og deres holdninger, kan vi ikke gå forudsætningsløst til dem, fordi vores forståelse og udlægning af mening altid bygger på en allerede given forståelse af verden (Højberg, 2009: 322). Vi har derfor været opmærksomme på at gøre os vores fordomme og forforståelser bevidst, så vi bedst muligt har kunnet anvende dem i undersøgelsesprocessen. Vi har herudfra erfaret at fordomme og forforståelser er yderst brugbare, når man har valgt at lave en kvalitativ undersøgelse, da det bl.a. er vores fordomme og forforståelser der har hjulpet os til at kunne udforme både vignet og interviewguide.

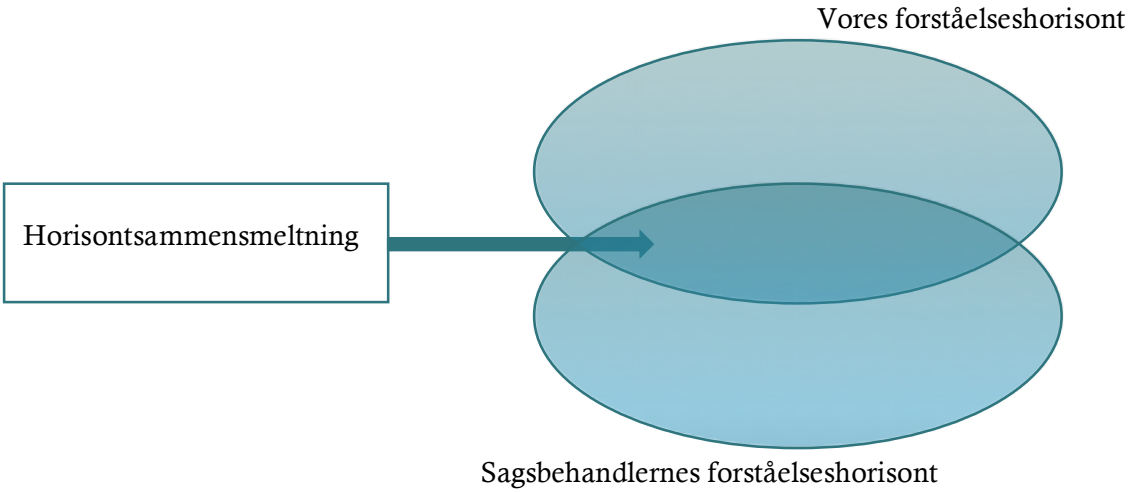
Forståelseshorisonten er tilknyttet det enkelte individ og udgør den personlige tilgang til verden; altså alt det der er dannet af private erfaringer (Højberg, 2009: 323). Vi har derfor ved specialets begyndelse hver især haft en forskellig forforståelse, da vi er kommet med forskellig "bagage" og erfaring. Interessen for projektet startede dog på baggrund af en fælles forforståelse om, at den her borgergruppe bliver behandlet anderledes. Vi har fra et sundhedsfagligt valgfag fået et klart indtryk af at diffuse smerter ikke bliver opfattet som en reel sygdom, og at det

at mangle en diagnose gør det rigtig svært for borgergruppen. Med den ene forskers erfaring inden for sygedagpengeområdet herskede der hos hende også en form for mistillid til borgergruppen og en forforståelse af at der kunne være noget andet i vejen med den her gruppe.
Disse forforståelser blev desuden bakket op af vores litteratursøgning og -gennemgang, som i særdeleshed har vist, at borgerne har følt mistillid fra de professionelle og ikke følt sig anerkendt. Derfor har vi haft en klar fordom om at sagsbehandlerne måske slet ikke tror på borgerne, og måske eksisterer der, fra sagsbehandlerne, en holdning om, at borgerne bare skal tage sig sammen. Derfor gik vi til feltet med en idé om at vores informanter har haft en holdning tenderende til den negative side.
At vores fordomme og forforståelser fremstår lidt til den negative side, har vi umiddelbart ikke set som et problem, da vi har valgt bevidst at være åbne og modtagelige over for sagsbehandlernes udtalelser. Det er i mødet med sagsbehandlerne at vores fordomme er blevet udfordret og sat på spil, hvilket har ført til meningsdannelse i en horisontsammensmeltning (Højberg, 2009: 323-324).

Horisontsammensmeltning

Horisontsammensmeltning dækker over den hændelse, der sker i det forstående møde med genstanden; vores interviewsituation, nærmere betegnet mødet med sagsbehandlerne. Her smelter de horisonter, der formodes at eksistere for sig selv, sammen (Gadamer, 2007: 291). Når vi interviewer sagsbehandlerne er meningen derfor hverken suverænt tillagt dem, sagsbehandlerne, eller os, de fortolkende forskere, men den opstår i vores fælles møde. Det er altså her at forståelse og mening opstår i en gensidig processuel meningsdannelse (Højberg, 2009: 324). Dette illustreres i nedenstående model:

Model over horisontsammensmeltning



I interviewsituationen eller horisontsammensmeltningen indebærer det ikke at vi som forskere skal nå til enighed med sagsbehandlerne, men blot at vi er i stand til at begribe og forstå hvad de kommunikerer om og ligeledes omvendt, at de forstår hvad vi kommunikerer om. Det vil altså sige at forståelse er når begge parter er enige om, hvad sagen drejer sig om, og hvad det er for en sag der tales om (Højberg, 2009: 324-325).
Vi har altså ved at være åbne og stille spørgsmål til sagsbehandlernes oplevelser og holdninger, og ladet vores horisonter smelte sammen uden at være styret af fordomme, åbnet op for nye forståelser og erkendelser. "*Det er ved at overskride den tidligere forståelse, at horisonten flytter sig, og selve overskridelsen sker ved at sætte fordommene på spil. Dette er at gøre sig en hermeneutisk erfaring*." (Højberg, 2009: 325). At gøre sig en hermeneutisk erfaring er en måde at gøre sig nye erfaringer, og der kan derfor tales om en uafsluttet proces, da nye erfaringer hele tiden åbner op for at vi kan gøre os flere erfaringer. Denne forståelse har vi tillige med fra vores abduktive forskningsproces, hvor vi i en vekselvirkning mellem sagsbehandlernes udsagn og teori, hele tiden gør os nye erfaringer.

Vi har medtaget ovenstående beskrivelse af horisontsammensmeltningen da den kan give en forståelse af, at de resultater, som specialet senere vil præsentere, skal ses som et udfald af et gensidigt samspil mellem os som forskere, sagsbehandlerne samt den udvalgte teori.

Metode

Med afsæt i vores interesse for at undersøge sagsbehandlernes oplevelse af at arbejde med borgere med diffuse smerter, samt indfange deres fortællinger og egne oplevelser, har vi valgt at anvende det kvalitative forskningsinterview i samspil med en vignet. Vi vil i dette afsnit argumentere for valg og fravalg af metodiske strategier samt reflektere over dataindsamlingsprocessen.

Netop det kvalitative forskningsinterview giver os adgang til sagsbehandlerens livsverden, og giver os et indblik i, hvordan de oplever og forstår et fænomen som diffuse smerter i deres arbejdsfelt (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 31). Vi kan ud fra Merriam og Tisdells (2016) betragtning om de fire særlige karakteristika for et kvalitativt forskningsdesign (Merriam & Tisdell, 2016: 6, 15), ligeledes læne os op ad det kvalitative forskningsinterview som anvendelig metode. Som interviewere har vi været det vigtigste redskab i dataindsamlingen som dem, der i interaktionen, har stillet spørgsmålene. Vi har forsøgt at skabe et samspil med informanterne for herigennem, i tråd med den filosofiske hermeneutik, at skabe mening og forståelse. Ligeledes har vi på baggrund af de lydoptagede interviews kunnet producere beskrivelser til fortolkning, der i høj grad er baseret på det sproglige og på ordets betydning (Kvale & Brinkmann, 2015: 22, 37, 120). I processen omkring specialets problemstilling blev vi orienteret mod begrebet holdninger, og vi har i den forbindelse valgt at lave en holdningsundersøgelse ved brug af vignetmetoden. Vignetmetoden anvendes som en metode, når man ønsker at undersøge problemstillinger, der vedrører informanters holdninger om et givent fænomen (Monrad & Ejrnæs, 2012: 13). Vi har i nærværende speciale tilstræbt at anvende vignetmetoden og det kvalitative forskningsinterview i et samspil, hvorfor vi i de følgende afsnit vil præsentere de anvendte dataindsamlingsmetoder.

Dataindsamling

Vi har foretaget otte interviews i alt og har været heldige at kunne foretage alle otte interviews sammen og forholdsvis intenst over en kort periode.

Adgang til feltet og udvælgelse af informanter

Da specialets problemstilling omhandler sygedagpengesagsbehandlere var vi naturligvis nødt til at have adgang til disse. Vi havde ved hjælp af et tidligere ansættelsesforhold allerede kend-

skab og god kontakt til en sygedagpengeafdeling i en mellemstor kommune på Sjælland. Hvad denne relation har haft af betydning for undersøgelsen udfoldes i afsnittet om etiske refleksioner over dataindsamlingen. Vi udformede en kort e-mail med oplysninger om os selv, projektet og vores behov for informanter og sendte den til lederen. Lederen valgte at videresende mailen til en medarbejder, som skrev rundt i sygedagpengeafdelingen. På denne måde blev alle i afdelingen spurgt og alle havde mulighed for at deltage. Fire personer meldte sig i første omgang frivilligt. Der blev efter ca. en uge sendt yderligere en mail med en reminder om vores projekt, og her meldte yderligere fire informanter sig.

Vi har derfor haft otte informanter, der alle har haft lyst til at afse tid og deltage på frivillige vilkår. Da vores problemstilling ikke omhandler spørgsmål hvor f.eks. køn og alder har relevans, har vi ikke fokuseret på dette. Vores eneste udvælgelseskriterium var at vore informanter arbejdede i en sygedagpengeafdeling. Vi har dog, på baggrund af vores testinterview hvor det blev tydeligt at sagsbehandlerens erfaring havde en betydning, spurgt ind til sagsbehandlerens uddannelse og erfaring inden for sygedagpengeområdet. Informanternes erfaring spænder bredt fra alt mellem 2,5 år til 10-13 år og nogle med erfaring på 38-40 år.

Forud for undersøgelsen fik hver informant et brev med oplysninger om hvem vi er og hvad vi studerer, samt oplysninger om selve projektet og hvordan undersøgelsen rent praktisk skulle forløbe. Vi udvalgte tre hverdage hvor vi ville være til stede på deres arbejdsplads og aftalte med hver enkelt informant en tid på en af de tre dage, hvor det passede dem. Det viste sig at alle havde mulighed for at deltage på en af de udvalgte dage. Interviewene blev derfor gennemført i perioden fra d. 12.03.18 – 14.03.18 og foregik i aflukkede, rolige lokaler under gode forhold. Forud for hvert interview blev deltagerne informeret om det overordnede formål med undersøgelsen samt informeret om det praktiske, såsom anonymitet, at interviewene blev lydoptaget og at de deltog frivilligt samt at de når som helst kunne trække sig fra undersøgelsen. Vi havde til dette formål udarbejdet en samtykkeerklæring (bilag 2) (Kvale & Brinkmann, 2015: 116). Alle informanterne underskrev erklæringen inden interviewets start og gav dermed samtykke til ovenstående.

For at få et overblik over vores informanter og deres uddannelsesbaggrund, erfaring samt varighed af de forskellige interviews har vi samlet de forskellige informationer i en tabel.

Tabel 3

Navn	Uddannelse	Erfaring	Varighed af interview
Informant A	Socialrådgiver	8 år	00:44:50
Informant B	Socialformidler	40 år +	00:27:29
Informant C	Socialrådgiver	38 år	00:30:08
Informant D	Socialrådgiver	5 år	00:47:19
Informant E	Kommunom	17 år	00:36:05
Informant F	Socialrådgiver	13 år	00:43:56
Informant G	Socialformidler	39 år	00:47:42
Informant H	Socialrådgiver	11 år	00:42:44

Vignetmetoden

Da specialets problemstilling søger at undersøge sagsbehandlernes oplevelse af at arbejde med borgere med diffuse smerter, har vi valgt at anvende vignetmetoden, for med denne, at kunne se nærmere på sagsbehandlernes holdninger til fænomenet.

Ved specialets begyndelse havde vi den forståelse at begrebet *holdninger* kunne opdeles i tre klassiske dimensioner; kognition, emotion og konation (Katzenelson, 1994: 155-156), og dermed fremstod som en persons viden, følelser og oplevelser (Olsen, 2008: 26-27). Kognition forstod vi som fornuft og overbevisninger rettet mod et specifikt objekt. Emotioner forstod vi som de følelser informationer og viden kan vække hos individet, og konation forstod vi som motivation. Ikke en faktisk adfærd, men en intentionel, bevidst og potentiel handleparathed, det vil sige det proaktive aspekt af adfærd (Olsen, 2008: 27). Ud fra denne forståelse udformede

vi vores interviewguide og dannede herudfra spørgsmål, der søgte at opnå viden om især sagsbehandlernes følelser og motivation. Ved gennemarbejdning af vores data har vi erfaret at den viden vi har fået ikke har været følelsesbetonet og normativ, som beskrevet ovenstående, men har i stedet været sagsbehandlernes vurderinger og erfaringer på professionelt niveau. Vi har i processen derfor ændret vores forståelse af holdninger, og læner os op ad Monrad & Ejrnæs (2012) i deres beskrivelse af, hvordan man undersøger faglighed gennem vignetter, som nedenstående citat beskriver:

> *"Når man undersøger holdninger, undersøger man ikke bare ureflekterede synspunkter, som ordet holdning af og til associeres med. Man undersøger snarere de vurderinger, professionelle foretager på grundlag af bl.a. erfaringer, teori og metode. Dermed står faglighed og holdninger ikke i modsætning til hinanden. Snarere består faglige diskussioner (...) dybest set af holdningstilkendegivelser."*
> (Monrad & Ejrnæs, 2012: 27)

Vi har altså med udgangspunkt i vores vignet fået sagsbehandlerne til at udvikle praksisnære refleksioner, som kan gøre dem bevidste om deres egne handletendenser over for fænomenet borgere med diffuse smerter, samt gøre sig overvejelser om hvilken viden og hvilke værdier der ligger bag deres handletendenser. Holdninger udtrykkes som handletendenser, og vi har været bevidste om, at vi med vignetten som holdningsundersøgelse, derfor kun kan sige noget om hvordan de tænker og tror at de vil handle, og ikke hvordan de rent faktisk handler i praksis (Monrad & Ejrnæs, 2012: 27).

Vi har fra start drøftet hvorledes vi kunne anvende vignetmetoden og overvejede at anvende metoden horisontalt. Her tænkte vi at lave flere forskellige vignetter, med fokus på systematisk at ændre på diagnosen diffuse smerter til f.eks. sklerose, for netop at se hvad dette havde af betydning for deres holdninger (Ejrnæs & Monrad, 2012a: 94). Vi har dog valgt at anvende vignetten vertikalt, altså kvalitativt, da vi i højere grad ønskede at benytte vignetten som udgangspunkt for et interview hvor vi har forsøgt, igennem hele interviewet, at forholde os til borgeren med diffuse smerter, som beskrevet i vignetten (Monrad & Ejrnæs, 2012: 28). Ved at have valgt at anvende vignetten kvalitativt, og derfor ikke har forskellige variationer af centrale kendetegn ved case-personen, kan vi ikke sige noget om hvilke faktorer i casen der påvirker

mest eller udviser størst sammenhæng med informanternes opfattelser, vurderinger og holdninger, hvorfor vi ikke umiddelbart kan sige noget om kausalitet (Ejrnæs & Monrad, 2012: 94).

Vi har i dette speciale anvendt en skriftlig vignet (Monrad & Ejrnæs, 2012: 13) hvori vi har tilstræbt at udarbejde en realistisk, men fiktiv, beskrivelse af en borger med diffuse smerter. Da vi gennemgående har tilstræbt at have en fortolkende og forstående tilgang til feltet, jf. det filosofiske hermeneutiske afsæt, har vi anvendt vignetmetoden kvalitativt og mener, at vignetten netop giver mulighed for at præcisere og beskrive en kontekst, hvilket betyder at antallet af uvisse faktorer reduceres, og bevidstheden om at en holdning ofte er kontekstafhængig øges (Monrad & Ejrnæs, 2012: 18-19). Vignetten har desuden været med til at skabe genkendelighed og relevans for informanterne (Monrad & Ejrnæs, 2012: 20), hvilket tydeligt fremgik af vores informanters udsagn. F.eks. udtaler en informant følgende da vi spørger til hvad det første der falder hende ind er, når hun læser casen: *"Ja, det er jo noget man kender fra sit erhverv, det er jo meget lig en case som vi selv kunne få ved en borger der kommer ind netop med de her smerter i bevægeapparatet. Så det er et meget meget velkendt eksempel som I kommer med"* (Informant A). I nedenstående boks præsenteres vignetten.

> Sygedagpengesagsbehandler Jette skal i dag have en samtale med Bente på 49 år. Bente er gift og bor sammen med sin mand og søn. Bente har ingen uddannelse, men har arbejdet som pædagogmedhjælper i 27 år. Bente har været sygemeldt fra sit arbejde i 2 måneder på grund af diffuse smerter i bevægeapparatet. Smerterne har været tiltagende gennem de sidste par år og Bente har igennem en længere periode været til undersøgelser ved forskellige speciallæger, som ikke kan finde ud af hvad Bente fejler. Bente har derfor ikke nogen medicinsk diagnose at forholde sig til. Ud over de mange smerter er Bente meget træt, og hendes oplevelse er nu at hvis hun går på arbejde eller laver fysisk arbejde i hjemmet ender hun med at have så mange smerter, at hun ikke kan holde til noget og må blive i sengen i flere dage for at komme ovenpå igen.

Vi har med afsæt i ovenstående vignet efterfølgende stillet spørgsmål ud fra en kvalitativ interviewmetode og har med udgangspunkt i vignetten bedt informanterne om at forholde sig til casepersonen Bente. Vi havde en forestilling om at det kunne være følsomt at tale om holdninger og vanskeligt udelukkende at afdække disse i en interviewsituation, hvorfor vignetten var

god, da vi gennem case-beskrivelsen kunne bede informanterne om at give udtryk for deres holdninger til fænomenet diffuse smerter og vores case-person (Ejrnæs, 2012: 120-121). Det viste sig dog ikke vanskeligt for de fleste af vore informanter at tale åbent om holdninger til fænomenet diffuse smerter, eller forholde sig til egne erfaringer eller sager, ej heller følelser eller hvad der motiverer dem. For nogle af informanterne virkede det til at vores undersøgelse som udgangspunkt havde en forudindtaget kritisk forventning om hvad deres holdninger ville være hvilket ikke var hensigten. Hensigten var blot at afdække deres holdninger. Vi forsøgte at informere om undersøgelsens formål og hensigt, samt at gøre opmærksom på at vi ønskede at høre deres fortælling og at der derfor ikke var noget rigtigt eller forkert svar.

Netop fordi holdninger kan være vanskelige at afdække, valgte vi i interviewspørgsmålene at følge op med både direkte spørgsmål til deres holdning til fænomenet samt deres følelser og motivation for at arbejde med denne målgruppe med diffuse smerter. Indirekte spurgte vi ind til deres holdning ved at stille spørgsmål til hvordan informanterne opfattede case-personens kendetegn, hendes situation og hvordan de kunne forestille sig at gribe sagen an (Ejrnæs, 2012: 123). Eksempler på andre typer af spørgsmål og hvordan vi stillede dem uddybes i afsnittet om udarbejdelse af interviewguide.

Udarbejdelse af vignetten

Med en begrænset tidsramme, blandet erfaring inden for sygedagpengeområdet samt en viden om fænomenet diffuse smerter, udelukkende baseret på litteratur fra studiet og dette speciale, har vi benyttet os af informationer fra anden forskning til udarbejdelse af vignetten. Ligeledes har vi gjort brug af en erfaren informant inden for feltet for at sikre vignettens relevans (Ejrnæs & Monrad, 2012b: 60-61). Med afsæt i en abduktiv tilgang og et kvalitativt forskningsdesign tog vi udgangspunkt i relativt beskrivende og neutrale oplysninger om en borger med diffuse smerter fra anden forskning. Oplysningerne er fra en oversigtstabel over sygedagpengemodtageres personlige situation. Dette gjorde vi blandt andet for ikke at fastsætte en teoretisk ramme. Ligeledes for at undgå at vignetten på forhånd var farvet af en bestemt holdning eller lagde op til en bestemt løsning. De oplysninger, som vi tog udgangspunkt i, beskriver en kvinde i slutningen af 40'erne, som er gift, mor til en voksen søn og har været sygemeldt i 2 måneder pga. diffuse smerter, som hun har haft i årevis. Hun har ingen diagnose, ej heller uddannelse, men har arbejdet som pædagogmedhjælper i 27 år (Mik-Meyer & Johansen, 2009: 30). Vi skrev vo-

res vignet på baggrund af ovenstående oplysninger og tilpassede den ud fra vores viden om feltet. Et eksempel på dette er f.eks. at vi skriver at *Bente har igennem en længere periode været til undersøgelser ved forskellige speciallæger, som ikke kan finde ud af hvad Bente fejler*, hvilket er et af vores fund fra litteratursøgningen. Herefter drøftede vi casen med en erfaren professionel på området for at sikre os, at casen var realistisk og havde de nødvendige oplysninger og detaljer. Tilbagemelding fra den erfarne professionelle var at vignetten virkede kort og præcis, men at en tilføjelse omkring case-personens arbejdsmarkedsperspektiv og udløsende faktor i forhold til sygemelding kunne være relevant. Vi valgte derfor at tilføje en sætning med case-personens perspektiv på arbejdssituationen: *og hendes oplevelse er nu, at hvis hun går på arbejde eller laver fysisk arbejde i hjemmet, ender hun med at have så mange smerter, at hun ikke kan holde til noget og må blive i sengen i flere dage for at komme ovenpå igen.*

Det kvalitative forskningsinterview

I forlængelse af vignetten har vi som beskrevet valgt at følge op i form af et interview. Ved brug af interview som metode har vi tilstræbt at indsamle empiri ved at komme i dybden med informanternes nuancerede udsagn over deres egne holdninger til borgere med diffuse smerter (Kvale & Brinkmann, 2015: 51). Vi har i interviewsituationen bestræbt os på at gå åbent til feltet for netop at lade informanterne fortælle deres holdninger og oplevelser. Vi er dog, med afsæt i en hermeneutisk forståelse, også bevidste om at vi har en baggrundsviden og ikke møder feltet med et tomt hoved (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 37). Endvidere tager undersøgelsen afsæt i en helt konkret problemstilling og har et specifikt formål, hvorfor vi har valgt at udarbejde en semistruktureret interviewguide som rettesnor for vores interview (Kvale & Brinkmann 2015: 49). At vores interviewguide var semistruktureret betød at vi interviewede ud fra en guide, der med åbne spørgsmål havde sit fokus på bestemte temaer, men stadig havde plads til at informanterne kunne få de beskrivelser og dimensioner frem, som de selv fandt relevante og væsentlige (Kvale & Brinkmann 2015: 52).

Udarbejdelse af interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet således at vi kunne være mere eller mindre styret af de spørgsmål vi ville stille, hvilket gav mulighed for at forfølge de svar fra informanterne som vi fandt relevante. Med udgangspunkt i vores abduktive tilgang hvor vi ikke har ønsket at være styret af en teori, har vores interviewguide ikke være udarbejdet på baggrund af teoretiske be-

greber, men i stedet på baggrund af vores litterære og praktiske referenceramme; altså vores viden om feltet. Interviewguiden har dog været forholdsvis detaljeret da vi havde afsæt i en vignet, et helt specifikt fænomen samt en helt konkret problemstilling (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 37-38).

Vi valgte at udarbejde interviewguiden i en tabel således at vi formulerede et forskningsspørgsmål, som var udarbejdet på baggrund af vores problemstilling og det fænomen og begreb vi ønskede at undersøge (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 38-40) i en kolonne og dertilhørende interviewspørgsmål formuleret i et hverdagssprog i en anden kolonne (Se bilag 3). Et eksempel på dette er f.eks. hvordan forskningsspørgsmålet *Hvilke holdninger har sygedagpengesagsbehandlere til borgere med diffuse smerter?* blev omformuleret til: *Hvad er det første der falder dig ind, når du læser denne case?* og *Hvad er din umiddelbare tanke om Bente?* som fremstår som spørgsmål uden fine begreber og som er skrevet i et sprog der er let for alle at forstå. Vi udarbejdede både direkte spørgsmål og mere indirekte spørgsmål som tidligere er beskrevet under vignetmetoden. Vi formulerede endvidere spørgsmål, som havde mere karakter af at være mulige spørgsmål eller opfølgende spørgsmål, som f.eks. *kan du sige noget mere om det?* eller *kan du uddybe hvad du mener med det?* som vi kunne anvende, hvis der var behov for at få informanterne mere i tale.
Forud for selve dataindsamlingen udførte vi et testinterview for at teste både vignet og interviewguide. Vi justerede efterfølgende i interviewguiden da vi oplevede at et spørgsmål omkring deres følelser føltes akavet, fordi det var placeret i en upassende rækkefølge. Vi ændrede derfor rækkefølgen på enkelte spørgsmål. Vi blev ved vores testinterview opmærksomme på at refleksionsniveauet var højt, og der ikke nødvendigvis var behov for et særlig styret interview for at få informanten i tale. Vi fastholdt dog spørgsmålene da vi hermed havde en rettesnor og dermed en sikkerhed for at opnå viden om det vi gerne ville undersøge. Vi har valgt at medtage vores testinterview, da vi ikke mener at selve meningen i interviewet var anderledes blot rækkefølgen på spørgsmålene.

Udførelsen af interviewene

I forlængelse af ovenstående blev vi under selve interviewene opmærksomme på at vores interviewguide i nogle af interviewene blev mere styrende end i andre. Det afhang af selve informantens måde at reflektere på og ligeledes informantens evne til at forholde sig refleksivt til spørgsmålene, hvor det for nogle informanter var vanskeligt at tænke ud over helt konkrete

svar ud fra konteksten som sagsbehandler. I disse interviews fungerede vores mere indirekte spørgsmål hvor vi spurgte ind til case-personen eller temaet i casen godt. Samtidig blev det i disse interviews vanskeligt fuldstændig at undgå mere lukkede og i få tilfælde ledende spørgsmål. Ligeledes blev vi under interviewene mere og mere opmærksomme på at anvende de sonderende spørgsmål, såsom "kan du uddybe det?" samt aktivt at anvende tavshed som et virkemiddel for at få informanten til selv at reflektere og tale videre om det der var dem på sinde (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 41). Rent praktisk var vi begge til stede ved alle otte interviews og opdelte det således at vi skiftedes til at være den styrende interviewer. Alle interview forløb uden praktiske problemer og varierede i tid mellem 27 minutter og 47 minutter.

Etiske refleksioner over dataindsamlingen

Når vi i en forskningssammenhæng har valgt at benytte kvalitative metoder, som i dette speciale med henholdsvis vignetmetoden og det kvalitative forskningsinterview, må vi være opmærksomme på at der vil være etiske og moralske spørgsmål, som vi må forholde os til. I denne type forskning opstår de etiske dilemmaer ofte fordi det kan være en kompleks situation at skulle udforske menneskers livsverden, holdninger og handlinger og efterfølgende publicere, fremlægge eller beskrive dette for omverdenen (Kvale & Brinkmann, 2015: 107). Ved indsamlingen af data forsøgte vi at skabe gennemsigtighed gennem hele forløbet fra start til slut (Kvale & Brinkmann, 2015: 120). Hertil anvendte vi bl.a., som tidligere beskrevet, et informationsbrev og et informeret samtykke for på forhånd at informere om formål, design og eventuelle risici og fordele ved at deltage i undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2015: 116). Ud over gennemsigtighed forsøgte vi ved hvert enkelt interview at skabe gode vilkår og rammer for informanterne og vægtede højt, at de var indforstået med omstændighederne ift. anonymisering, lydoptagelse og offentliggørelse af vores speciale. Vi blev undervejs i transskriberingen af interviewene opmærksomme på at det kunne blive vanskeligt at anonymisere informanternes udsagn informanterne imellem, da de kender hinanden og eventuelt ved, hvordan de hver især taler. Vi har derfor været opmærksomme på at selvom anonymitet er vigtigt ift. at beskytte informanterne, måtte vi samtidig være opmærksomme på at gå til fortolkningen med en vis fortrolighed og med respekt for informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015: 118).

Andre etiske overvejelser i forhold til at indsamle data ved at interviewe har omhandlet vores rolle som forskere både i selve interviewsituationen og efterfølgende i behandlingen af data. I og med at den ene forsker i forvejen kendte alle interviewpersonerne, måtte der være en op-

mærksomhed på at forholde sig til rollen som forsker, det vil sige professionelt, frem for en god ven eller kollega (Kvale & Brinkmann, 2015: 120). Dette gjorde vi bl.a. ved at holde fast i den formelle tone og en formel præsentation af både os som forskere og de forskellige retningslinjer, selvom det var en "ven" der sad på den anden side af bordet. Som tidligere nævnt var der enkelte af informanterne der havde vanskeligere ved at reflektere, granske sig selv og gøre sig selv sårbar. Vi har efterfølgende haft overvejelser om, om det kan have været svært at være ærlig over for en tidligere kollega, som kommer og stiller spørgsmålstegn ved deres arbejde. Dette har vi haft en fornemmelse af i enkelte tilfælde og har derfor været opmærksomme på at det kunne have betydning for kvaliteten. Yderligere har vores rolle som interviewere under selve interviewet været et punkt vi har forholdt os til, da vi har været meget opmærksomme på at interviewet er en opstillet situation og foregår inden for en særlig ramme og kontekst. Trods vores ønske om at få sagsbehandlernes dybe, detaljerede og personlige fortællinger og vores intenderede åbenhed og naivitet har vi dog været opmærksomme på, at interviewet er sket i en interaktion, informant og interviewer imellem. Ligeledes at forskningsinterviewet altid vil være konstrueret i en opstillet samtalesituation (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 31). I forlængelse heraf er den asymmetriske relation væsentlig at berøre. Under selve interviewet forsøgte vi at være bevidste om at vi havde et klart formål og en klar ramme for vores undersøgelse, og at interviewet dermed ikke skulle opfattes som en samtale. Ligeledes blev det heller ingen dialogbaseret situation, men nærmere en udspørgning. Efter interviewene har vi gjort os overvejelser om at vi har monopol på at fortolke vores informanters udsagn og har igen forsøgt at skabe gennemsigtighed og være tro mod informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015: 55-56).

Analysestrategi

I nedenstående afsnit følger en præsentation af specialets analysestrategi hvor vi vil præsentere hvorledes vi har bearbejdet vores empiri. Vi vil desuden introducere specialets analyseramme; hvordan analysen er bygget op samt den teoretiske rammesætning.

Databearbejdning

Transskribering

Den første proces i bearbejdningen af vores data var transskriberingen. Alle de foretagne interviews er blevet transskriberet for på bedst mulige facon at kunne strukturere interviewmaterialet og gøre det anvendeligt for vores videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2015:238). Alle otte interviews blev, som tidligere beskrevet, foretaget over tre dage fra mandag – onsdag. Transskriberingen af interviewene fandt sted i dagene i forlængelse af interviewene og foregik torsdag – tirsdag. På denne måde havde vi interviewene frisk i erindring og havde gode muligheder for at kunne genfremkalde hvad informanterne havde sagt (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 43). Interviewene blev delt nogenlunde ligeligt imellem os, primært efter hvor lange interviewene var. Samtidig forsøgte vi så vidt muligt at transskribere de interviews hvor vi ikke selv havde været den styrende interviewer. Da vi har været to om at transskribere, har det været vigtigt at transskriptionerne har været så konsistente som muligt (Tanggaard & Brinkmann, 2015: 45). Vi valgte derfor at lægge en helt fast og enkel strategi for hvordan vi skulle transskribere. Dette indebar bl.a. at vi skrev ordret hvad informanterne havde sagt, så vi sikrede, at ingen mening gik tabt. Fyldord som "øhh" blev dog udeladt, medmindre det vurderedes at være relevant for meningsindholdet. Desuden var tænkepauser, latter og andre væsentlige udtryk medtaget og angivet i parentes, da dette kunne have en betydning for meningsindholdet.

Når mundtlige samtaler skal nedskrives til tekst, kan der risikere at være stor forskel på hvilken betydning meningsindholdet tillægges, alt efter hvem der har udført transskriptionen. For at sikre reliabilitet i transskriptionerne har vi efter første interview udført en kvantificeret reliabilitetskontrol (Kvale & Brinkmann, 2015: 243), hvor vi begge uafhængigt af hinanden har lyttet til – og transskriberet 3 minutter af det første interview. Derefter har vi udpeget og nedskrevet de ord der var forskellige fra hinanden og herudfra vurderet hvorvidt transskriptionerne var ens og havde samme betydning. Ved denne reliabilitetskontrol var resultatet at meningsindholdet var det samme og den primære forskel var vores forskellige opsætninger, f.eks. i forhold til

hvordan vi transskriberede pauser, enten med prikker (…) eller ved tegnsætning. Vi blev opmærksomme på dette, forventningsafstemte og ensrettede herefter vores opsætning.

Kodning, kondensering og meningsfortolkning

Efter endt transskribering har vi bearbejdet vores data ved at kode, kondensere og fortolke.
Lige umiddelbart efter transskriberingen gennemgik vi i fællesskab alle otte interviews et efter et for at få et overblik over teksten, samt ud fra en datastyret tilgang løbende at identificere kategorier, begreber og temaer (Kvale & Brinkmann, 2015: 263), som vi efterfølgende kunne anvende til kodning. Vi endte med at have flere forskellige kategorier og samlede dem til 4 overordnede temaer; "Forståelse af diffuse smerter", "Systemet", "Holdninger" og "Holdningers påvirkning på arbejdet". Temaet "Forståelse af diffuse smerter" er opstået ud fra informanternes udsagn om hvordan de forstår diffuse smerter samt hvilke årsager de lægger til grund for smerterne. Temaet "Systemet" har vi bygget op ud fra deres udtalelser om bl.a. diagnosens betydning for deres arbejdsgang, lovgivningen og dennes påvirkning, sammenligning af diagnoser samt kategorisering og standardisering. Temaet "Holdninger" består af deres udtalelser om tillid og mistillid, fordomme, motivation og følelser, mens temaet "Holdningers påvirkning på arbejdet" er bygget op ud fra deres udtalelser om sagsbehandlerstrategier, håndtering af fordomme, professionalitet, arbejdsgang og erfaring. Efter denne inddeling i temaer, læste vi alle otte interviews igennem igen for at søge efter relevante citater til hvert tema i vores datatekst (Kvale & Brinkmann, 2015: 269-270). Helt lavpraktisk opstillede vi en tabel for hver kategori, og for hvert interview overførte vi de relevante udsagn. På denne måde har vi foretaget en datareduktion og ved at nedbryde vores data til mindre men mere håndterbare dele, har vi dekontekstualiseret vores empiri (Kvale & Brinkmann, 2015: 484, 271-272).

Vores kodning førte os herefter videre til en kondensering af informanternes udsagn, således vi omformulerede de lange tekstpassager til kortere formuleringer med essensen af meningen fra informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015: 269). Et uddrag af vores kodning og kondensering kan ses i bilag 4.

Analyseramme

For at kunne skabe en sammenhæng og retning på analysen har vi nærstuderet citaterne og kondenseringerne fra vores fire overordnede temaer; *Systemet*, *Forståelse af diffuse smerter*, *Hold-*

ninger og *Holdningers påvirkning på arbejdet*. I de udvalgte citater har vi set nogle væsentlige og relevante mønstre, som har givet anledning til at samle dem i tre nye typologier. Disse typologier har vi valgt at benævne; *1. Rammerne*, *2. Troen på borgeren* og *3. Motivation*. Vi har valgt at opbygge vores analyse ud fra de tre typologier. Typologierne og de dertilhørende mønstre beskrives nærmere i den indledende analysedel.

Vi har valgt at bruge en teoretisk fortolkningsramme til at forstå hvad informanternes udsagn betyder. Det vil sige at vi går ud over informantens egen selvforståelse og ud over en commonsense fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015: 281). Ud fra vores abduktive forskningsproces har vi tilstræbt at empirien og teorien skal understøtte hinanden i belysningen af vores problemformulering, hvorfor vi i analysen først præsenterer empirien, og herefter inddrager teorien til at understøtte belysningen af dette, hvorudfra vi vil foretage vores fortolkning.

I forlængelse heraf, vil vi præcisere hvorledes vi anvender citater. Vi har udvalgt citater ud fra, at de repræsenterer generelle sammenhænge, som vi har identificeret i vores empiri. Citaterne vil løbende inddrages som eksemplificeringer.

Præsentation af teori

Vi har ved bearbejdning af vores empiri og med udgangspunkt i de tre ovenstående typologier, ladet empirien styre os i retning af valg af teori. De teoretiske begreber vil løbende blive udfoldet i analysen, når de hver især anvendes i samspil med empirien, hvorfor nedenstående kun skal ses som en kortfattet præsentation. Teorien der anvendes i nærværende speciale fokuserer på aktørerne i feltet, hvorfor vi er bevidste om, at vi ikke har øje for overordnede samfundsstrukturer.

Street-level Bureaucracy som teoretisk ramme

Som en overordnet teoretisk ramme har vi valgt at anvende professor Michael Lipsky og hans teori om Street-level Bureaucracy (Lipsky, 1980). Denne teori kan hjælpe os til at forstå hvad det er der sker i sagsbehandlingen, når vores informanter, sagsbehandlerne, skal foretage vurderinger i deres arbejde med borgere med diffuse smerter. Ifølge Lipsky er frontlinjemedarbejdernes vurderinger og handlinger bestemmende for de offentlige ydelser der når ud til borgerne. For trods det at den sagsbehandling, der foregår i jobcentret og i dette speciales tilfælde en

sygedagpengeafdeling, er styret af overordnede politiske strategier, som udmøntes i lovgivning er det ifølge Lipsky netop frontlinjemedarbejderen, der med sin mulighed for at foretage en skønsmæssig vurdering, er med til at omforme de styrende retningslinjer for sygedagpengeområdet til den form og sagsbehandling som borgeren møder (Lipsky, 1980: 13-14., Brodkin, 2011: 254). Det vil altså sige at den pågældende lovgivning og politik som borgerne møder ikke er den faktisk udstedte politik. I stedet er det en politik, der er omformet af sagsbehandlerne selv, på baggrund af det handlingsrum og den autonomi de har i arbejdet. Denne handlefrihed betyder at de til en vis grænse selv har muligheden for at definere, afgrænse og bestemme den indsats eller ydelse, som borgeren modtager (Lipsky, 1980: 13), hvorfor sagsbehandlernes handlinger overordnet kommer til at udgøre organisationens politik og adfærd.

Udvalgte begreber

Ifølge Lipsky kan frontlinjemedarbejderne opleve en følelse af utilstrækkelighed, da det er svært at overholde den udstedte lovgivning samtidig med at skulle imødekomme egen faglighed, borgernes interesser og andre behov der omkranser deres arbejde (Lipsky, 1980: 4). Derfor udviser frontlinjemedarbejderne nogle ensartede adfærdsmønstre, som gør dem i stand til at mestre det krydspres de befinder sig i. De forskellige mestringsstrategier kan inddeles i fire kategorier hvoraf vi vil dykke ned i og udfolde to af dem til videre anvendelse i vores analyse. Den første kategori vi vil anvende indeholder mestringsstrategier hvis effekt er at *rationere service* (Lipsky, 1980: 105). Det drejer sig blandt andet om prioritering, herunder begrebet creaming (Lipsky, 1980: 107). Winter og Nielsen (2008) opererer med tre former for creaming, nemlig succes-creaming, kvantitets-creaming og efficiency-creaming. I nærværende speciale anvender vi succes-creaming, som refererer til når frontlinjemedarbejderen prioriterer sager, der har en større sandsynlighed for succes end andre, selvom det ikke er de sager der står først for eller behøver hjælpen mest (Winter & Nielsen, 2008: 118-119).

Den anden kategori vi vil anvende indeholder mestringsstrategier hvis effekt er at *automatisere service.* Her vil vi anvende mestringsstrategierne: *Brug af grove kategoriseringer af klienter, tommelfingerregler for håndteringen af klientkategorier, rutinisering med hensyn til hvordan en sag håndteres* og *brug af standardløsninger.* Disse mestringsstrategier siger alle sammen noget om hvordan frontlinjemedarbejderen automatiserer måden at håndtere borgerne på ved f.eks. at grovkategoriseringen af borgerne afgør den videre sagsbehandling, og at sagsbehandlerne følger

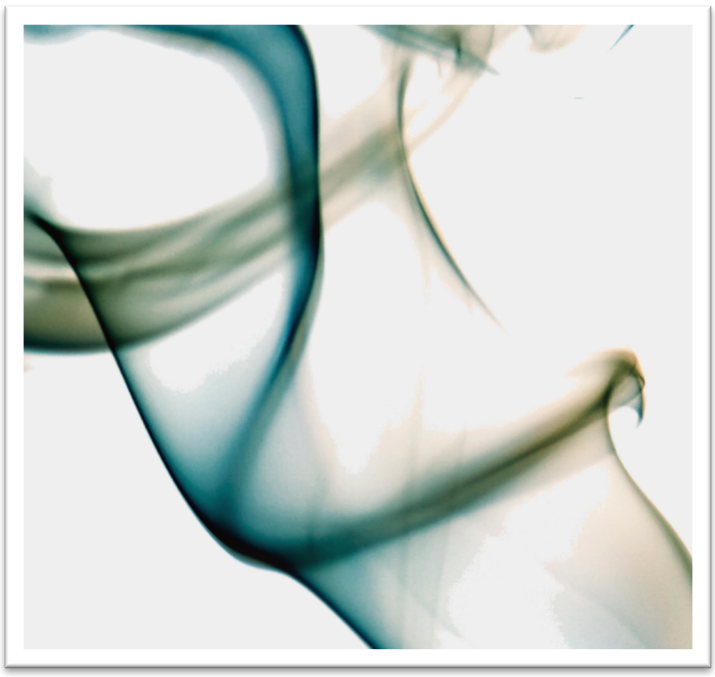
procedurer og retningslinjer uden at vurdere om det er den bedste løsning for borgeren (Winter & Nielsen, 2008: 120-121).

Supplerende teorier

Ud over Michael Lipsky og hans teori Street-level bureaucracy har vi desuden valgt at inddrage teori af Axel Honneth, hvis teoretiske omdrejningspunkt er begrebet anerkendelse. Denne anerkendelsesteori anvender vi til at forstå hvordan manglende anerkendelse har betydning for individet, her borgeren, som retssubjekt og i det sociale liv. Vi belyser hvilken betydning det kan have for borgeren ikke at blive forstået og vi anvender i forlængelse heraf begreberne usynlighed og krænkelse.

Vi inddrager ligeledes en rapport fra forskningsprojektet "Sagsbehandlerens betydning for udsatte borgeres jobchancer" skrevet af Væksthuset (Væksthusets Forskningscenter, 2017). Denne anvendes til belysning og understøttelse af hvad sagsbehandlernes tro på borgeren har af betydning.

Teorier, rapport og lovgivning inddrages løbende til på forskellig vis at belyse og nuancere den udvalgte empiri.



Del 3

Hvad er vi kommet frem til?

Analyse

Vi ønsker med denne analyse at svare på hvordan sygedagpengesagsbehandlerne oplever at arbejde med borgere med diffuse smerter og på hvilken måde det kan ses i deres vurderinger af disse borgere, eksemplificeret ved vignetten om Bente. Vores vignet om Bente er anvendt som en rammesætning for at sikre samme forståelse blandt informanterne og bliver i analysen benyttet som et redskab til at fremstille konkrete udsagn fra informanterne.

På baggrund af vignetten og vores undersøgelse af sagsbehandlernes holdninger og faglige vurderinger har vi, som nævnt i analyserammen, valgt at opstille vores analyse ud fra de tre typologier: Rammerne, Troen på borgeren og Motivation.

Første delanalyse vil være en analyse om ***Rammerne*** hvor vi vil se nærmere på hvorledes diagnosen, eller det at mangle en diagnose, har en betydning i sagsbehandlingen for både borgere og sagsbehandlere. Vi har set at rammerne for beskæftigelsesindsatsen på flere punkter vanskeliggør sagsbehandlingen for vores informanter og vi vil berøre hvilke muligheder sagsbehandlerne har for at handle inden for lovgivning og de opstillede rammer de har til rådighed. Dette betyder at der kan opstå en manglende tro på, prioritering af samt motivation for at arbejde med denne borgergruppe, hvilket vi vil udfolde i de efterfølgende analysedele.

Anden delanalyse vil omhandle ***Troen på borgeren***, hvor vi vil se nærmere på sagsbehandlernes forståelse af begrebet diffuse smerter. Vi vil berøre hvorledes deres manglende forståelse for sygdommen gør det vanskeligt at forstå det borgerne kæmper med og at *se* borgerne, som borgerne ser sig selv. Vi vil desuden udfolde hvorledes sagsbehandlernes tro på om borgerne kan rykke sig, har betydning for borgernes aktuelle jobchancer.

I tredje delanalyse om ***Motivation*** vil vi diskutere hvorledes rammerne har betydning for sagsbehandlernes motivation, samt hvorledes forskelligheder i sagsbehandlernes motivation kan være problematisk, da dette kan føre til forskelsbehandling over for borgerne.

I de følgende afsnit vil vi præsentere og gennemgå de fund som vi har gjort os i empirien. Dette vil vi i en vekselvirkning mellem empirien og teorien tilstræbe at lægge et analytisk blik på. Empirisk har vi medtaget citater fra alle fire temaer og vi anvender citater som en generel præ-

sentation af vores empiri og vil herudfra opbygge pointer og problematikker, mens teorien inddrages til at forstå, forklare og nuancere disse.

Første del: Rammerne

Diagnosens betydning for borgeren

Indledningsvist vil vi med afsæt i empirien kaste et blik på hvordan det at have en diagnose spiller en rolle i forhold til borgerens adgang til systemet som nedenstående citat af informant D har givet anledning til:

> *"Så på den måde tror jeg man kommer til at skulle bokse med nogle andre ting end hvis det var mere konkret. Og en diagnose, der er meget klart forklaret, det er det her det handler om og det er det her vi kan gøre ved det, ik. Så på en eller anden måde en forhaling af forløbet og måske en kamp, også for borgerne, om noget andet, altså fordi jeg tror de skal bokse meget med at blive mødt af en fordom. Og det kan måske også gøre, at de holder mere fast i at have ondt, de holder mere fast i at være syge, fordi de føler de skal legitimere at de har det skidt, ik."*
>
> (Informant D)

Som citatet illustrerer skal borgere med diffuse smerter *bokse med nogle andre ting end hvis det var mere konkret*, hvilket det af citatet fremgår ikke nødvendigvis ville være samme vilkår for en der havde en mere konkret og forklaret diagnose. Vi forstår at en diagnose kan være et redskab til at forklare hvad sygdommen betyder, og hvad der kan gøres ved sygdommen. Ligeledes kan det ikke at have en konkret og forklaret diagnose være en kamp for den syge, som skal *bokse meget med at blive mødt af en fordom* i og med at sygdommen ikke på samme måde kan forklares som ved en konkret diagnose. Som sagsbehandleren udtrykker kan dette medføre at borgeren fastholdes i en identitet som værende syg, fordi *de føler de skal legitimere at de har det skidt.*

Som vi er blevet opmærksomme på i vores litteraturgennemgang, peger en del forskning på at en diagnose har en væsentlig betydning, i og med at en diagnose kan være adgangsgivende til en form for accept og anerkendelse af hvad der er normal adfærd, da der via diagnosen bliver en legitim grund til at borgeren er syg og har smerter. Samtidig kan det at få en diagnose også have indflydelse på den adgang som den syge har til behandlingssystemet, information og patientgrupper samt adgang til privilegier i systemet, f.eks. adgang til offentlig forsørgelse eller understøttelse i anden form (Nettleton, 2005: 1170., Mik-Meyer & Johansen, 2009: 11-14). Set ud fra dette perspektiv i forskningen, sammenholdt med citatet ovenfor, kan vi forstå at det kan være vanskeligt for borgere med diffuse smerter at opnå adgang til systemet og opnå anerkendelse, da de netop ikke har en konkret og forklaret diagnose, der kan legitimere deres smerter,

deres lidelser og den situation, som de nu står i som sygemeldte. Dette kan vi, på baggrund af ovenstående, finde problematisk, da det kan skabe en sygdomsidentitet, hvor borgeren fastlåses i at være syg og have ondt netop for at *legitimere* deres smerter og dermed opnå en form for anerkendelse af at de *har det skidt.*

En diagnoses betydning inden for rammerne

I forlængelse heraf har det i empirien desuden vist sig, at det at have en diagnose også har væsentlig betydning for selve sagsbehandlingen. I følgende afsnit præsenteres hvorledes specialets informanter oplever at diagnosen, inden for de overordnede rammer, har betydning for sagsbehandlingen.

Som tidligere beskrevet arbejder sagsbehandlerne i et felt styret af lovgivning, politiske, organisatoriske og økonomiske interesser, hvor der på sygedagpengeområdet er et helt tydeligt fokus på, at borgerne hurtigst muligt skal tilbage på arbejdsmarkedet eller hurtigst muligt skal afklares (Caswell & Larsen, 2015: 13., Torfing, 2004: 238-239., Retsinformation, 2018a: §1). Det empiriske datamateriale har vist et mønster af, at det for sagsbehandlerne er vanskeligt at arbejde med borgere med diffuse smerter eftersom denne borgergruppe ikke har en helt tydelig og forklaret diagnose. Som det bl.a. fremgår af sygedagpengelovgivningens kapitel 6, §8, stk. 1: *"Kommunen skal i løbende sygedagpengesager, hvor kommunen ikke har modtaget en raskmelding, tilrettelægge og gennemføre et individuelt og fleksibelt opfølgningsforløb under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger."* (Retsinformation, 2018a). Set ud fra et lovgivningsmæssigt perspektiv skal sagsbehandlerne foretage en vurdering og tilrettelægge et forløb *under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger*. Ligeledes fremgår det af Lov om aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 13 §70a, at grundlaget for visitering til fleksjob bl.a. hviler på at *borgerens ressourcer og udfordringer er afklaret, at alle muligheder er udtømte og den pågældendes arbejdsevne er varigt og væsentligt begrænset* (Retsinformation, 2016). Vi kan ud fra et lovgivningsmæssigt perspektiv forstå, at sagsbehandleren skal dokumentere at borgerens arbejdsevne er afklaret ud fra et skøn om *at alle muligheder er udtømte*.

I empirien udtrykkes følgende:

" (…) men der er jo en eller anden tendens til at lovgivningen, vi skal være meget skarpe, hvis vi skal give fleksjob eller førtidspension. Og meget skarp, det bliver svært når det er en uskarp diagnose."
(Informant A)

Det fremgår af citatet at det kan være vanskeligt for sagsbehandlerne, i henhold til loven: *under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger* at foretage en vurdering af at *alle muligheder er udtømte* hos en borgergruppe med diffuse smerter, hvor sygdommens karakter opleves som uskarp. Vi kan ud fra dette citat udlede at sagsbehandleren på den ene side skal leve op til krav om skarpe vurderinger, hvilket bliver vanskeligt med lige præcis denne borgergruppe, da sagsbehandleren ikke har en helt skarp men en diffus diagnose og karakteristik af sygdommen til rådighed for sin vurdering.

Handlemuligheder

Udover at sagsbehandlerne kan have vanskeligt ved at være skarpe, med en uskarp diagnose, udtrykkes blandt vores informanter, at de kan have vanskeligt ved at gøre noget i sagen, når der ikke fremgår en skarp diagnose. Blandt andet udtaler en anden af vores informanter således:

Interviewer: "... hvad betyder det for din holdning til Bente, at hun ikke har en diagnose?"

Informant C: "øhm… ja det betyder noget i forhold til... ikke min holdning til hende, men i forhold til hvilke skridt man kan tage, altså hvilke handlemuligheder jeg har som sagsbehandler, der betyder det selvfølgelig noget. (...) jo fordi tit… kan du ikke rigtig komme videre før at du har den lægelige udredning og diagnosticering er på plads. Og så når du mangler diagnoser, så er det svært at sige om behandlingsmulighederne er udtømte, altså… det giver lidt sig selv. En diagnose er jo kun et redskab til, at iværk… at finde frem til den rette behandling. Det er jo ikke nødvendigvis noget med… specielt meget med, ja virkeligheden at gøre, det er jo mere sådan en antagelse man tager, for at kunne sætte en behandling i gang."

Informant C's udsagn fortæller os at en diagnose har en betydning ift., hvordan der på en eller anden måde kan handles på borgeren og i forløbet. Informanten udtrykker at det er nødvendigt med en form for diagnose for at vide *hvilke skridt man kan tage, altså hvilke handlemuligheder jeg*

har som sagsbehandler. Sammenholdt med det felt som sagsbehandlingen foregår i, kan vi forstå at sagsbehandlerne har behov for en form for diagnose for at kunne foretage en vurdering af borgeren ift. hvilke hjælpeforanstaltninger og tiltag, der kan iværksættes. Citatet illustrerer ligeledes at sagsbehandleren i høj grad læner sig op ad den lægelige vurdering, og som det fremgår af det første citat, at *en diagnose, der er meget klart forklaret, det er det her det handler om og det er det her vi kan gøre ved det*, peger empirien på at sagsbehandleren, i arbejdet med syge mennesker, må forholde sig til på hvilken måde sygdommen påvirker den syge og hvordan den syge kan få det bedre, hvad den syge kan og ikke kan. Og som informant C udtrykker i ovenstående citat så *kan du ikke rigtig komme videre før at du har den lægelige udredning og diagnosticering er på plads. Og så når du mangler diagnoser, så er det svært at sige om behandlingsmulighederne er udtømte.* Det illustrerer at sagsbehandlingen bliver lettere så snart der foreligger en diagnose samt at sagsbehandleren, når der ikke er en diagnose, ikke kan sige om *behandlingsmulighederne er udtømte*, hvilket vi i tråd med føromtalte citat og gennemgang af lovgivningen forstår kan vanskeliggøre sagsbehandlerens vurdering.

Til at forstå ovenstående pointe vil vi her trække på Lipskys teoretisering af frontlinjemedarbejderens mestringsstrategier, som blev introduceret i vores analyseramme. I dette afsnit vil vi læne os op ad de strategier hvis effekt er automatisering af servicen. Her forklares hvordan frontlinjemedarbejderen automatiserer måden at håndtere borgerne på idet de, på trods af at de forsøger efter bedste evne, ikke kan servicere alle borgere inden for de ressourcer og den tid de har til rådighed, hvorfor de ifølge Lipsky vil udvikle strategier til at opdele borgerne i kategorier og efterrationalisere disse. Sagsbehandlerne skal i deres arbejde med mennesker foretage vurderinger på baggrund af deres skøn, og de har derfor behov for rutiner og kategorier for at kunne behandle borgerne (Lipsky, 1980: 140). Lipskys pointe er at sagsbehandlerens arbejde indebærer en forestilling om borgeren samt at sagsbehandleren altså ikke kan arbejde uden implicitte modeller til at sortere dem, som arbejdet omhandler; borgerne. En sådan opdeling kan ikke kun hjælpe sagsbehandleren ift. at fordele begrænsede ressourcer, men også være med til at retfærdiggøre de vurderinger de træffer (Lipsky, 1980: 152). Frontlinjemedarbejderen opgør, ud fra deres sorteringsmodeller, nemlig hvilke borgere der er mest værdige ift., hvor de skal lægge deres indsats. Ofte sker denne vurdering ud fra hvilke borgere der er mest samarbejdsvillige og hjælpsomme i deres egen sag eller som er mest modtagelige for hjælpen. Dette er, ifølge Lipsky, et udtryk for at sagsbehandleren dermed kan tro på at deres ressourcer er godt givet ud

(Lipsky, 1980:152). Dog problematiserer Lipsky også det at sorteringsmodellerne eller forestillingerne om borgerne ligeledes kan skabe en form for tolerance af en rutinepræget behandling af borgerne, ud fra at sagsbehandlerens egen vurdering tillader at nogle borgere får mere service end andre (Lipsky, 1980:152).

Ved en opdeling og kategorisering af borgeren kan sagsbehandleren ligeledes placere "skylden" alt efter hvad der giver mening, f.eks. ved at tillægge årsagen til borgerens situation til borgeren selv uden at tage omstændighederne i betragtning (Lipsky, 1980: 152-153). Samtidig kan det at modificere sin autoritet og lægge begrænsninger på eget anvendelsesområde fritage frontlinjemedarbejderen for ansvaret for resultatet af arbejdet og dermed reducere båndet mellem ressourcer og målsætninger. En fornægtelse af skønnet i sagsbehandlerens arbejde kan være en måde at fralægge sig ansvaret på (Lipsky, 1980: 149). Det vil sige en benægtelse og rationalisering af at sagsbehandleren har indflydelse fordi "sådan er loven", hvilket kan medvirke til at beskytte sagsbehandleren fra borgerens pres men samtidig også deres egen utilstrækkelighed i sagsbehandlingen fordi de har knappe midler til rådighed i den offentlige sektor (Lipsky, 1980: 149).

Kategorisering

I et samspil mellem vores empiriske fund og Lipskys teoretiske ramme kan vi opnå en forståelse af og forklaring på hvorledes en diagnose kan være betydningsfuld for sagsbehandleren i sagsbehandlingen.

Som det empiriske materiale præsenterede os for er det vanskeligt for sagsbehandlerne at foretage en vurdering af borgere med diffuse smerter under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger, samt vurdere hvorledes alle muligheder er udtømte, i og med at sagsbehandleren ikke har en skarp og forklaret diagnose som udgangspunkt. Ud fra den teoretiske ramme kan vi forstå hvordan sagsbehandlerne sorterer og opdeler borgerne i kategorier for netop at gøre borgerne håndterbare samt at kunne retfærdiggøre en fordeling af de ressourcer der er til rådighed. Ud fra en tanke om at en sådan vurdering oftest sker på baggrund af om borgeren er samarbejdsvillig, selv tager ansvar i egen sag eller om borgeren er modtagelig for hjælpen, fortolker vi denne kategorisering af borgerne ud fra det perspektiv at denne gruppe kan være vanskelig at hjælpe og samarbejde med. Dette på baggrund af at det er uklart hvordan borgeren kan hjælpes og hvorledes man kan opbygge et samarbejde. Problemet kan der-

med være at denne borgergruppe kategoriseres i en gruppe, hvor sagsbehandleren ikke tror på at opmærksomheden eller ressourcerne vil være velplaceret og frugtbart.
På den anden side kan vi af teorien udlede at en opdeling af borgerne kan være med til at retfærdiggøre de vurderinger, som sagsbehandlerne træffer, hvilket vi kan fortolke lige præcis i disse sager som en støtte for sagsbehandleren. Netop når sagsbehandlerne har vanskeligt ved at foretage vurderinger i disse sager, kan en sådan kategorisering retfærdiggøre hvorfor sagsbehandleren lige præcis vurderer som de gør eller ikke gør. Det problematiske ved dette kan, med afsæt i teorien, være at borgeren bliver kategoriseret ud fra et sæt af rutineprægede rammer og at sagsbehandleren dermed overser individet. Som det fremgik af tidligere citat, så er *diagnose er jo kun et redskab til, at iværk… at finde frem til den rette behandling. Det er jo ikke nødvendigvis noget med… specielt meget med, ja virkeligheden at gøre, det er jo mere sådan en antagelse man tager, for at kunne sætte en behandling i gang.* Dette kan vi ud fra den teoretiske ramme fortolke således at sagsbehandleren ikke nødvendigvis forstår diagnosen som noget der er virkeligt, men som en måde at placere, sortere eller kategorisere borgeren på for derefter at kunne foretage en vurdering. Vi kan ud fra denne fortolkning forstå at en diagnose derfor får en væsentlig betydning for sagsbehandlerens vurdering og arbejde.

Vi kan yderligere i en fortolkningsramme af teorien forstå at sagsbehandleren lægger den diffuse og uskarpe diagnose, det vil sige borgerens karakteristika, til grund for borgerens situation og den vurdering der foretages eller ikke kan foretages. Det kan betyde at årsagen til at sagsbehandleren ikke kan foretage en vurdering i sagen placeres hos borgeren selv. Dette kan forstås som sagsbehandlerens egen måde at distancere sig fra eller fritage sig selv for, hvorfor denne ikke kan handle og foretage en vurdering i sagen. Ud fra tidligere pointe om at sagsbehandleren på den ene side skal leve op til krav om skarpe vurderinger, men samtidig på den anden side ikke har en helt skarp diagnose til rådighed for sin vurdering, kan vi forklare en sådan distancering fra den skønsmæssige vurdering med at det netop er sagsbehandlerens måde at håndtere dette krydspres på.

Diagnosen som rettesnor

Yderligere forhold vi er blevet opmærksomme på i vores empiri er at en diagnose kan give en retning i sagsbehandlingen. Det har yderligere vist sig at når diagnosen har så stor betydning for hvad sagsbehandleren kan gøre i sagen, er det ligeledes et generelt mønster blandt vores

informanter, at diagnosen har betydning i form af at give en retning på forløbet. Det vil sige at en diagnose giver en rettesnor for sagsbehandlerne i forhold til hvilke handlinger og skridt de kan tage i sagen.

Interviewer: "Og hvad ville det så betyde for dig i dit arbejde, hvis Bente havde en diagnose?"

Informant E: "Jamen det ville jo give sådan et eller andet klart billede af, jamen hvad er det der skal til og ikke til. Så hvis der er en diagnose, så ville man, f.eks. hvis det er fibromyalgi hun har fået, jamen så ved man lidt mere om selve sygdommen, og så ved man, hvad må man sætte i gang og hvad må man ikke sætte i gang. (…) *For så ved man lidt mere, hvis man ved noget om sygdommen, så kan man bedre skubbe i den retning, man hurtigere skal, end når det er sådan noget diffust, så er det lidt sværere fordi så... så er det sådan lidt, man kaster nogle bolde op og så griber man, og tænker, er det den her jeg skal tage? Så, det kan være lidt nemmere med en diagnose. Ja."*
(Informant E)

Set ud fra citatet kan det være vanskeligt at komme videre i disse sager uden en diagnose og det kan være vanskeligt at vide hvilke indsatser, tiltag og foranstaltninger, der må og kan iværksættes. Med en diagnose *så ved man lidt mere om selve sygdommen, og så ved man, hvad må man sætte i gang og hvad må man ikke sætte i gang.* Som det tidligere er beskrevet skal der iværksættes en eller anden form for indsats. Dog kan den manglende retning på sagsforløbet også have en betydning for hvor hurtigt man kan handle i sagen som informant E udtrykker *så kan man bedre skubbe i den retning, man hurtigere skal, end når det er sådan noget diffust, så er det lidt sværere.* Citatet illustrerer at sagsbehandleren kan famle lidt i blinde på grund af uklarhed omkring hvad borgeren fejler og dermed hvad man kan gøre i sagen. Set i lyset af Lipskys *automatisering af service*, hvor sagsbehandleren bruger grove standardklassifikationer og tommelfingerregler til at foretage føromtalte inddeling af borgerne, kan vi forklare sagsbehandlerens behov for denne kategorisering, idet den kan afgøre det videre forløb (Winter & Nielsen, 2008: 120) og dermed angive en retning til sagsbehandleren ift. hvad hun *må* og *ikke må* sætte i gang. Samtidig er det interessant at sagsbehandleren ud fra kategoriseringen kan foretage en vurdering af, hvad der *må* og *ikke må* sættes i gang, hvilket vi kan forstå, som en måde hvorpå de forskellige kategorier eller diagnoser bestemmer hvilke forskellige muligheder borgeren får adgang til.

Langvarige sager

Ud fra empirien kan vi udlede, at disse sager med diffuse smerter ofte ender med at være langvarige sager.

> *"Med en diagnose, så er det et kortere forløb. (…) Men jeg har også haft nogle fra 2015, de har bare smerter, smerter, smerter. Indtil i dag. De er stadigvæk på mit skrivebord. Fordi det er jo ikke noget. Så længe folk ingen diagnoser har, man kan blive ved med at sende dem til sygehuset til udredning, uden at det er mig der gør det."*
> (Informant F)

Ligeledes udtaler informant D:

> *"Altså hvis nu hun havde fejlet noget andet så ville jeg ikke have tænkt "åh nej, der er lang vej" fordi hun har arbejdet så mange år. Og fordi hun ikke har været syg særlig længe, ik? Men fordi det er diffuse smerter, så kan jeg godt foranlediges til at tænke "hmm, det kan godt tage noget tid det her, ik"? Så det er egentlig lidt interessant, ik? At jeg tænker hende ikke umiddelbart som udsat, kun det at hun har de her diffuse smerter ja."*
> (Informant D)

Med afsæt i ovenstående citater lader det til at disse sager, hvor det drejer sig om diffuse smerter, på grund af den manglende diagnose ender med at blive længerevarende. Både som informant F udtaler, at *Så længe folk ingen diagnoser har, man kan blive ved med at sende dem til sygehuset til udredning* og som informant D udtaler *Men fordi det er diffuse smerter, så kan jeg godt foranlediges til at tænke "hmm, det kan godt tage noget tid det her, ik?".* Empirien fortæller os at sagsbehandlerne har en oplevelse af, at disse sager kan blive lange. Dette pga. at borgerne ikke kan blive udredt samt sagsbehandlernes manglende handlemuligheder.

Informant D udleder i forlængelse heraf at disse borgere på grund af deres diffuse smerter er mere udsatte. Dette ser vi kan være problematisk både for sagsbehandleren og for borgeren. Det kan have konsekvenser for f.eks. borgerens økonomi. Som tidligere omtalt skal der allerede efter 22 uger på sygedagpenge foretages en revurdering af om man fortsat opfylder betingelserne for at modtage sygedagpenge (Retsinformation, 2018a: §24). Der er jf. sygedagpengeloven syv muligheder for at forlænge sygedagpengene ved revurderingstidspunktet. Gældende

for alle syv forlængelser er, at der skal foreligge en vis afklaring af borgerens tilstand og prognose ved revurderingstidspunktet. F.eks. hedder det at man kan forlænge sygedagpengene, hvis det er overvejende sandsynligt at den syge kan tage uddannelse, hvis det er nødvendigt at iværksætte afklarende foranstaltninger for at afklare arbejdsevnen, hvis den sygemeldte afventer behandling, der kan bringe den sygemeldte tilbage til ordinær beskæftigelse, hvis den sygemeldte har en livstruende sygdom, hvis der er gang i en arbejdsskadesag eller den syge kan indstilles til pension (Retsinformation, 2018a: §27). I forrige afsnit kunne vi ud fra en teoretisering af empirien forstå at denne borgergruppe med diffuse smerter kan være vanskelig at foretage en vurdering af, samt at disse sager ofte bliver langvarige på grund af, at borgerne ikke kan udredes og dermed ikke har en diagnose. Vi kan derfor se et problem i at sagsbehandleren allerede efter 22 uger skal foretage en vurdering af borgerens situation i forhold til den fremtidige forsørgelse. Såfremt der ikke kan foretages denne revurdering vil borgeren ikke kunne få deres sygedagpenge forlænget og de vil dermed overgå til det der hedder jobafklaring, som betyder at de får en lavere ydelse (Retsinformation, 2017: §69 j). Det kan ligeledes, som vi har været inde på, have betydning for vurderingen af hvornår og hvilke tiltag og hjælpeforanstaltninger der kan iværksættes, eller hvornår man kan dokumentere at borgerens arbejdsevne er fuldt udviklet og dermed afklaret, således borgeren kan få en afgørelse om et mere stabilt og sikkert forsørgelsesgrundlag, som f.eks. et fleksjob.

Meningsløs sagsbehandling

I sager hvor sagsbehandlerne ikke kan handle i sagen på grund af den manglende diagnose og de samtidige krav fra lovgivningen, som de skal leve op til, kan det skabe frustrationer hos sagsbehandlerne.

Ud fra informanternes udsagn kan vi høre en frustration over at sidde overfor syge borgere og ikke kunne gøre noget men samtidig skal de leve op til de krav og rammer, som de arbejder under, f.eks. krav om dokumentation, opfølgningssamtaler hver 4. uge, sager der skal forelægges rehabiliteringsteamet uden at nogle af disse ting gør noget godt for borgeren, udvikler eller afklarer deres arbejdsevne. Derfor kan selve sagsbehandlingen blive meningsløs. Informant H udtaler:

> *"Det er nok mere det der kan frustrere mig, hvor man sådan tænker "hvorfor? Det ændrer jo ikke noget". Altså Bente bliver jo ikke mere rask af at jeg slæber hende igennem nede på rehabiliteringsteamet,*

og rehabiliteringsplaner og sådan noget. Det er jo ikke det der gør, at hun holder op med at have ondt. (...) så jeg tror mere det er sådan noget der kan frustrere mig undervejs, det er alt det der arbejde der skal lægges i noget, hvor jeg tænker "det har bare ikke nogen betydning, det ændrer ikke noget for de her smerter" for eksempel. Så der kan min frustration godt komme til at lægge, og det kan jeg bare ikke rigtig gøre noget ved."

(Informant H)

Som det fremgår af Lov om aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 12b, §68d, stk. 2 skal jobafklaringssager forelægges kommunens rehabiliteringsteam, således der kan laves en individuel, tværfaglig og helhedsorienteret indsats til borgeren (Retsinformation, 2016). Med afsæt i lovgivningen betyder det at sagsbehandlerne sammen med borgerne skal udarbejde en rehabiliteringsplan efter 22 uger for at sagen kan forelægges rehabiliteringsteamet. Det kan være vanskeligt at foretage en sådan vurdering og udarbejde denne plan, så længe der er uvished omkring borgerens sygdomskarakter, begrænsninger og ressourcer og som informant H i ovenstående citat netop udtaler så er det, det *der kan frustrere mig undervejs, det er alt det der arbejde der skal lægges i noget, hvor jeg tænker "det har bare ikke nogen betydning, det ændrer ikke noget for de her smerter" for eksempel.* Ligeledes skal sagsbehandlerne jf. lovgivningen holde opfølgningssamtaler med sygemeldte borgere hver 4. uge (Retsinformation, 2018a: §13b). Hvis man som nedenstående sagsbehandler ikke kan gøre noget i sagen fordi borgeren fortsat er under udredning og man afventer en læges vurdering eller en diagnosticering for at kunne udelukke eller blive tydeligere på sygdommens betydning for borgeren, så er der ikke nødvendigvis så meget nyt at tale om til en samtale i jobcentret hver 4. uge. Informant B fortæller om samtaler på denne måde:

"Jamen jeg tror egentlig ikke det betyder så meget andet end at tiden går, hvor jeg egentlig synes der går rigtig lang tid. Du holder en hel masse samtaler og du når ikke rigtig noget sted, fordi der er jo ikke noget nyt når hun kommer"

(Informant B)

Vi kan ud fra ovenstående empiri set i lyset af lovgivningen og Lipskys rutiniseringsstrategi forstå, at disse sager både kan være vanskelige at handle i, blive langvarige og betyde at sagsbehandlingen kan blive meningsløs, hvis sagsbehandleren skal tale med den syge uden rigtig at have noget at tale om men blot for at overholde et lovkrav, hvor *du holder en hel masse samtaler*

og du når ikke rigtig noget sted, fordi der er jo ikke noget nyt når hun kommer. Eller som informant H oplever det, at sagsbehandleren *slæber hende igennem nede på rehabiliteringsteamet, og rehabiliteringsplaner og sådan noget* kun for at overholde et bureaukratisk krav og ligeledes oplever: *Det er jo ikke det der gør, at hun holder op med at have ondt*. Vi tolker ud fra dette at selve opgaverne bliver standardiserede og sagsbehandleren følger de tilrådelige procedurer og retningslinjer, uden nødvendigvis at anskue om det er den løsning, der er i overensstemmelse med borgerens behov.

I forlængelse heraf er fremkommet empiriske fund der ligeledes peger på, at det for sagsbehandlerne kan være frustrerende og demotiverende at være låst fast af de lovgivningsmæssige rammer, procedurer og retningslinjer. Nedenstående citat illustrerer hvorledes det kan være frustrerende ikke at kunne tænke ud over rammerne eller tænke lidt kreativt med denne målgruppe:

> *"Det der gør mig meget mere frustreret det er, hvis jeg kan se, at der kunne være et godt tilbud til den her borger, fordi det tror jeg på. Det kan være der ikke er så mange andre der tænker det, men det tænker jeg kunne være rigtig godt, og så jeg ikke kan få lov til det. Fordi vi har det tilbud, det tilbud, det tilbud, men vi har ikke lige det her tilbud. (...) Men hvis jeg kunne få lov at tænke mere kreativt. (...) Fordi det tror jeg er nødvendigt med den slags borgere, at vi er mere kreative."*
> (Informant G)

Citatet vidner om, at det lige præcis med denne målgruppe vil være *nødvendigt med den slags borgere, at vi er mere kreative*. Ud fra en teoretisk fortolkning kan det forstås på en måde, hvor sagsbehandlernes arbejde er automatiseret i forhold til hvilke standardtiltag og tilbud de har til rådighed og kan anvende i sagsbehandlingen. Vi forstår ud fra ovenstående citat at sagsbehandleren kan være *frustreret det er, hvis jeg kan se, at der kunne være et godt tilbud til den her borger, fordi det tror jeg på. (…) det tænker jeg, kunne være rigtig godt, og så jeg ikke kan få lov til det. Fordi vi har det tilbud, det tilbud, det tilbud, men vi har ikke lige det her tilbud.* Det vil sige at i en fortolkning af empirien ud fra teorien kan vi forstå, at sagsbehandleren ønsker at bryde med de standarder der præger sagsbehandlingen, når det gælder denne borgergruppe, idet sagsbehandleren oplever, at der netop kan være behov for noget andet. Dette kan være begrænsende for sagsbehandleren

og set ud fra et automatiseringsperspektiv problematisk, hvis borgeren kategoriseres efter grovsorterende karakteristika og ikke ud fra et individuelt perspektiv.

Opsamling

I første delanalyse har vi belyst og fortolket hvorledes det at have en diagnose har en betydning for sagsbehandlernes vurderinger af borgerne og hvorledes vores informanter oplever, at de overordnede rammer og krav der præger området har betydning for sagsbehandlingen.
Et overordnet fund er at en diagnose har en betydning for både borgere og sagsbehandlere. For borgerne har det den betydning at det er vanskeligt at få adgang til systemet samt at opnå anerkendelse uden en konkret diagnose. Dette fremstår problematisk da borgerne skal arbejde for at legitimere deres sygdom. For sagsbehandlerne kan det være vanskeligt at vurdere borgerne. Når der ikke er en forklaret og skarp diagnose samt karakteristik af sygdommen at forholde sig til bliver det svært for sagsbehandlerne at leve op til den lovgivning samt de krav og rammer, der er på området, fordi der er behov for en diagnose for at kunne iværksætte tiltag. Sagsbehandlernes handlemuligheder bliver altså påvirket af hvorvidt der er en diagnose eller ej, fordi diagnosen i dette system henviser til en kategori. Det bliver uden en diagnose derfor svært for sagsbehandlerne at vurdere borgerne ift. de af systemet opstillede kategorier. Vi har ud fra Lipskys teori diskuteret denne problematik og kan udlede heraf at sagsbehandlernes kategoriseringer kan komme til at ske ud fra en rutine i stedet for ud fra individet og dets behov. Problemet heri er at borgerne kan ende i en kategori som bliver nedprioriteret.
Vi kan ligeledes udlede at en måde for sagsbehandlerne at håndtere dette krydspres på er ved at tillægge borgerne ansvaret og derudfra distancere sig fra den skønsmæssige vurdering. Det fremstår problematisk at rammerne skaber denne problemstilling.
Et andet problem vi har identificeret i analysen er at sagerne bliver meget lange og kan fremstå meningsløse fordi borgerne ikke kan udredes og på grund af de manglende handlemuligheder hos sagsbehandleren. Problematikken i dette vedrører både borgeren som rammes økonomisk og sagsbehandleren, som allerede efter 22 uger skal foretage en vurdering af om borgerne fortsat opfylder betingelserne.

Anden del: Troen på borgeren

Forståelsen af diffuse smerter

For vores informanter er begrebet diffuse smerter svært at forstå og svært egentlig at definere. Nedenstående citater illustrerer at det er svært for vores informanter at sætte ord på, hvad fænomenet diffuse smerter egentlig handler om og at det ligeledes er vanskeligt at forstå hvorfor diffuse smerter opstår.

> *"Det er blevet en diagnose der ligesom bare er kommet til. Og hvorfor er det opstået, altså… hvad er kausaliteten i at de lige pludselig får smerter, frem for… altså den forståelse af ikke at have den baggrundsforståelse gør at det er rigtig svært. Ja. Og diffust, som det jo også hedder i denne verden, ja."*
> (Informant A)

En anden informant oplyser:

> *"Hvordan jeg forstår begrebet? Jamen det er jo at det er en tilstand, hvor det er svært at sætte ord på og finde ud af, jamen hvad er det det handler om. Er det det psykiske eller er det virkelig fysiske smerter, som er årsag af en eller anden grund, altså. Er man overbelastet… sine muskler i forbindelse med arbejdet eller hvad det nu kan være. Det er virkelig sådan noget lidt uhåndgribeligt på en eller anden måde, ik?"*
> (Informant E)

De to ovenstående citater illustrerer hvorledes sagsbehandlerne har vanskeligt ved at forstå begrebet diffuse smerter. *Jamen det er jo at det er en tilstand, hvor det er svært at sætte ord på og finde ud af, jamen hvad er det det handler om.* Dette viser desuden at sagsbehandlerne beskæftiger sig med noget, som de ikke rigtig forstår hvad handler om, og har svært ved at sætte ord på. Udtalelsen *Det er virkelig sådan noget lidt uhåndgribeligt på en eller anden måde,* viser os at det også er besværligt at finde ud af hvad de skal stille op med borgerne, hvilket vi også var inde på i første delanalyse. Det fremstår for sagsbehandlerne som noget der er umedgørligt at arbejde med, fordi de mangler en forståelse for sygdommens opståen, hvilket sætningen, *altså den forståelse af ikke at have den baggrundsforståelse gør at det er rigtig svært,* fortæller os.

Empirien informerer os om at sagsbehandlerne har svært ved at forstå sygdommen og forstå hvad årsagen til sygdommen er.

Det handler også om noget andet

I forlængelse heraf ser vi i empirien en idé om at årsagen til sygdommen er noget andet end smerter.

> *" … jeg siger til mig selv, det må være noget andet end bare smerter. Det må være noget psykisk, mentalt, socialt, der gør at de har diffuse smerter. Og det er der når jeg møder dem, jeg snakker med dem, så kan jeg danne et billede af hvad det er for en person. Og nogle gange efter mødet, så tænker jeg, okay det er nok derfor. Hun har også, okay det er derfor, hun skulle også kæmpe med sin søn og også kæmpe med gamle forældre, og hun er også lidt personlighedsforstyrret ik. Eller udsat for mobning hele sit liv eller arbejdslivet ik, og så det er nok derfor, så får man ondt alle steder, fordi det er noget mentalt, psykisk ik?"*
>
> (Informant F)

En anden sagsbehandler udtaler:

> *"Altså vi snakker meget om, at mange af dem har måske ondt i livet ik, når man snakker med dem og deres historie og øhm… mange af dem føler jo også at de har kæmpet. Kæmpet rigtig længe, men hvad er det de har kæmpet mod altså? Det er sig selv og sine egne beslutninger. Eller de beslutninger de har følt de har været nødt til at træffe fordi de har en… en basis som måske ikke har været… passet godt nok til dem selv, eller den platform de har at stå på."*
>
> (Informant G)

Af citaterne får vi en forståelse af at *Det må være noget psykisk, mentalt, socialt, der gør at de har diffuse smerter*, altså at der er en psykisk overbygning til smerterne hvilket også beskrives som at borgerne har '*ondt i livet*' og at *mange af dem føler jo også at de har kæmpet.* Det handler om personer som har mange ting at kæmpe med og som har oplevet modgang i deres liv. Det der træder frem i empirien er at selvom det udmønter sig som fysiske smerter handler det ifølge sagsbehandlerne næsten altid om noget psykisk. I forlængelse af den psykiske overbygning til smer-

terne er der også flere af sagsbehandlerne som nævner at socialklasse, uddannelsesniveau, livsstil og opvækstvilkår har en betydning for netop disse diffuse smerter:

> *"Men mange diffuse smerter, det er jo folk der er ufaglærte, det er i hvert fald det der er min oplevelse i de 13 år jeg har arbejdet som sagsbehandler ik. Ufaglært, slidt og har ikke et godt privatliv. Hele tiden har mødt modgang i deres liv ik, ja."*
> (Informant F)

Empirien viser os at der foruden den psykiske overbygning til smerterne også er en forståelse blandt sagsbehandlerne om at disse borgere kæmper med nogle andre ting såsom at være *ufaglært, slidt og har ikke et godt privatliv. Hele tiden har mødt modgang i deres liv.* Det der træder frem i empirien er en holdning om at der ligger noget andet bag de diffuse smerter, som er koblet til sociale livsvilkår, herunder uddannelsesniveau og livsstil.

Troen på smerterne

Samtidig kan vi i forlængelse af at forståelsen for borgerens sygdom og tilstand kan være vanskelig, ud fra empirien se et generelt mønster af at sagsbehandlerne oplever, at de diffuse smerter er reelle på lige fod med alle andre sygdomme og de anfægter ikke borgernes smerteoplevelser.

> *"… og hvad der har været udløsende faktor synes jeg kan være svært at vurdere, andet end at min erfaring er, at man har ondt. Altså det gør ondt i kroppen. (...) Så jeg tænker jo at smerterne er der. Det er jeg ikke i tvivl om."*
> (Informant H)

Yderligere udtaler en anden informant:

> *"Min umiddelbare tanke er, at der kan jo være mange årsager til de der… øh… jeg ville tage det for gode varer. Hun har jo de der smerter. Hendes smerteoplevelse ville jeg ikke anfægte på nogen måde"*
> (Informant C)

Af ovenstående citater udleder vi at sagsbehandlerne ikke er i tvivl om at det gør ondt på borgerne. *Jeg ville tage det for gode varer. Hun har jo de der smerter. Hendes smerteoplevelse ville jeg ikke anfægte på nogen måde* samt *jeg tænker jo at smerterne er der. Det er jeg ikke i tvivl om.* Uanset hvad årsagen er til borgernes smerter så er sagsbehandlerne ikke i tvivl om at det gør fysisk ondt på borgerne.
Trods det at sagsbehandlerne ikke selv oplever at betvivle borgernes smerteoplevelse, hører vi ud fra vores empiriske fund at den manglende forståelse og tanken om at deres smerter udspringer af noget andet, gør at der opstår en eller anden form for mistænkelighed over for borgerens smerter og tilstand.

> *"Når man ikke kan se på folk, hvad er det, altså hvorfor er de udtrættet mere end andre. Man kan også som sagsbehandler tænke: Ja jeg er også træt hele tiden, selvom det overhovedet ikke er den samme træthed der er gældende. Så det er jo altid svært, eller jeg synes det er svært som sagsbehandler at arbejde med folk hvor man ikke reelt set ved hvorfor det er de agerer som de gør."*
> (Informant A)

Af citatet udleder vi at det for sagsbehandleren både kan være svært at arbejde med denne gruppe pga. sygdommens uforståelige karakter og samtidig også fordi det er svært at forstå graden af smerterne og symptomerne. *Ja jeg er også træt hele tiden* vidner om at det er svært at forholde sig til at træthed kan fylde så meget, og få lov til at fylde så meget hos en person. Det lader til at være besværligt for sagsbehandleren at sætte sig ind i hvilket kan gøre det vanskeligt at arbejde med. Nedenstående citat bakker dette op:

> *"... at der måske vil blive stillet spørgsmålstegn ved hvad handler det om. Og så tror jeg meget hurtigt man kan komme til at tænke "det er noget pjat, hun skal bare tage sig sammen", ja. At det tror jeg ikke er en unormal tanke at få (…) for mig som sagsbehandler."*
> (Informant D)

At denne tanke om at *det er noget pjat, hun skal bare tage sig sammen* ikke forekommer som en unormal tanke hos sagsbehandleren vidner for os om en form for mistænkelighed over for denne borgergruppe. Det kan af empirien udledes at idet man ikke kan forklare og ikke kan forstå smerterne, gør det det svært at tro på disse, samt at tro på at smerterne kan være så be-

grænsende og invaliderende for borgerne. Det kan f.eks. være vanskeligt når man fra sig selv kender til det at være træt, ligeledes at forstå borgerens træthed og hvorfor trætheden kan få lov til at fylde så meget. *Altså hvorfor er de udtrættet mere end andre. Man kan også som sagsbehandler tænke: Ja jeg er også træt hele tiden.* At borgerne ikke kan arbejde og lave daglige gøremål, som beskrevet i vores vignet, fordi de enten har så mange smerter eller er udtrættet deraf, er svært at sætte sig ind i når der ikke foreligger nogen forklaring derpå. Vi forstår på baggrund af dette at trods det, at sagsbehandlerne ikke tvivler på at borgerne har ondt, kan de have vanskeligt ved at tro på graden af smerterne. Empirisk ser vi et modsætningsfyldt forhold mellem sagsbehandlernes tro på at borgerne er syge, men samtidig også en mistro til *hvor* syge de reelt er. Informant D udtrykker denne uoverensstemmelse i nedenstående citat:

> *"… men det man kan sige, det der også er en udfordring med dem med diffuse smerter (…) det er jo også det at vi tit kan opleve at der på en eller anden måde er diskrepans mellem hvad kan de og hvad er forklaret rent lægeligt. Ik? Fordi at lægerne ofte vil skrive "jamen de og de skånehensyn" og det kan man egentlig godt matche med f.eks en praktik eller nogle arbejdsopgaver, men når de så er ude i praktikken, så viser de meget meget lidt, ik? Så det kan være en udfordring, det er når man på den ene side tænker det her kan de godt, for det har vi noget bevis eller noget dokumentation for, men de viser det ikke ude i praktikken… "*
>
> (Informant D)

Dette citat illustrerer at det kan skabe fordomme hos sagsbehandleren, når der er diskrepans mellem hvad der lægeligt er forklaret og borgerens egen oplevelse af hvad denne kan og viser i f.eks. en praktik; *Men når de så er ude i praktikken, så viser de meget meget lidt, ik? Så det kan være en udfordring, det er når man på den ene side tænker det her kan de godt, for det har vi noget bevis eller noget dokumentation for, men de viser det ikke ude i praktikken.* Det vi ser er at sagsbehandlerne læner sig op ad hvad lægen har dokumenteret og forklaret, og på denne måde ser vi en større tillid og tro på lægerne og en mistillid til borgerens egen smerteoplevelse og borgerens oplevelse af egne ressourcer. Her vil vi tilstræbe at se ovenstående problematik i lyset af Honneths teori om kampen for anerkendelse, ved at borgeren bliver set som borgeren ser sig selv (Honneth, 2006: 175).

At se borgeren

Ud fra et teoretisk perspektiv kan vi anskue at sagsbehandlerens arbejde i høj grad omhandler en understøttelse af individets udvikling og opblomstring (Høilund & Juul, 2015: 23-31). Ud fra et anerkendelsesperspektiv forudsætter det en synlighed (Høilund & Juul, 2015: 29). Det vil sige at det er vigtigt at den sygemeldte borger oplever at blive set, som denne ser sig selv. Det er ikke nødvendigvis bevidst at sagsbehandleren selv oplever at krænke borgeren, men såfremt borgeren ikke har en oplevelse af at blive genkendt, således som borgeren selv mener at fremstå, kan det føre til at borgeren oplever at være usynlig og dermed føler sig krænket (Honneth, 2006: 175., Høilund & Juul, 2015: 30).

Vi kan altså i lyset af denne synlighed der går forud for en anerkendelse mellem sagsbehandler og den sygemeldte borger se, at det kan være problematisk når sagsbehandlerne ikke har forståelse for sygdommen, dens karakter, dens begrænsninger og påvirkninger på borgerens evne til f.eks. at kunne arbejde. Dette kan have betydning for både borgerens retlige anerkendelse, men også for borgerens sociale anerkendelse (Honneth, 2006: 146 og 164). Hvis borgeren ikke bliver synlig i systemet i og med at der i sagsbehandlingen ikke er en forståelse for borgerens egen oplevelse af borgerens egen måde at være menneske på, kan det have betydning for borgerens retlige anerkendelse i og med at borgeren ikke selv får lov at definere, f.eks. egne behov eller på hvilken måde denne er bedst hjulpet. Til trods for at det fremgår for sagsbehandleren at borgeren skal inddrages i egen sag (Retsinformation, 2018b: §4), kan det være vanskeligt hvis sagsbehandleren allerede har en idé om, som tidligere beskrevet, at der ligger noget andet end smerterne til grund for borgerens uarbejdsdygtighed. Ligeledes kan dette føre til at det i sagsbehandlingen kan være vanskeligt at få øje på borgerens evner og bidrag til samfundet, den sociale anerkendelse, hvorfor der kan ske en krænkelse af borgeren.

> *"jeg tror i virkeligheden at det er det man som sagsbehandler og socialrådgiver bliver lidt drevet af, at gøre en forskel og ændre på nogle vilkår for nogle personer der er ramt af sygdom eller et eller andet andet, ik? Jeg tænker, at det sådan helt grundlæggende er mit drive i mit arbejde"*
> (Informant D)

Ud fra dette citat udleder vi at der er et ønske om, som sagsbehandler, at gøre en forskel og drage en form for omsorg for syge mennesker. *Jeg tænker, at det sådan helt grundlæggende er mit drive i mit arbejde.* Vi antager derfor at sagsbehandleren kæmper for at møde borgeren med re-

spekt og at opnå et fællesskab og en tillid til og fra borgeren, hvilket kræver at sagsbehandleren er nærværende og lytter autentisk til borgeren (Høilund & Juul, 2015: 134) og at sagsbehandleren tager udgangspunkt i borgerens liv (Høilund & Juul, 2015: 53). Herved kan skabes en fortrolighed mellem borger og sagsbehandler, hvor sagsbehandleren får adgang til en uvurderlig kundskab om borgeren og dermed netop kan tage udgangspunkt i borgerens livsverden (Høilund & Juul, 2015: 64), hvilket vil øge chancerne for *at gøre en forskel og ændre på nogle vilkår for nogle personer der er ramt af sygdom*. Vi betvivler i dette speciale ikke at vores informanter bestræber sig på dette, og vi har ej heller undersøgt om dette sker eller ej i selve mødet med borgeren. Vi kan dog udlede af vores empiriske fund, understøttet af anerkendelsesteorien, at det kan være problematisk at opnå dette fællesskab, opbygge en tillid og opnå et samarbejde med borgeren hvis der ikke er en forståelse for borgerens sygdom. Såfremt sagsbehandleren på forhånd har en anden forestilling af borgere med diffuse smerter kan det være vanskeligt for sagsbehandleren at forstå borgeren og dermed *se* borgeren, som denne ser sig selv.

Som vi har belyst i første delanalyse betyder rammerne naturligvis noget i forhold til at udvikle denne fortrolighedskundskab med borgeren. Den regulative idé, altså de rammer sagsbehandlingen foregår i, kan have betydning for om sagsbehandleren kan være blind for denne fortrolighed med borgeren. Forståelsen af borgeren kan være vanskelig hvis den overordnede regulative idé omhandler at man anskuer borgeren ud fra et fokuseret arbejdsmarkedsperspektiv, og i et fokus der aktuelt er styret af det politiske og lovgivningsmæssige område, hvorfor personbegrebet, f.eks. vores case-person Bente, kan mistes til fordel for den symbolske kategori som uarbejdsdygtig (Høilund & Juul, 2015: 68).
På baggrund af at det er vanskeligt at forstå borgerens sygdom og dermed *se* borgeren, som borgeren oplever sig selv, kan vi ud fra et teoretisk perspektiv forstå at det for sagsbehandleren kan være vanskeligt at møde borgeren som et værdifuldt og moralsk tilregneligt menneske. Dette kan betyde at det med denne målgruppe, kan være vanskeligt at skabe den gode dialog og derigennem synliggøre borgeren og anerkende denne for de evner borgeren selv oplever at have (Høilund & Juul, 2015: 88-89). Dette kan føre til krænkelse og manglende anerkendelse. Vi forstår ud fra denne fortolkning at denne borgergruppe kan være i risiko for at blive set anderledes på, eller ikke at blive set som ligeværdige på lige fod med andre borgere, hvilket vi vil udfolde i følgende afsnit.

Prioritering af diagnoser

I forlængelse af ovenstående afsnit om anerkendelse af borgeren kan vi se endnu et mønster. En sagsbehandler forklarede at der 'hvor det virkelig gør ondt' er når borgerne kommer med livstruende sygdomme. Hun beskriver følgende:

> *" … det kan jeg bedre ligesom forsvare inde hos mig selv, eller bedre tåle at skille ad, fordi her er der en livstruende sygdom, så for mig var det mere tilladt at have måske en… ikke en større omsorg, men mere klar holdning over for den her person der har cancer og være sådan lidt mere ulden over for den anden. Det var måske mere tilladt for mig selv, indtil jeg får vendt den igen. (…) Altså det er måske mere tilladeligt at... at min indsats over for hende med de diffuse smerter ikke bliver helt så... øh skarp, altså hvis der skulle være et eller andet, så ville jeg… sat op imod hinanden, ville jeg have mere fokus på den person med … for det er her og nu det gælder."*
>
> (Informant G)

Citatet giver os netop et indblik i at der kan være en tendens til at forskelsbehandle alt efter hvilken borgergruppe der arbejdes med. Der kan komme til at være et større fokus på borgere med livstruende sygdomme, og det kan nemmere retfærdiggøres at indsatsen er forskellig fordi det på en måde er vigtigere at få afklaret her og nu. *Altså det er måske mere tilladeligt at... at min indsats over for hende med de diffuse smerter ikke bliver helt så... øh skarp* er i god tråd med netop en form for retfærdiggørelse af at indsatsen over for borgere der er syge pga. livstruende sygdomme bliver mere skarp end over for borgere med diffuse smerter. Samtidig fremgår det af empirien ovenfor at det i højere grad kunne være mere tilladt at have mere fokus på borgere med livstruende sygdomme ud fra sagsbehandlerens udsagn om *ikke en større omsorg, men mere klar holdning over for den her person der har cancer og være sådan lidt mere ulden over for den anden.*

For at opnå en forståelse af hvad der teoretisk kan være på spil for sagsbehandleren i forhold til at der sker en sådan prioritering af borgerne, kan vi vende blikket mod Lipskys forklaring på effekten af rationering og ulighed i servicen hvor frontlinjemedarbejderen anvender en inddeling af borgergrupper (Lipsky, 1980: 105). Lipsky peger på at der er forskellige årsager til at frontlinjemedarbejdere inddeler borgerne i forskellige grupper. Bl.a. er en af årsagerne at de gerne vil gøre en forbedring eller forskel i borgerens liv, hvilket er i god tråd med hvad vi tidligere har fremhævet fra empirien: *Jeg tror i virkeligheden at det er det man som sagsbehandler og soci-*

alrådgiver bliver lidt drevet af, at gøre en forskel og ændre på nogle vilkår for nogle personer der er ramt af sygdom. Hertil er frontlinjemedarbejderne i følge Lipsky nødt til at udvikle et sæt af kategorier som de kan placere borgeren i, og samtidig er de også nødt til at sortere borgeren efter dennes kvalifikationer eller mangel på samme (Lipsky, 1980: 105). Når sagsbehandlerne er overbebyrdet af arbejde og har for mange opgaver kan det netop hjælpe til en prioritering af opgaver at inddele og sortere borgeren. Ligeledes ift. at få succes med nogle borgere hvis man ikke kan nå at få succes med alle (Lipsky, 1980: 107). Her anvender Lipsky begrebet creaming, det vil sige at sagsbehandleren prioriterer de sager som har størst mulighed for succes. I et jobcenterregí kan det f.eks. betyde at sagsbehandleren har fokus på de borgere der kan komme tilbage på arbejdsmarkedet og en forsømmelse af de borgere der er mere vanskelige at placere (Lipsky, 1980: 107). Antagelsen er, at hvis alle borgere er lige værdige for behandling men ikke alle kan blive serviceret, øger det den personlige eller organisatoriske succes at yde service til de borgere der kan skabe bedst succes, hvilket bliver det primære mål (Lipsky, 1980: 107). Netop Winther og Nielsen anvender begrebet succes-creaming hvor sagsbehandleren giver højere prioritet til de sager hvor der er størst sandsynlighed for succes. Sager hvor muligheden for at opnå størst professionel succes bliver et prioriteringskriterium (Winther & Nielsen, 2008: 118).

I og med at sagsbehandlerne som vi tidligere har præsenteret er drevet af at hjælpe og gøre en forskel kan dette være et succeskriterium for sagsbehandleren. Vi kan herudfra forstå at det derfor kan medføre en opprioritering af borgere med f.eks. en livstruende sygdom frem for borgere med diffuse smerter. Dette kan være fordi det kan være vanskeligt at forstå diffuse smerter. Samtidig kan det være svære sager i og med at det er vanskeligt at rykke borgere, samt det kan være svært at opnå en fortrolighed med borgeren. På den anden side kan vi forklare forskellen i indsatsen ud fra at det at hjælpe og gøre en forskel for en borger med en livstruende sygdom, kan være en større succes for sagsbehandleren, da det *sat op imod hinanden, ville jeg have mere fokus på den person med … for det er her og nu det gælder.*

Troen på at borgeren kan rykke sig

I samspil med tanken om anerkendelse er endnu en af de helt generelle ting der har vist sig i vores empiri at stort set alle sagsbehandlerne, når de får oplysningsskemaet på en borger med diffuse smerter, har en helt klar holdning og forudindtaget idé om hvordan sagen vil forløbe.

Informant F forklarer i følgende citat hvad hun tænker når hun får tildelt en borger med diffuse smerter. Her er diffuse smerter nævnt som fibromyalgi:

> *"Og når jeg ser fibromyalgi… okay, så er det en borger, der ikke kan komme tilbage på ordinære vilkår. Fordi, de kan ikke, de vil ikke. Ja. Det har jeg oplevet gang på gang. Da jeg var yngre i faget, da ville jeg kæmpe for at de skulle tilbage på ordinære vilkår. I dag er jeg realistisk, jeg kan ikke rykke dem, det kan jeg ikke mere. Det er jeg så okay, den her, den skal jeg afklare til at få, med henblik på fleksjob. (…) Jeg prøver at afklare dem hurtigst muligt, ud fra min butik, fordi jeg kan ikke rykke dem."*
>
> (Informant F)

Af citatet kan det udledes at sagsbehandleren forud for mødet med borgerne har en klar ide om hvordan sagen vil forløbe, og at det vil blive et langt og vanskeligt forløb hvor borgeren ikke kommer tilbage til ordinært arbejde. *I dag er jeg realistisk, jeg kan ikke rykke dem, det kan jeg ikke mere. Det er jeg så okay, den her, den skal jeg afklare til at få, med henblik på fleksjob* vidner om at sagsbehandlerne ikke tror på at de kan rykke borgere med diffuse smerter, hvorfor de meget hurtigt sigter efter at borgeren ender ud med f.eks. fleksjob. Ved at lægge et teoretisk blik på dette citat kan vi ud fra Lipskys teori forstå, *Jeg prøver at afklare dem hurtigst muligt, ud fra min butik* som en mestringsstrategi hos sagsbehandleren. At informant F prøver at afklare borgerne hurtigst muligt ser vi ud fra creaming-begrebet som en strategi til nemmere at kunne opnå succes i arbejdet, altså at rykke borgerne og få dem tilbage på arbejdsmarkedet. … *fordi jeg kan ikke rykke dem* fortæller os at sagsbehandleren ikke har en tiltro til at kunne rykke disse borgere. Af resultaterne fra første analysedel ved vi at, *hvis der er en diagnose, (...) så ved man, hvad må man sætte i gang og hvad må man ikke sætte i gang*, hvilket vi ud fra ovenstående fortolker som at sagsbehandleren har flere handlemuligheder ift. borgere med en diagnose, og derfor kan have større tiltro til at kunne rykke disse borgere. Så i og med at sagsbehandlerne ikke oplever at have de store handlemuligheder med denne borgergruppe, kan det tænkes at sagsbehandleren foretager en prioritering af andre sager som f.eks. borgere med klart definerede diagnoser.

> *"… så tænker jeg jo, at det er en indstilling og sådan en tanke i mit hoved, og det er den måde jeg møder hende på, at det her ender ud med fleks eller FØP. Det tænker jeg vil påvirke hvordan man arbejder. (…) jeg tror bare på, at hvis man møder folk på en bestemt måde eller med en bestemt forventning til dem, og det vil jeg jo gøre hvis jeg kommer ind og sidder over for en person og tænker det her det en-*

der med et fleks/FØP, det er bare et spørgsmål om hvor lang tid det skal tage, ik? Så det er jo også en meget bestemt forventning jeg har til både personen jeg sidder overfor og forløbet, ik? Så jeg er nok med til lidt at sætte dem i en eller anden form for bås, ik?"
(informant D)

Som informant D udtaler i ovenstående citat *og det er den måde jeg møder hende på, at det her ender ud med fleks eller FØP* er ligeledes et tydeligt eksempel på at sagsbehandleren ikke forventer eller har troen på, at borgeren kan rykke sig så meget at denne kan vende tilbage til ordinært arbejde. Forskningsprojektet 'Sagsbehandlerens betydning for udsatte borgeres jobchancer' har påvist at der er en stærk sammenhæng mellem sagsbehandleres tro på borgerens jobchancer og borgerens faktiske succes med at komme i beskæftigelse (Væksthusets Forskningscenter, 2017:15). I en statistisk analyse har de målt hvilken effekt det har for borgerens sandsynlighed for at komme i job hvis sagsbehandleren øger sin tro på dennes jobchancer. Det har vist sig at hvis sagsbehandlerens tro på at borgeren kommer i job vokser med bare en enhed på en anvendt skala fra 1 til 5, vil borgerens sandsynlighed for at komme i job inden for et år øges med 1,3 procentpoint hvilket svarer til en stigning på 22 % (Væksthusets Forskningscenter, 2017:20-21). Et væsentligt resultat i Væksthusets undersøgelse er altså at sagsbehandleren er en central aktør, og at dennes tro kan påvirke den enkelte borgers chance for succes i beskæftigelseshenseende (Væksthusets Forskningscenter, 2017:5). Ud fra denne viden ser vi altså et problem i at sagsbehandlerne på forhånd ikke tror at de kan rykke borgerne. Problematikken ligger i at sagsbehandlerne på forhånd har dømt borgerne ude; at de ikke forventer at borgerne kan komme tilbage til ordinær beskæftigelse, når der samtidig er påvist en stærk sammenhæng mellem sagsbehandlernes tro på borgernes jobchancer og borgernes faktiske succes med at komme i arbejde. Det kan diskuteres om sagsbehandlerne ved ikke at tro på borgere med diffuse smerter og deres ressourcer, samt ved at sætte dem i bås og forhåndsvurdere deres forløb, måske fratager dem en chance for at vende tilbage til ordinært arbejde. *Så det er jo også en meget bestemt forventning jeg har til både personen jeg sidder overfor og forløbet, ik? Så jeg er nok med til lidt at sætte dem i en eller anden form for bås, ik?* Ud fra denne udtalelse ser vi netop, at sagsbehandleren ikke kun har en forudindtaget holdning om forløbet men også om den pågældende borger. At de har disse forudindtagede holdninger viser et billede af at de måske glemmer at reflektere ud over stereotyperne når de møder borgerne. Dette medfører at sagsbehandlerne har en bestemt

indstilling og tilgang til borgerne hvor retningen på forløbet er bestemt inden parterne har mødt hinanden. Informant A beskriver sine erfaringer således:

> *"… Men jeg ved også, at det tit ender med at det i hvert fald ikke bliver ordinært arbejde vi kommer til, og den fordom har jeg allerede inden vi går i gang med et sagsforløb. (...) Inden jeg har mødt Bente nærmest, altså nu ved jeg godt det er langt afklarende, altså afklarende forløb vi skal ud i. Og det er jo en fordom som jo formentlig måske gør at jeg har en retning på allerede fra starten."*
> (Informant A)

Af dette citat kan det udledes at der allerede fra start kommer en retning på forløbet som borgerne ikke har været med til at sætte fordi sagsbehandleren *ved (…) at det tit ender med at det i hvert fald ikke bliver ordinært arbejde vi kommer til, og den fordom har jeg allerede inden vi går i gang med et sagsforløb*. Ved at give en retning på forløbet allerede inden sagsbehandleren har mødt borgeren kan vi ud fra Lipsky forstå at borgerne kategoriseres i en gruppe, hvor sagsbehandleren ikke tror på at opmærksomheden og ressourcerne vil være velanvendte fordi borgerne ikke kan rykkes. Som beskrevet i første analysedel kan vi ud fra et teoretisk blik forklare at frontlinjemedarbejderne automatiserer måden at håndtere borgerne på ved at sortere borgerne ud fra deres egen tro på, at deres tid og ressourcer er godt givet ud (Lipsky, 1980: 140, 152). Ud fra citatet ser vi borgerne placeret i en kategori, der bærer præg af sagsbehandlernes vurdering af at der ikke er noget at udvikle på. Når vi ved at sagsbehandleren er en central aktør og at dennes tro kan påvirke den enkelte borgers chance for succes i beskæftigelseshenseende (Væksthusets Forskningscenter, 2017:5), ser vi et problem i at borgerne bliver kategoriseret ud fra et sæt af rutineprægede rammer. Det problematiske fremtræder hvis borgerne kun sorteres efter grove karakteristika, da dette vil betyde at sagsbehandleren kan overse individet og glemme at møde individet der hvor individet er. Det kan udledes heraf at det måske er en borgergruppe som sagsbehandlerne har opgivet, da flere af dem nævner at de bliver drevet af at gøre en forskel. Med udgangspunkt i ovenstående ser vi i empirien et billede af, at sagsbehandlerne ikke tror på de kan gøre en forskel eller i hvert fald ikke er i stand til at rykke denne borgergruppe.

Opsamling

I ovenstående analyse har vi haft fokus på hvorledes sagsbehandlerne har vanskeligt ved at forstå hvad diffuse smerter er, samt en forståelse af, at det også handler om noget andet end smerter. Vi har i analysen set et modsætningsforhold i at sagsbehandlerne oplever at borgernes

smerter er reelle, men samtidig kan forståelsen og tanken om at det ikke blot handler om smerter gøre at der opstår en mistænkelighed over for borgerens smerter og tilstand.
Betydningen af dette er at det for sagsbehandlerne bliver diffust at arbejde med, og at der samtidig kan opstå en uoverensstemmelse mellem sagsbehandlerens forståelse og borgerens egen oplevelse af sygdommen.
Vi har diskuteret denne problematik i lyset af anerkendelsestanken og kan udlede, at det kan være problematisk at opnå et fællesskab, opbygge en tillid og opnå et samarbejde med borgeren, når der ikke er en forståelse for borgerens tilstand, og såfremt sagsbehandleren på forhånd har en anden opfattelse af borgeren end borgeren selv har. Dette kan have betydning for om sagsbehandleren *ser* borgeren som denne ser sig selv. Yderligere er vi blevet opmærksomme på at sagsbehandlerens tro på at borgeren kan rykke sig, er central for borgerens muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Dette bliver problematisk såfremt sagsbehandleren ikke kan opnå et fællesskab og forståelse for borgeren, og på forhånd har en anden forståelse af borgerens situation end borgeren selv har.
Analysen leder yderligere til at det for sagsbehandlerne ofte er lettere at forstå og arbejde med sager hvori der fremgår en mere forklaret diagnose. Dette kan betyde at det for sagsbehandleren bliver lettere at *se* og anerkende borgere med diagnoser. Problemet kan her være at det dermed kan være vanskeligere at kategorisere borgere med diffuse smerter, hvilket kan føre til en grovkategorisering ud fra standardiseringer, som kan være problematisk, såfremt dette træder i forgrunden for en vurdering foretaget ud fra individets behov. Som analysen ligeledes påpeger er sagsbehandlernes drive ofte at kunne gøre en forskel. Vi er, i en diskussion af dette, nået frem til at det kan være et problem med lige netop denne borgergruppe fordi det er diffust, uforståeligt og dermed vanskeligt at placere i en kategori hvilket er nødvendigt for at kunne gøre noget for borgeren. Derfor kan det føre til at denne borgergruppe bliver nedprioriteret hvilket overordnet kan skabe en problematisk forskelsbehandling i sagsbehandlingen.

Tredje del: Motivation

Forud for denne analyse er det væsentlig at operationalisere begrebet; *Motivation*. Vi forstår motivation som en intentionel og potentiel handleparathed og ikke som en faktisk adfærd. I og med at vi læner os op ad Lipsky som en overordnet teoretisk ramme, samt at vi i vores empiri er blevet opmærksomme på at sagsbehandlernes drive er at kunne hjælpe og gøre en forskel, forstår vi i denne analyse sagsbehandlernes motivation ud fra et mål om netop dette og at opnå succes.

Demotiverende ikke at kunne rykke borgeren

På baggrund af empirien er det vores klare indtryk at sagsbehandlerne selv oplever at de forholder sig neutralt, uden at holdninger og følelser har betydning når de sidder over for borgerne. Med afsæt i vores empiri kan vi forstå at disse sager med borgere med diffuse smerter kan være nogle lange og vanskelige forløb, hvilket kan frembringe frustration, afmagt og irritation hos sagsbehandlerne. Disse følelser fremkommer pga. at de ikke kan handle i sagen inden for de rammer de har til rådighed. Yderligere oplever de ikke at der sker en udvikling i sagen og at de som sagsbehandlere ikke kan bidrage til en udvikling. I empirien ser vi et mønster i at dette kan have betydning for sagsbehandlernes motivation.

> "*Det er klart, at hvis jeg har, som sagsbehandler tanken om, at det her, der kommer ikke til at være særlig meget udvikling i det, og jeg tror i virkeligheden at det er det man som sagsbehandler og socialrådgiver bliver lidt drevet af, at gøre en forskel og ændre på nogle vilkår for nogle personer der er ramt af sygdom eller et eller andet andet, ik? Jeg tænker, at det sådan helt grundlæggende er mit drive i mit arbejde, så ved at man meget meget hurtigt i et møde med en person får tankerne at der ikke er særlig meget at udvikle på, så tænker jeg også at motivationen bliver mindre qua det. (…) Men helt sådan logisk tænker jeg, det er klart at motivationen bliver mindre hvis man ikke kan udvikle, eller hvis man ikke kan ændre eller hvis man ikke kan gøre en forskel. Fordi så vil man opleve at hver gang jeg skal snakke med Bente, så er det det samme vi taler om.*"
>
> (Informant D)

Ovenstående citat illustrerer, hvorledes *man som sagsbehandler og socialrådgiver bliver lidt drevet af, at gøre en forskel og ændre på nogle vilkår for nogle personer der er ramt af sygdom.* Vi forstår herudfra at sagsbehandleren bliver drevet af at gøre en forskel og skabe forandringer for mennesker i

nød, hvilket kan være det der motiverer til at være i arbejdet. Ud fra citatet lader det ikke til at være noget der på sin vis har betydning for at sagen bliver behandlet, men det lyder på informant D som om det netop motiverer hende at kunne gøre en forskel, fordi *helt sådan logisk tænker jeg, det er klart at motivationen bliver mindre hvis man ikke kan udvikle, eller hvis man ikke kan ændre eller hvis man ikke kan gøre en forskel*, som hun fortæller så kan hun sidde over for borgeren og vide at der ikke er noget yderligere udvikling at arbejde med i sagen. Den forståelse vi har opnået i forbindelse med anden delanalyse; at sagsbehandlerne ikke tror på at de kan rykke borgerne, og at de allerede på forhånd har dømt borgerne ude, opfatter vi som problematisk. Ikke kun for borgeren der måske bliver frarøvet en chance for at vende tilbage til ordinært arbejde, men også for sagsbehandleren fordi dennes motivation vil dale.
Nedenstående citat vidner ligeledes om at der er en større glæde ved at arbejde med de sager, hvor man føler, at man rykker på borgeren og det rent faktisk gør en forskel. Det fremgår af empirien at lysten ikke er lige så stor når man ikke kan ændre noget og man ikke kommer nogen vegne:

> *"Lysten er jo ikke lige så stor når man reelt set ikke gør noget for at ændre på noget. (...) det er jo sjovere at lave raskmeldinger på stribe, altså… (…) og man laver de der succeshistorier. Selvom man laver et fleksjob for en der måske har diffuse smerter, så er man bare ligeglad. Det er dem man regnede med. Hvis man laver fleksjob til en der er dybt hjerneskadet, så er man rigtig rigtig glad. Altså, der er en decideret... der er en kæmpe forskel, som jeg opdager nu."*
> (Informant A)

Af citatet udleder vi at det er mindre sjovt når man ikke kan komme nogle vegne og det er sjovere *at lave raskmeldinger på stribe, altså og man laver de der succeshistorier.* Der er som nævnt i forrige citat et fagligt drive der gør at det er sjovere når man som sagsbehandler kan gøre en forskel, og her i ovenstående citat at det er sjovere, når man kan gøre noget. Empirisk ser vi at det som sagsbehandler er en succes når man opnår et resultat som var uventet, eller som var bedre end det man havde forventet, f.eks. *Hvis man laver fleksjob til en der er dybt hjerneskadet, så er man rigtig rigtig glad.* Ud fra empirien lader det til at være en større succes at hjælpe en borger der er dårlig og som man ikke havde forventet at kunne hjælpe, frem for en borger hvor man havde en forestilling om hvad resultatet blev.

Nedenstående citat underbygger pointen om at motivationen kan være under indflydelse af om man kan skabe en succes og gøre noget for borgeren eller udvikle borgeren:

> *"Jeg har det på den måde, at når folk har sat… er låst fast, at de ikke kan mere ik, så vil de ikke gøre noget mere. Viljen er ikke der længere. Hvorfor skal jeg bruge krudt på at motivere dem, de vil ikke gøre noget, de vil ikke have det, de vil have ro ik. Det er kun... det laver for meget støj og larm. (...)Så jeg har en helt anden holdning i dag, folk der ikke gider, de skal ud. Vi hjælper dem ikke. Jeg ved godt at velfærdssamfundet vil drukne, hvis vi giver dem alle sammen førtidspension, men jeg ved ikke hvordan man skal håndtere dem, men jeg har den holdning, at hvis man ikke kan motivere dem, så er det det. Så er det ud. Jeg gider ikke, jeg gider ikke bruge krudt på det. Jeg er for træt."*
> (Informant F)

Ovenstående citater illustrerer et mønster af at sagsbehandleren mister lysten og motivationen til sager som disse når de ikke kan udvikle eller rykke borgeren. Som informant F fortæller at når borgere *er låst fast, at de ikke kan mere ik, så vil de ikke gøre noget mere. Viljen er ikke der længere*, så har informant F den holdning *at hvis man ikke kan motivere dem, så er det det. Så er det ud. Jeg gider ikke, jeg gider ikke bruge krudt på det. Jeg er for træt.* Vi udleder herudfra at sagsbehandleren oplever at der er behov for en form for samarbejde eller medvilje eller indstilling fra borgerne, om at de *gerne vil* forudsat at sagsbehandleren skal bruge sit krudt på disse borgere for ellers mistes motivationen.

I nedenstående afsnit viser vi empirisk den modsatte side af sagen, nemlig når sagsbehandlerne oplever sagerne som motiverende og spændende.

Motiverende arbejde

Vi har ud fra vores empiri set en modsvarende tendens der vidner om at sagsbehandlerne finder det motiverende at arbejde med sager med borgere med diffuse smerter fordi de er mere udfordrende.

> Informant C: "*Jamen jeg ville da umiddelbart synes, det er da spændende... at komme til at tale med Bente."*
>
> Interviewer: "*Hvordan spændende?"*

Informant C: "*Nysgerrig. Hvordan forholder det sig, hvordan og hvorledes. (...) Jeg ville selvfølgelig høre lidt om hendes liv… er børnene lige flyttet hjemmefra eller hvad... så hun pludselig er strandet der i parcelhuset alene med manden, der sidder tavs og læser sin avis eller hvad fanden (…) Men altså det er lidt min indfaldsvinkel til at gå på arbejde... Jamen finde ud af hvad det drejer sig om, udforske, det er det der er det spændende ved det ikke, det er da derfor (...) jeg er kun glad for sådan nogle sager, hvor ikke løsningen ligger ligefor nødvendigvis. (…) Ja for mig er det et incitament, altså et positivt incitament til at gå på arbejde, at der er sådan nogle sager. Sådan har jeg det."*
(Informant C)

Citatet her illustrerer helt modsat de tre føromtalte citater at sagsbehandleren finder disse sager spændende, idet der er noget udforskning og undersøgelsesarbejde i dem. Ud fra citatet får vi et indtryk af at sagsbehandleren kan være nysgerrig og har lyst til spørge ind til og forhøre sig om borgerens livshistorie. Det fremgår af citatet at sagsbehandleren, modsat de førnævnte citater, motiveres af og finder det som et positivt incitament med netop disse sager *hvor ikke løsningen ligger ligefor nødvendigvis. (…) Ja for mig er det et incitament, altså et positivt incitament til at gå på arbejde, at der er sådan nogle sager. Sådan har jeg det.*

Nedenstående citat påpeger ligeledes denne tendens:

"Nogle gange ville jeg måske blive sådan lidt (suk) kom nu, hvis det er, at det er en der virkelig opgiver og ikke kan se at man kan komme tilbage på arbejdsmarkedet igen, eller et eller andet ik. Så ville jeg måske blive en lille smule træt. Men altså nogen, hvor jeg kan mærke, at de vil faktisk gerne have hjælp, og de vil gerne have undersøgt det her, jamen så bliver min motivation også helt klart meget større for at ville gøre noget ik. Men jeg ville også samtidig kunne have den der med, ej jeg skal lige prøve at se om ikke jeg kan vende dem. Altså til at være den der opgivende type, til at sige; ej prøv at hør. Du er kun 49, der er masser krudt i dig. Altså den syntes jeg faktisk også er ret sjov."
(informant E)

Dette citat forklarer at sagsbehandleren oplever at de sager hvor borgeren *gerne* vil have hjælp er mere motiverende for hende, og de sager hvor borgeren er mere opgivende kan gøre hende lidt træt. Men samtidig kommer hun senere i citatet frem til at der faktisk kan være noget motivationsarbejde i de sager hvor borgeren ellers er opgivende. *Men jeg ville også samtidig kunne have den der med, ej jeg skal lige prøve at se om ikke jeg kan vende dem. Altså til at være den der opgivende type, til at sige; ej prøv at hør. Du er kun 49, der er masser krudt i dig. Altså den synes jeg faktisk også*

er ret sjov. Af citatet udleder vi at det bliver sjovt for sagsbehandleren når denne bliver udfordret og rent faktisk kan lave noget motivationsarbejde hvor hun *skal lige prøve at se om ikke jeg kan vende dem*, hvor udgangspunktet ellers var at hun kunne opleve at blive træt af borgere der var opgivende.

Som de empiriske data i de to foregående underafsnit her indfanger er der et mønster i at sager med borgere med diffuse smerter kan have indflydelse på sagsbehandlerens motivation. Der er af empirien både fremkommet en tendens til at disse sager er motiverende for sagsbehandleren idet der er mere udfordring og undersøgelsesarbejde, og på den anden side er der samtidig en tendens til at sagerne kan være demotiverende i og med at sagsbehandlerne ikke oplever at de kan rykke borgerne og opnå succes med disse sager.

Motivation i sagsbehandlingen

For at forstå og forklare den indflydelse disse sager har på sagsbehandlernes motivation kan vi vende blikket mod Lipskys teoretiske mestringsstrategier, som effekt af hvad der sker ift. rationering og ulighed i servicen. Som tidligere beskrevet inddeler frontlinjemedarbejdere borgerne i forskellige grupper af flere årsager. (Lipsky, 1980: 105). Ifølge Lipsky er der flere grunde til at sagsbehandlerne inddeler borgerne. I anden analysedel har vi præsenteret den ene, som omhandler, at frontlinjemedarbejderne gerne vil gøre en forbedring eller forskel i borgerens liv. (Lipsky, 1980: 105). Herunder er de nødt til at udvikle et sæt af kategorier som de kan putte borgeren i og samtidig er de også nødt til at sortere borgeren efter deres kvalifikationer eller mangel på samme (Lipsky, 1980: 105). Her sker en kategorisering hvor frontlinjemedarbejderen deler borgeren op efter hvorledes der kan iværksættes hjælp. Her henviser Lipsky i sin teoretisering til termen "battlefield" hvor de sårede soldater kategoriseres efter deres chancer for overlevelse (Lipsky, 1980: 106). At skulle kategorisere borgere kræver et skøn fra frontlinjemedarbejderens side som ikke bare kan reduceres til officielle guidelines (Lipsky, 1980: 106). Dette kan have betydning fordi de, som er kategoriseret til ikke at overleve jf. battlefieldtermen, måske godt kunne overleve hvis de fik den nødvendige hjælp. Selve kategoriseringen kan være harmløs men det kan blive problematisk hvis skønnet bliver et mål for udnyttelse af rutiner. Altså hvis sagsbehandleren sætter sit skøn under regler (Lipsky, 1980: 106). Andre årsager som Lipsky formulerer ift. at frontlinjemedarbejderne anvender kategorisering af borgerne er at de gerne vil kunne reagere fleksibelt og behandle borgeren individuelt og ud fra et individuelt behov, samt at det kan være en måde at maksimere personlige eller organisatoriske res-

sourcer på. Som vi tidligere præsenterede kan det hjælpe sagsbehandlerne til en prioritering af opgaver at inddele og sortere borgeren, og ligeledes ift. at få succes med nogle borgere når man ikke kan få succes med alle (Lipsky, 1980: 107). Her vender vi tilbage til Lipskys begreb; creaming (Lipsky, 1980: 107). I tråd med begrebet creaming vil det samtidig være relevant at trække tråde tilbage til problemfeltet og de rammer, som sagsbehandlingen foregår i. Der er en øget kontrol af kommunerne hvilket har betydet øgede styringsredskaber, en manualisering af sagsarbejdet ift. hvad, hvornår og hvordan, samt en finansieringsmodel i form af refusion til kommunerne. Som tidligere nævnt betyder dette at man får mest i refusion på "korte" sager hvorfor de er mest attraktive at arbejde med, frem for de langvarige. Dette kan siges at være problematisk ift. vores borgergruppe, da disse forløb for sagsbehandlerne mangler retning og kan blive langvarige jf. vores første analysedel. I tråd med disse styringsredskaber og refusionsmodellen leder Lipskys teoretiske begreb også frem til at der ofte er incitamenter for frontlinjemedarbejderen til at få succes, men ingen særlig gevinst ved at satse og tro på borgere der er vanskeligere at arbejde med (Lipsky, 1980: 107), f.eks. som empirien har gjort os opmærksomme på i første og anden analysedel at det er tilfældet med borgere med diffuse smerter. Ud fra teorien tilføjes yderligere at det bliver relevant på hvilken måde succes måles. Såfremt man målte succes i forhold til sagsbehandlerens resultater med at få langtidsledige borgere i job frem for at få midlertidigt ledige i job, ville man måske lægge mere værdi i de "vanskelige" sager (Lipsky, 1980: 108).

Ud fra et teoretisk blik med Lipsky som referenceramme kan vi tilstræbe at forstå hvad det gør for sagsbehandlingen, at sagsbehandlerne bliver demotiverede af at arbejde med disse sager. Det kan skyldes at der ikke er succes med disse sager, og at sagsbehandlerne ønsker en succes både ift. faglige værdier, men også ift. organisationens mål om f.eks. at få borgerne raskmeldt og hurtigst muligt i arbejde. Når sagsbehandleren forklarer at *motivationen bliver mindre hvis man ikke kan udvikle, eller hvis man ikke kan ændre eller hvis man ikke kan gøre en forskel* tolker vi at det der fremstår som succes for sagsbehandleren er at kunne gøre en forskel: *Hvis man laver fleksjob til en der er dybt hjerneskadet, så er man rigtig rigtig glad*. Vi kan derfor ved at anvende Lipskys creaming-begreb forstå at sagsbehandlerne måske benytter sig af dette; de *creamer* de sager hvor de kan opnå de bedste resultater. Det vil sige at sagsbehandlerne kan tænkes at foretage en prioritering af andre sager på baggrund af at de diffuse sager ikke kan rykkes, og fordi deres handlemuligheder med netop denne borgergruppe, som belyst i første analysedel, er begrænsede. At

sagsbehandlerne kan se at de ikke kan gøre noget i disse sager, vil jf. Lipsky derfor ikke føre til nogen særlig succes; at *gøre en forskel*.

Vi blev ligeledes empirisk opmærksomme på at når sagsbehandlerne ikke kunne motivere borgeren, mistede de selv motivationen og gav næsten op på borgeren; *hvis man ikke kan motivere dem, så er det det. Så er det ud. Jeg gider ikke, jeg gider ikke bruge krudt på det. Jeg er for træt*. Her kan vi, ud fra *automatisering af service*, benytte os af teorien om at sagsbehandleren bruger grove standardklassifikationer og tommelfingerregler til at foretage en inddeling af borgerne, hvor denne kategorisering afgør det videre forløb (Winter & Nielsen, 2008: 120). Sagsbehandlerne laver en overfladisk vurdering af hvem der har de bedste muligheder, de automatiserer altså måden at håndtere klienterne på, og dermed er der måske nogle borgere der ikke får den samme opmærksomhed. Jf. Lipskys "battlefield"-begreb kan vi altså tolke det som at sagsbehandlerne grovkategoriserer borgerne, som dem "*der ikke kan overleve*"; *Så er det ud. Jeg gider ikke, jeg gider ikke bruge krudt på det.* Borgere med diffuse smerter vil kunne falde fra som dem der ikke har de store muligheder, hvorfor opmærksomheden hellere rettes mod andre grupper med mere potentiale. Ud fra vores anden analysedel hvor vi har belyst vigtigheden af at sagsbehandleren tror på borgeren for at denne kan komme tilbage på arbejdsmarkedet, kan det tolkes at motivationen hos sagsbehandlerne i høj grad kan være med til at gøre en forskel eller rykke borgeren såfremt at denne sag fik opmærksomheden.

Modsat kan citatet*: Men altså nogen, hvor jeg kan mærke, at de vil faktisk gerne have hjælp, og de vil gerne have undersøgt det her, jamen så bliver min motivation også helt klart meget større for at ville gøre noget* give et indblik i hvordan sagsbehandleren omdanner *"de vil faktisk gerne have hjælp"* ved brug af en form for kategorisering til en borger som der er muligheder og potentiale i at arbejde med, og som det derfor giver mening at rette opmærksomheden mod. I tråd hermed blev vi tidligere opmærksomme på, ved afsæt i Lipsky, at en kategorisering ofte sker ud fra hvilke borgere der er mest samarbejdsvillige, hjælpsomme i egen sag eller mest modtagelige for hjælpen (Lipsky, 1980:152). Ovenstående tolker vi som et billede på at både borgerens og sagsbehandlerens motivation altså er en væsentlig del af sagsbehandlingen, da den har en positiv effekt på den grovkategorisering sagsbehandlerne foretager. Er sagsbehandlerne motiverede for sagen rettes deres opmærksomhed mod denne, og er de mindre motiverede rettes opmærksomheden mod noget andet.

Der er også empirisk belæg for at sagsbehandlerne bliver motiveret af at arbejde med disse sager hvor løsningen ikke ligger lige for, hvilket ud fra teorien kan tolkes som en personlig succes hvor den enkelte sagsbehandler netop lægger en værdi i at hjælpe de syge og svage, og ville gøre en forskel for netop de borgere der måske har ekstra behov for hjælpen. Det kan ligeledes tolkes som en endnu større personlig succes, hvis man som sagsbehandler rent faktisk kan lykkes med at "rykke" den vanskelige borger. *Jamen gud, du kan jo det og det, så hun ligesom får øje på, jamen hun er måske ikke så langt væk fra, der hvor hun tror hun er. Fordi hun jo kan, og så ville jeg så remse de ting op, som hun så kan ik* kan i samspil med teorien fortolkes således at det er en succes når man kan omvende og rykke borgeren.
Ud fra ovenstående analyse er vi blevet opmærksomme på at der eksisterer en dobbelthed i sagsbehandlernes motivation. På den ene side er disse sager motiverende for nogle sagsbehandlere, mens de for andre er demotiverende. Retter vi blikket mod vores overordnede teoretiske ramme, er frontlinjemedarbejderne netop, i følge Lipsky, på baggrund af deres handlingsrum og autonomi som de har i arbejdet med til at omforme de overordnede retningslinjer til den faktiske service som når ud til borgeren (Lipsky 1980: 13). Ifølge teorien har den enkelte sagsbehandler med sit skøn en indflydelse på hvorledes sagsbehandlingen bliver. Vi kan derfor forstå, både empirisk og teoretisk, at der vil være nuancer i praksis. Det problematiske kan være, trods standardiseringer på sygedagpengeområdet, at disse nuancer kan skabe forskelsbehandling for visse borgergrupper. I og med at det er sagsbehandlerne der foretager et individuelt skøn, kan deres motivation for nærværende målgruppe have betydning for forløbet.

Vi har i denne analysedel både set at borgerens egen motivation samt sagsbehandlerens motivation har været i spil. Om borgeren selv er motiveret for at modtage sagsbehandlerens hjælp har en indflydelse på hvorledes sagsbehandleren bliver motiveret. Samtidig fremgår det også at de overordnede rammer har en betydning for sagsbehandlernes egen motivation. I denne analyse har fokus dog ikke været på at borgerens motivation er problematisk. Kun i form af at borgerens egen motivation har betydning for sagsbehandlerens motivation. Det vi kan forstå som problematisk, på baggrund af ovenstående analyse, er at sagsbehandlerens motivation kan føre til en forskelsbehandling.

Opsamling

I denne tredje og sidste delanalyse, har vi belyst og fortolket hvorledes sagsbehandlernes motivation er under indflydelse af de tidligere omtalte rammer, samt hvorledes sagsbehandlerens motivation kan have en betydning for sagsbehandlingen.

Vi er i ovenstående analyse blevet opmærksomme på en dobbelthed da vi på den ene side har set en tendens til at disse sager er motiverende for sagsbehandlerne, idet de er udfordrende og indeholder mere undersøgelsesarbejde. På den anden side er der en tendens til at sagerne kan være demotiverende i og med at sagsbehandlerne ikke oplever at de inden for rammerne kan rykke borgerne.

I en fortolkning ud fra Lipskys begreb om creaming og det at sagsbehandlerne bliver drevet af at kunne gøre en forskel, er vi kommet frem til en forståelse af at det for sagsbehandlerne kan føre til mere succes at prioritere andre sager hvor der er bedre muligheder for at hjælpe borgeren.

Ligeledes har vi i analysen fået øje på at sagsbehandlernes motivation afhænger af hvorledes borgeren selv ønsker at få hjælp, hvilket betyder at selve borgerens indstilling har en betydning for hvor motiveret sagsbehandleren er for forløbet. Vi har i en diskussion problematiseret dette i og med at sagsbehandlerens tro på borgeren har betydning for om borgeren rykker sig mod arbejdsmarkedet.

Overordnet har analysen været en diskussion af sagsbehandlernes motivation for nærværende speciales borgergruppe. Vi kan, ud fra en fortolkning af Lipsky, forstå at sagsbehandlernes autonomi skaber rum for individuelle skøn trods standardiseringer på sygedagpengeområdet. I og med at det er sagsbehandlerne der foretager et individuelt skøn kan deres motivation for nærværende målgruppe have betydning for forløbet. Dette kan vi forstå som problematisk på baggrund af at der er forskelligheder i hvor motiveret sagsbehandlerne er. Vi er derfor med baggrund i ovenstående analyse kommet frem til at sagsbehandleres motivation kan føre til en forskelsbehandling i sygedagpengesager.

Kvalitet af undersøgelsen

I dette kapitel vil vi foretage en kvalitetsvurdering af specialet. Kapitlet vil indeholde refleksioner over validitet i forbindelse med undersøgelsesprocessen fra start til slut; fra forskningsdesign til dataindsamlingsprocessen samt refleksioner over vores rolle som interviewere. Kapitlet vil desuden indeholde refleksioner over generaliserbarhed i kvalitativ forskning.

Troværdighed

Når vi taler kvalitet handler det om, hvorvidt vores undersøgelse er valid og troværdig (Kvale & Brinkmann, 2015: 318). Da vi har anvendt kvalitative fremgangsmåder ved dataindsamlingen, har det været nødvendigt at vi undervejs i hele specialeprocessen har forholdt os til validiteten af undersøgelsen fra start til slut. Det vil sige at vi helt fra start i processen, hvor vi drøftede problemstilling, design og teoretisk forståelsesramme, måtte forholde os til, hvad vi som forskere ville undersøge (Kvale & Brinkmann, 2015: 320-321). Dette har for os været en mere ubevidst end bevidst og systematisk tilgang, som undervejs i processen har skabt forskelligrettede overvejelser og forvirring. Dette udsprang af at vi havde svært ved at finde et helt konkret fokus for specialet, og af den grund var det svært at binde de forskellige dele og afsnit sammen. Efter kyndig vejledning blev vi opmærksomme på, at vi manglede at gøre os helt konkrete overvejelser om valg af design. Da vi efter en grundig granskning fik styr på hvordan vi ville designe specialet, fandt vi nemmere en sammenhæng og havde frem til selve dataindsamlingen skabt en mere bevidst og systematisk sammenhæng.

I dataindsamlingsprocessen har vi haft fokus på gennemsigtighed, professionalisme og refleksion over egen rolle som forskere hvilket er væsentligt ved anvendelsen af kvalitative metoder (Karpatschof, 2015: 454). Vi har inddraget og forholdt os kritisk til vores subjektive rolle som forskere (Karpatschof, 2015: 453), da kontakten og samspillet er vigtig for at skabe kontakt, tillid og tryghed for informanterne (Karpatschof, 2015: 454). Forud for dataindsamlingen vægtede vi høj grad af information både ved kontakten til lederen i afdelingen og til de informanter, der har haft spørgsmål før de tilmeldte sig undersøgelsen. Ligeledes har vi med både et informationsbrev og en samtykkeerklæring forsøgt at skabe gennemsigtighed og troværdighed for informanterne (Kvale & Brinkmann, 2015: 330-331). Undervejs i specialet har vi, for at forøge gennemsigtigheden, beskrevet vores refleksioner grundigt samt vedlagt bilag, så det tydeligt

fremgår for alle interesserede læsere, hvorledes empiri, fortolkninger og resultater er fremkommet.

Under selve interviewene anstrengte vi os for at skabe en god, men professionel kontakt, således informanterne følte sig tilpas i situationen. I enkelte interviews var stemningen til at starte med lidt anspændt, men løsnede op når først interviewet var i gang. Vi anstrengte os for at lytte anerkendende og ikke-dømmende til informanternes svar for at få dem til at føle sig accepteret og dermed få lyst til at fortælle mere. Vi anvendte, som tidligere beskrevet, en interviewguide og havde derfor formuleret spørgsmål på forhånd. Der var ved de interviews hvor informanten ikke af sig selv "bare snakkede løs" situationer, hvor spørgsmålene blev ledende eller meget direkte og konkrete, hvilket kan være en potentiel bias og have haft indflydelse på informanternes svar på en måde, der har betydning for validiteten. Validiteten af selve interviewene afhænger nemlig i høj grad af vores indsats og måde at være forskere på, da det er os der stiller og formulerer spørgsmålene og dermed sætter rammen for interviewene (Karpatschof, 2015: 455-456). Som forskere har vi forsøgt at gøre os denne bias bevidst og have et kritisk blik på vores indsamlede data for at undgå selektive opfattelser og ensidige fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015: 321).

Generalisering i kvalitativ forskning

Til at generalisere vores fund og resultater har vi valgt at læne os op ad metoden 'analytisk generalisering', da den egner sig til kvalitative studier, som nærværende speciale, frem for f.eks. den statistiske generalisering, som vi kender fra kvantitative studier. Analytisk generalisering kan forstås i den forstand, at man inddrager tidligere udviklet teori til at sammenligne de empiriske resultater i undersøgelsen. Generaliseringen sker herefter i en proces, hvor der dannes slutninger ved at kæde vores enkelttilfælde i undersøgelsen sammen med teoretiske forestillinger (Antoft & Salomonsen, 2007: 49). I vores speciale har vi valgt at foretage den analytiske generalisering ud fra Yin's "*"analytic generalization," in which a previously developed theory is used as a template with which to compare the empirical results"* (Yin, 1994: 31), hvor vi har undersøgt, hvorledes vores empiriske fund kan forstås, forklares og sammenlignes ved brug af vores egen teoretiske ramme; Street-level bureaucracy.

Da vi har fundet vores overordnede teoretiske ramme relevant til at belyse og fortolke både enkelttilfælde, variationer, forskelle og modsætninger, der er fremkommet af vores empiri, som

f.eks. modsætningsforholdet i sagsbehandlernes motivation, er det vores vurdering, at vores resultater ville kunne genfindes i lignende kontekster, hvor teorien om frontlinjemedarbejdernes mestringsstrategier har forklaringskraft. Vores empiri viser desuden tydeligt mønstre, der omhandler og berører det krydspres, som Lipskys teori kredser omkring; at det er svært for sagsbehandlerne at jonglere mellem rammer, faglighed og borger-behov.

Antoft og Salomonsen opererer ligeledes med tre punkter, der bør stilles ift. at lave gode generaliseringer. I et af disse punkter beskriver de, hvorledes generaliseringer bør være kompatible med lignende undersøgelser og forskningsviden på området (Antoft & Salomonsen, 2007: 51), hvorfor vi også har foretaget en empirisk generalisering. Med en empirisk generalisering har vi søgt, gennem empiriske resultater fra lignende undersøgelser, at generalisere vores resultater til en anden kontekst. Vi har fundet det relevant at fremhæve den undersøgelse af Møller, som blev præsenteret i specialets problemfelt. Denne undersøgelse viser, at socialrådgiverne anvender differentierede strategier, enten "hard or soft evaluation strategies", alt afhængig af hvilken lidelse borgeren har, eksemplificeret ved tre vignetter om henholdsvis fibromyalgi, sklerose og fantomsmerter (Møller, 2010: 61). Sagsbehandlerne forskelsbehandler alt efter hvilken diagnose borgerne har, hvilket også er kommet til udtryk i dette speciale.
Vi finder det desuden relevant at inddrage, at flere af de identificerede forskningsartikler fokuserer på, at borgerne føler sig mistænkeliggjort, oplever at mangle social anerkendelse af deres lidelser samt at blive mødt med skepsis og negative kommentarer (Danielsen & Blaakilde, 2011., Bømler, 2012), hvilket ligeledes kunne vidne om, at denne forskelsbehandling finder sted i praksis.
På baggrund af ovenstående, empiriske og analytiske generalisering forestiller vi os, at vores fund ville kunne genfindes i en anden kontekst, f.eks. i et andet jobcenter, og det vurderes på baggrund heraf, at kvaliteten af vores undersøgelse må være høj.

Konklusion

Nærværende speciales hensigt har været at undersøge, hvordan sygedagpengesagsbehandlere oplever at arbejde med borgere med diffuse smerter, og på hvilken måde det kan ses i deres vurderinger af disse borgere i beskæftigelsesindsatsen, eksemplificeret ved vignetten om Bente.

For at besvare denne problemstilling har vi, ud fra en forstående og kvalitativ tilgang, haft fokus på at opnå en forståelse og fortolkning af sagsbehandlernes egne fortællinger og oplevelser. For at opnå denne fortolkning har vi i en abduktiv proces ladet empiriens mønstre fremtræde og i samspil med teorien kunne udfolde og kvalificere disse. I undersøgelsen af sygedagpengesagsbehandlernes oplevelser har vi anvendt en kvalitativ metodologi, hvor vi i et samspil mellem vignetten om Bente, der er sygemeldt med diffuse smerter og et kvalitativt forskningsinterview, interviewet otte sygedagpengesagsbehandlere i en mellemstor kommune på Sjælland. I en analyse af det empiriske materiale, har vi, som overordnet ramme, anvendt Michael Lipskys teori om street-level bureaucracy, særligt har vi anvendt hans begreber om frontlinjemedarbejdernes mestringsstrategier.

Selve analysen er bygget op af tre dele, hvoraf den første omhandler rammerne. Vi blev opmærksomme på, at de overordnede rammer for beskæftigelsesindsatsen på flere punkter vanskeliggør sagsbehandlingen af borgere med diffuse smerter. Vi kan konkludere, at det at mangle en diagnose har en betydning for borgeren, da det kan være vanskeligt at få adgang til systemet samt at opnå anerkendelse og legitimere deres sygdom. Endvidere kan vi konkludere, at en diagnose har betydning for sagsbehandlernes vurdering af borgerne. Såfremt der ikke er en diagnose samt karakteristik af sygdommen at forholde sig til, bliver det svært for sagsbehandlerne at kunne handle i sagerne og leve op til den lovgivning samt de krav og rammer, der er på området. Vi kunne konstatere, at dette medførte yderligere problemstillinger i form af, at disse sager blev langvarige, sagsbehandlingen blev meningsløs i og med, at borgerne ikke kunne udredes og på grund af de manglende handlemuligheder hos sagsbehandleren. Problematikken i dette vedrører både borgeren, som rammes økonomisk samt sagsbehandleren, som allerede efter 22 uger skal foretage en vurdering af om borgerne fortsat opfylder betingelserne. Vi kan konkludere, at sagsbehandlernes handlemuligheder hænger sammen med hvorvidt der er en diagnose eller ej, idet diagnosen, i dette system, henviser til en kategori. Ved inddragelse af Lipsky som teoretisk ramme, kunne vi opnå en forståelse af, at sagsbehandlernes kategorise-

ringer kan komme til at ske ud fra en rutine i stedet for ud fra individet og dets behov. Problemet heri er, at borgerne kan ende i en kategori, som bliver nedprioriteret.

I den anden analysedel ud af de tre havde vi fokus på, hvorledes sagsbehandlerne har vanskeligt ved at forstå, hvad diffuse smerter er, samt en forståelse af at det også handler om noget andet end smerter. Vi så i analysen et modsætningsforhold i, at sagsbehandlerne oplever, at borgernes smerter er reelle, men samtidig har en idé om, at smerterne ikke blot handler om smerter. Dette modsætningsforhold kunne føre til en mistænkelighed. Vi blev ud fra et anerkendelsesperspektiv opmærksomme på, at der kan opstå en uoverensstemmelse mellem sagsbehandlerens forståelse og borgerens egen oplevelse af sygdommen, som kan være problematisk ift. at opnå et fællesskab, opbygge tillid og et samarbejde med borgeren. Dette kan have betydning for om sagsbehandleren *ser* borgeren, som denne ser sig selv. I forlængelse heraf, så vi en tendens til, at sagsbehandlerne har lettere ved at forstå og arbejde med, og dermed også *se* og anerkende borgere med en mere forklaret diagnose. Ud fra en teoretisk fortolkning kunne vi forstå det problematiske i, at det dermed kan være vanskeligere at kategorisere borgere med diffuse smerter, hvilket kan føre til en grovkategorisering ud fra standardiseringer til fordel for en vurdering foretaget ud fra individets behov.

En anden væsentlig pointe var, at sagsbehandlernes tro på, at borgeren kan rykke sig, er central for borgerens muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Med baggrund i at sagsbehandlerne ikke opnår et fællesskab, har en forståelse for borgeren, og at de på forhånd har en anden forståelse af borgerens situation end borgeren selv har, kan det være vanskeligt at tro på at borgeren kan rykke sig.
I analysen kom vi frem til, at den manglende forståelse, tro og grovkategorisering af denne specifikke borgergruppe, kan blive problematisk, fordi deres sygdomskarakter er diffus, uforståelig og dermed vanskeligt at placere i en kategori hvilket er nødvendigt for at kunne gøre noget for borgeren. Med baggrund i dette kan vi konkludere, at der kan være en risiko for at denne borgergruppe bliver nedprioriteret, hvilket overordnet kan skabe en problematisk forskelsbehandling i sagsbehandlingen.

Sagsbehandlernes motivation under indflydelse af de tidligere omtalte rammer, samt hvorledes sagsbehandlerens motivation kan have en betydning for sagsbehandlingen, var fokus for den

tredje og afsluttende delanalyse. Vi kunne her identificere en tendens til, at sagsbehandlernes motivation afhænger af hvorledes borgeren selv ønsker at få hjælp. Dette betyder at selve borgerens indstilling har en betydning for hvor motiveret sagsbehandleren er for forløbet. Endvidere blev vi opmærksomme på en dobbelthed, da vi på den ene side så en tendens til at sager omhandlende diffuse smerter kunne være motiverende for sagsbehandlerne, idet de er udfordrende og indeholder mere undersøgelsesarbejde. På den anden side så vi en tendens til at sagerne kunne være demotiverende i og med at sagsbehandlerne ikke oplever, at de inden for rammerne kan rykke borgerne. I en fortolkning ud fra Lipskys begreb om creaming og ud fra et fund af, at sagsbehandlerne bliver drevet af at kunne gøre en forskel, kom vi frem til en forståelse af, at det for sagsbehandlerne kan føre til mere succes at prioritere andre sager, hvor der er bedre muligheder for at hjælpe borgeren.
Analysen var overordnet en diskussion af sagsbehandlernes motivation for nærværende specieles borgergruppe, og ud fra en fortolkning af Lipsky kunne vi forstå at sagsbehandlernes autonomi skaber rum for individuelle skøn trods standardiseringer på sygedagpengeområdet. Men i og med at det er sagsbehandlerne, der foretager et individuelt skøn, kan deres motivation for nærværende målgruppe have betydning for forløbet. Dette kan vi forstå som problematisk på baggrund af, at der er forskelligheder i, hvor motiveret sagsbehandlerne er. Vi er derfor med baggrund i ovenstående analyse konkludere, at sagsbehandleres motivation kan føre til en forskelsbehandling i sygedagpengesager.

Så for, her afslutningsvist, at samle op på, hvordan sygedagpengesagsbehandlere oplever at arbejde med borgere med diffuse smerter og på hvilken måde det kan ses i deres vurderinger af disse borgere i beskæftigelsesindsatsen, kan vi konkludere, at rammerne har væsentlig indflydelse på sagsbehandlingen med borgere med diffuse smerter. Netop den manglende diagnose gør, at sagsbehandlerne ikke kan handle i sagerne og der kan opstå en manglende tro på, prioritering af samt motivation til at arbejde med lige præcis denne borgergruppe, som er uden diagnose.

Perspektivering

At tænke ud over diagnosen

Med afsæt i vores datamateriale og ovenstående analyse vil vi i dette afsnit tilføre en refleksion over, hvorledes dette speciales fund kan bidrage med implikationer til praksis.

Vi er blevet opmærksomme på, at det især er de overordnede rammer, der har betydning for, hvorledes sagsbehandlerne har muligheder for at handle i sagsforløb med borgere med diffuse smerter. Vi forstår, at de overordnede rammer er et grundvilkår for sagsbehandlingen, men vi mener at implikationer af specialets viden kan skabe en faglig refleksion i det praksisnære og forhåbentlig bidrage til, at sagsbehandlere kan nuancere det mindset, de i det daglige sagsbehandler og *ser* borgere med.

I vores dataindsamling spurgte vi sagsbehandlerne om, hvad de kunne ønske af muligheder ift. sagsbehandling af borgere med diffuse smerter. Der var mange gode bud, bl.a. mere fleksibel opfølgning, mulighed for længerevarende og mere intensive og tværfaglige forløb. Ligeledes muligheder for at følge op på disse. Blandt andet udtalte informant D:

"Der er nogle meget stramme lovgivninger (…) så derfor er der et krav om, at alt hvad vi kan forsøge skal prøves. Og så kan det godt lidt nogle gange måske blive sådan lidt en tjekliste af, nu skal, i stedet for sådan at kunne gå ind, jamen hvad får du ud af det? Hvad har du fået ud af det? Kan man arbejde videre med noget? Kunne man supplere på noget?"

Ud fra dette citat forstår vi, at de krav der er til sagsbehandlerne, kan *blive sådan lidt en tjekliste*. Som vi ud fra vores analyse kan konkludere, har dette en betydning for sagsbehandlernes motivation og tro på borgeren, hvilket kan føre til meningsløs og automatiseret sagsbehandling, frem for en individfokuseret. Vi ønsker derfor, at der, trods de *meget stramme lovgivninger* i det helt praksisnære, kan skabes et fokus på borgeren. Både med hensigten om, at borgeren får en oplevelse af at blive *set*, og samtidig også med hensigten om, at sagsbehandleren får et andet mindset og forhåbentlig herigennem øget motivation og tro på borgeren.

"Almindelige indsatser fungerer ikke til ualmindelige problemstillinger "
(Andersen, 2014: 265)

Borgergruppen med diffuse smerter har, netop pga. den manglende diagnose, været et omdrejningspunkt i specialet, da vi har set, at det ikke at have en diagnose vanskeliggør sagsbehandlingen i beskæftigelsesindsatsen. Fokus er på sygdommens karakter, og hvordan den påvirker funktionen, hvilket er traditionel tænkning, hvor erkendelse kommer før handling (Andersen, 2014: 259). Med afsæt i vores undersøgelse og analyse vil vi komme med et kvalificeret bud på, hvorledes det mindset, der er i praksis, kan nuanceres.

Hertil inddrages et perspektiv om empowerment og ability-begrebet. Ved afsæt i dette perspektiv kan handlingen, og det at der kan skabes forandringer gennem handling, komme i fokus, uden en forventning om erkendelse (Andersen, 2014: 259). Der kan herigennem skabes en handling frem for, at sagsbehandlerne ikke oplever at kunne gøre noget i disse sager.
Begrebet ability er udviklet som et modbegreb til DISability. Dette analytiske redskab kan være afsæt for at opnå forståelse og anvende modsatrettede oplevelser af problemet (Andersen, 2015: 113). Begrebet tager afsæt i et styrkeperspektiv og i præmisserne om, at borgeren selv har retten til at definere såvel problem som løsning. Ligeledes at borgeren er ekspert i eget liv, og at borgerens fortællinger og handlinger giver god mening på et givent sted, en given situation og en given kontekst, samt at der altid er muligheder for at vælge, og at det altid er muligt at se ressourcer (Andersen, 2014: 264). Ud fra disse præmisser er der i ability-begrebet opstillet fem komponenter (Andersen, 2015: 115). Set i et beskæftigelsesperspektiv og i lyset af specialets fund er vi blevet inspireret af ability-begrebet og har udformet følgende 4 punkter, som vi mener kan være et udgangspunkt for opfølgningssamtalerne ved borgere med diffuse smerter med henblik på at skabe et nuanceret helhedsbillede af borgeren:

1. Formelle kvalifikationer: uddannelse og erfaring.
2. Selvforståelse af helbredssituation: egen forståelse og oplevelse af helbredet.
3. Selvforståelse af den samlede situation: egen forståelse af styrker og svagheder.
4. Handlekompetence: ideer til indsatser og tiltag i et beskæftigelsesrettet system, men også i forhold til egne handlinger.

Redskabet kan give sagsbehandlerne en systematisk tilgang ift. at lytte til borgernes fortællinger og oplevelser. Vores hensigt er ikke at skabe flere standardiserede redskaber, men blot at henlede opmærksomheden på at nytænke sit mindset og genskabe motivation. Redskabet kan lige-

ledes skabe handlemuligheder frem for automatisering af sagsbehandlingen, da det vil give anledning til, at sagsbehandleren kan tænke ud over diagnoser og kategoriseringer.
Det skal afslutningsvist pointeres, at trods et empowerment-perspektiv og ovenstående redskab, vil sagsbehandlerne fortsat skulle sagsbehandle efter gældende rammer, lovgivning og krav. Vi vil derfor argumentere for, at praksisimplikationer ikke kun rettes mod sagsbehandlere i beskæftigelsesindsatsen. På baggrund af sagsbehandlernes ønske om en tværfaglig indsats, mener vi, at det samtidig vil være nødvendigt at inddrage nedenstående redskab til samarbejdspartnere og andre aktører, f.eks. i forbindelse med den lægefaglige vurdering af borgere med diffuse smerter.

Litteraturliste

Aarhus Universitetshospital (2018). *Om funktionelle lidelser.* Lokaliseret d. 09.04.18 på: http://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/

Andersen, H. (2002). *Videnskabsteori og metodelære. Bind 1, introduktion*. (4. udgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Andersen, M. L. (2014). Empowerment - begreb og betydning i teori og praksis. I: G. Niklasson (red). *Sundhed, menneske og samfund*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

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

Andersson, B. (2004): Sociologiens brug af begreberne holdning og værdi - Tradition eller modernitet i metodeudviklingen. *Dansk Sociologi, 2004* (nr. 4)

Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium. I: R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen. *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Baadsgaard, K., Jørgensen, H., Nørup, I. & Olesen, S. P. (2012). Fra klientorienteret arbejde til administrativt arbejde - Ændringer i den faglige praksis og kvalificering på det beskæftigelsespolitiske område. *Tidsskrift for arbejdsliv. 2012.* (4), 30-4.

Born, A. & Jensen, P. H. (1998): Privilegering af perspektiver - en refleksion over begrebskonstruktionerne inclusion/eksklusion og integrering/marginalisering i den sociologiske iagttagelse. *Dansk Sociologi*. (2) 21-37.

Bredgaard, T., Jørgensen, H., Madsen, P. K. & Rasmussen, S. (2017). *Dansk arbejdsmarkedspolitik* (2. udgave). København: Jurist- og økonomforbundets forlag.

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser i samtiden: En introduktion. I: S. Brinkmann & A. Petersen (red). *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion.* Aarhus N: Forlaget Klim

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard. *Kvalitative metoder en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.

Brodkin, Evelyn Z. (2011): Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory.* (21) i253-i277

Bømler, T. (2012). Socialarbejdere i et spændingsfelt mellem politik og brugernes behov. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2012. (nr. 16)

Caswell, D. (2013). Socialt arbejde på beskæftigelsesområdet- arbejdsløse, aktive tilbud og sanktioner. I: J. Guldager & M. Skytte (red.) *Socialt arbejde. Teorier og perspektiver*. København: Akademisk Forlag.

Caswell, D. & Larsen, F. (2015) Frontlinjearbejdet i leveringen af aktiv beskæftigelsespolitik – hvordan faglige, organisatoriske og styringsmæssige kontekster påvirker dette. *Tidsskrift for arbejdsliv, 2015* (nr. 1) Lokaliseret på: http://www.nyt-om-arbejdsliv.dk/index.php/artikelarkiv/69-publikationer-2015/210-20151-beskaeftigelsesindsatsen

Danielsen, R. L. & Blaakilde, A. L. (2011). En Krobjektiv lidelse? - Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smertelidelser med fibromyalgi som eksempel. *Kulturstudier, 2011.* (Nr. 2)

Danneris, S. & Monrad, M. (under udgivelse). Litteraturgennemgang. I: M. Monrad & S.P. Olesen, (red.), *Forskningsmetode i Socialt Arbejde.* Hans Reitzels Forlag.

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

Ejrnæs, M. & Monrad, M. (2012a). Horisontal og vertikal vignetmetode. I: M. Ejrnæs & M. Monrad. *Vignetmetoden - Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. København: Akademisk Forlag.

Ejrnæs, M. & Monrad, M. (2012b). Konstruktion af vignetter. I: M. Ejrnæs & M. Monrad. *Vignetmetoden - Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. København: Akademisk Forlag.

Gadamer, H-G. (2007) *Sandhed og Metode - Grundtræk af en filosofisk hermeneutik.* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Honneth, A. (2006) *Kamp om anerkendelse - sociale konflikters moralske grammatik.* København: Hans Reitzels Forlag.

Høilund, P. & Juul, S. (2015). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde.* (2. udgave). Hans Reitzels Forlag.

Højberg, H. (2009). Hermeneutik. I: L. Fuglsang & P. B. Olsen. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer.* Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Jacobsen, M. H. & Jensen, S. Q. (2012). Kvalitative udfordringer - kvalitativ metode under forandring. I: M. H. Jacobsen & S.Q. Jensen (red.), *Kvalitative udfordringer*. København: Hans Reitzels Forlag.

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

Juul, S. (2012). Hermeneutik. I: S. Juul & K. B. Pedersen (red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring*. København: Hans Reitzels forlag.

Karpatschof, B. (2015). Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard. *Kvalitative metoder en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.

Katzenelson, B. (1994). *Homo socius. Grundlaget for menneskelig samkvem. Socialpsykologisk grundbog*. København: Gyldendal

Klausen, J. (2002): *Offentlig forsørgelse. En analyse af retssikkerheden mellem skøn, ret og pligt*. (1. udgave). København: Jurist- og økonomforbundets Forlag.

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

Larsen, C. A. & Andersen, J. G. (2009). Strukturledighed - et barn af økonomiske ideer? *Økonomi og Politik* (vol 82) (Nr. 1) 15-26

Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O. (2011). Forskningstyper I: L. Launsø, L. Olsen, & O. Rieper, (Red.), *Forskning om og med mennesker*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S

Lipsky, Michael (1980): *Street - Level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

Løngaard, K. (2014). *Consequences of Medically unexplained symptoms - PhD thesis*. København: National Research Centre for Working Environment.

Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation.* (4. udgave) San Francisco: Jossey-Bass.

Mik-Meyer, N. (2010). Min helt egen sygdom - Forhandling af sygdomsidentitet. I: S. Brinkmann, (red.), *Det Diagnosticerede Liv - sygdom uden grænser*. Århus: Forlaget Klim.

Mik-Meyer, N. & Johansen, M. B. (2009). *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser*. (1. udgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

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

Møller, M.Ø. (2010). Stereotyped perceptions of chronic pain. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 2010* (13)

Nettleton, Sarah (2005). I just want permission to be ill': Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine* (62)

Olsen, H. (2008). *Holder holdninger? - Holdningsbegrebet og holdningsmålinger*. (1. udgave). København: Akademisk forlag.

Olsen, P. B. (2009). Organisering. I: L. Fuglsang & P. B. Olsen. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer.* Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Retsinformation (2016). *Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats*. Lokaliseret d. 09.04.2018 på: https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=184891

Retsinformation (2017). *Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik.* Lokaliseret d. 23.05.2018 på: https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=188312

Retsinformation (2018a). *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge.* Lokaliseret d. 09.04.2018 på: https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=197006

Retsinformation (2018b). *Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.* Lokaliseret d. 23.05.2018 på: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199851

Rose, N. (2015). Hvad er diagnoser til for? I: S. Brinkmann & A. Petersen (red). *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion.* Aarhus N: Forlaget Klim.

Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (2015). *Aftale om reform af refusionssystemet og tilpasninger i udligningssystemet*. Lokaliseret d. 09.04.2018 på: https://star.dk/media/1445/aftaleomreformafrefusionssystemetogtilpasningeriudligningssystemet-feb15-101116.pdf

Sundhedsstyrelsen (2017). *Funktionelle lidelser*. Lokaliseret d. 03.04.2018 på: https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/funktionelle-lidelser

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard. *Kvalitative metoder en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.

Torfing, J. (2004) *Det stille sporskifte i velfærdsstaten - En diskursteoretisk beslutningsprocesanalyse.* Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Væksthusets Forskningscenter (2017). *Sagsbehandlerens betydning for udsatte borgeres jobchancer – Hovedpointer.* (1. udgave) København: Væksthusets Forskningscenter.

Winter, S. C. & Nielsen, V. B. (2008). *Implementering af politik.* (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Yin, R. K. (1994). *Case study Research - Design and methods.* Second edition. Sage Publications.