

”Og ja... så er det nok ikke alle, der får det helt samme tilbud afhængig af deres situation”

**Et kvalitativt casestudie af potentiel social ulighed i kommunal
neurorehabilitering**



Af Sanne Skovdal Jørgensen og Karen Bøstrup Henriksen
Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Speciale – Juni 2021

Vejleder: Ninna Meier

Anslag inkl. mellemrum: 189.930

Resumé

In this thesis we examine what influence structural frameworks and professionals' assessments have on potential social injustice for citizens with acquired brain injury in municipal neurorehabilitation. It is a case study where we study the phenomenon of potential social injustice in the context of municipal rehabilitation within the municipality of Aarhus.

The method we use is qualitative analysis of four organizational documents and five semi structured interviews with professionals from three different departments. We took an abductive approach and used the data to find relevant theoretical concepts to do the analysis.

The analysis consists of three parts. In the first we use Anselm Strauss and others' concept of *illness trajectories* to identify three different "rehabilitation trajectories" and examine how professionals' assessments affect these trajectories. In the second part of the analysis, we use Andrew Abbotts concepts of *professions* and *jurisdiction* to understand how professionals' jurisdiction can be seen as a determining factor in the assessment of access to rehabilitation interventions. We also show how professionals depend on knowledge being passed between them in a sequence. The third part of the analysis consists of an analysis of connections between the structural framework and professionals' individual assessments, and what influence they have on the access to neurorehabilitation interventions.

We conclude that in the three rehabilitation trajectories there are two assessment points that lead to potential social injustice. The assessment points are a determining factor because they influence which interventions the individual citizen can be referred to. We also find that some professionals have more jurisdiction than others when assessing who can be referred to which neurorehabilitation interventions. When other professionals follow these assessments without asking questions there is a possibility that the potential social injustice is reproduced because then only one professional alone has the right to determine who gets access. Moreover, we conclude that both structural frameworks (criteria and limited capacity) and professionals' individual assessments have an impact on who gets access to

attractive interventions. The criteria of the interventions exclude some citizens who could potentially have benefited from the intervention. The limited capacity in one of the interventions force the professionals to select who can get access to attractive interventions and who cannot. The individual assessments cannot be made without taking the criteria into account, and because not all citizens needs can be met, the professionals make the citizens fit into the structural framework. We also find that the professionals have an idea of a certain type of citizen that fits into the attractive interventions, and therefore is more likely to get access to the interventions.

Based on the findings above we conclude that structural frameworks and professionals' assessments have influence on potential social injustice for citizens with acquired brain injury in municipal neurorehabilitation.

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning.....	1
1 Problembaggrund	2
1.1 Borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i den erhvervsaktive alder	2
1.2 Er der social ulighed på neurorehabiliteringsområdet?.....	4
1.2.1 Problemformulering.....	5
1.2.1.1 Arbejdsspørgsmål	5
1.3 Begrebsafklaring	6
1.3.1 Neurorehabiliteringsforløb.....	6
1.3.2 Borgere.....	6
1.3.3 Professionelle	6
1.3.4 Vurderinger.....	7
2 Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk ståsted	7
3 Metode	8
3.1 Abduktiv forskningsproces.....	8
3.2 Illustrationer i specialet	9
3.3 Casestudie som forskningsdesign.....	9
3.3.1 Den organisatoriske kontekst for casen	11
3.3.2 Udvalgte afdelinger i casen	13
3.3.2.1 Beskrivelse af de fire afdelinger.....	14
3.3.2.2 Udvælgelse af relevante afdelinger.....	16
3.3.2.3 Adgang til feltet og etiske overvejelser	19
3.4 Kvalitativ metode som forskningsstrategi.....	20
3.5 Dataindsamling.....	21
3.5.1 Semistruktureret forskningsinterview.....	21
3.5.1.1 Præsentation af informanter	22
3.5.1.2 Interviewguide.....	22
3.5.1.3 Pilotinterview	23
3.5.1.4 Gennemførelse af interviews.....	23
3.5.1.5 Transskription.....	24
3.5.1.6 Kodning af interviews.....	25
3.5.1.7 Etiske overvejelser i dataindsamlingen	25
3.5.2 Dokumenter.....	26
3.5.2.1 Udvælgelse af dokumenter	27
3.5.2.2 Præsentation af udvalgte dokumenter	28

3.5.2.3	Adgang til dokumenter.....	28
4	Teori.....	29
4.1	Anselm Strauss m.fl. begreb om sygdomsbaner.....	29
4.2	Andrew Abbotts begreber om professioner og jurisdiktion.....	30
5	Analyse og analysestrategi	31
5.1	Analysestrategi	31
5.2	Analyse.....	32
5.2.1	Første analysedel: Rehabiliteringsbanernes betydning.....	33
5.2.1.1	Tre typiske rehabiliteringsbaner	33
5.2.1.2	Delkonklusion første analysedel	38
5.2.2	Anden analysedel: Professioner, jurisdiktion og sekventiel afhængighed.....	39
5.2.2.1	Professioners abstrakte viden og praktiske opgaver.....	39
5.2.2.2	Jurisdiktionens betydning.....	41
5.2.2.3	Sekventiel afhængighed mellem de tre afdelinger.....	45
5.2.2.4	Delkonklusion - anden analysedel.....	47
5.2.3	Tredje analysedel: Strukturelle rammer og individuelle vurderinger.....	48
5.2.3.1	Vurderingspunkt 1: Henvisning til Hjerneskadeteamet	49
5.2.3.2	Vurderingspunkt 2: Henvisning til erhvervsafklarende indsats.....	63
5.2.3.3	Delkonklusion tredje analysedel	80
6	Konklusion	81
7	Diskussion af specialets kvalitet	82
7.1	Gyldighed	83
7.2	Pålidelighed.....	84
7.3	Gennemsigtighed.....	85
7.4	Anvendelighed.....	85
8	Perspektivering	86
8.1	Socialt arbejdes praksis.....	86
8.2	Sociale problemer.....	87
8.3	Forskning i socialt arbejde.....	88
9	Litteraturliste	90
10	Bilagsfortegnelse.....	96

Læsevejledning

Specialet er inddelt i ti dele, som kort præsenteres her. Vi indleder specialet med en *Problembaggrund*, hvor vi belyser specialets problemfelt, præsenterer problemformulering og arbejdsspørgsmål samt rammesætter specialets aktualitet i det sociale arbejdes felt. I anden del beskriver vi *Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk ståsted*, og hvordan vi forholder os til den viden, vi opnår gennem specialet. Tredje del af specialet omhandler *Metoden* for specialet, hvor vi præsenterer og diskuterer de metodiske valg. I fjerde del præsenterer vi specialets teoretiske ramme. Femte del, *Analysen*, starter med analysestrategien og en introduktion til analysen, hvorefter afsnittet deles i tre afsnit. De tre afsnit tager hver afsæt i et arbejdsspørgsmål, som tilsammen svarer på den overordnede problemformulering. Efter analysen fremlægger vi i sjette del *Konklusionen* analysens fund, som giver et samlet svar på problemformuleringen. I syvende del, *Diskussion af specialets kvalitet*, diskuterer vi kvaliteten af specialet, herunder metodiske valg og resultater. Del otte er *Perspektivering*, som sætter specialets resultater i relation til det sociale arbejdes praksis, sociale problemer og forskning på det sociale arbejdes område. Til sidst ses litteraturlisten og en bilagsfortegnelse i del ni og ti.

1 Problembaggrund

Dette speciale har til formål at undersøge, hvilken indflydelse de strukturelle rammer og professionelles vurderinger har på potentiel social ulighed for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i kommunale neurorehabiliteringsforløb. Det undersøger vi med interview- og dokumentempiri i et kvalitativt casestudie.

Det sociale arbejdes felt er mangfoldigt og retter sig mod forskellige typer af sociale problemer (Skytte, 2017, s. 13). Ét af disse sociale problemer er social ulighed (ibid.). Socialarbejdere skal sikre, at der både i det organisatoriske og i det udøvende sociale arbejde sikres lige behandling og retssikkerhed (Hutchinson & Oltedal, 2019, s. 33). Det må sikres, både når der stilles krav til borgerne og i tildelingen af velfærdsydelser og -indsatser, hvor socialarbejdere er med til at vurdere, hvilke borgere der skal have adgang til bestemte ydelser og indsatser (ibid.). Vurderingerne tager udgangspunkt i krav, retningslinjer og kriterier, og de anses som nødvendige for, at man i samfundet kan styre, hvem der har rettighed til hvad samt for at styre de samfundsøkonomiske ressourcer. Samtidig er kriterier også med til at sikre en vis form for lighed, fordi alle borgere forholdes lige op mod kriterierne. Mange af vurderingerne bygger ikke kun på kriterier, men også på professionelles individuelle vurderinger, som bidrager til et mere nuanceret og helhedsorienteret blik på borgerens situation. Kriterier og professionelles individuelle vurderinger om borgers adgang til velfærdsydelser- og indsatser kan således ses som en måde at sikre social lighed på. Alligevel kan der eksistere en skjult social ulighed i disse vurderinger, som man som professionel eller borger ikke umiddelbart får øje på. Det vil vi undersøge med en analyse af vurderinger og strukturelle rammer i neurorehabiliteringsforløb.

1.1 Borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i den erhvervsaktive alder

I specialet har vi fokus på den potentielle sociale ulighed, der kan skabes i neurorehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med følger efter erhvervet hjerneskade. Med potentiel social ulighed mener vi den mulige sociale ulighed, der kan opstå, når borgere ikke har lige adgang til ydelser i velfærdssamfundet. Hvert år indlægges ca. 26.000 voksne med en erhvervet hjerneskade (Hjerneskadeforeningen, u.å.). En

erhvervet hjerneskade defineres som en skade på hjernen, der sker på grund af en ulykke i hjernen eller sygdom, og ikke er medfødt (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Hjerneskaden kan fx skyldes en blodprop i hjernen, hjerneblødning, betændelsestilstand i hjernen, iltmangel eller traume (ibid.). Opgørelser viser, at over 230.000 danskere lever med følger efter erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2021). Det er ikke kun mennesker over 65 år, der rammes af en hjerneskade (Socialstyrelsen, 2019), og derfor har mange danskere behov for genoptræning, støtte til at genvinde sociale færdigheder og til at få afklaret erhvervsevnen efter en erhvervet hjerneskade i deres neuorehabiliteringsforløb. Neurorehabiliteringsforløb kan være komplekse, da følgerne efter hjerneskader er meget forskellige og kan medføre både fysiske, kognitive, sociale og psykiske udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2021). Følgerne er meget individuelle i omfang og grad, og selv lette følger kan betyde væsentlige vanskeligheder i hverdagen og i arbejdslivet (ibid.). Nogle borgere er i kontakt med flere afdelinger i en kommune undervejs i neuorehabiliteringsforløbet, og hjælpen kan blandt andet være fysisk og kognitiv træning, støtte i hverdagen eller hjælp til at vende tilbage til arbejdsmarkedet (Sundhedsstyrelsen, 2020). Borgere med følger efter erhvervet hjerneskade har derfor behov en helhedsorienteret indsats og velkoordinerede neuorehabiliteringsforløb (ibid.). Det stiller store krav til både de strukturelle rammer for neuorehabiliteringsforløb, de professionelle og samarbejdet imellem dem (ibid.).

Borgere med følger efter en erhvervet hjerneskade befinder sig i krydsfeltet mellem det sociale og sundhedsfaglige område pga. de komplekse problemstillinger, der opstår efter den erhvervede hjerneskade. Det er en relevant målgruppe at beskæftige sig med indenfor det sociale arbejde, fordi der som resultat af en erhvervet hjerneskade, kan opstå flere sociale problemer, fx ensomhed, økonomiske problemer, arbejdsløshed, familiære problemer. Borgerne har dermed ikke kun brug for fysisk neuorehabilitering, men også rehabilitering af kognitive og sociale funktioner, som borgerne fx skal bruge for at kunne beholde sit job eller finde et nyt, holde sammen på familien og vænne sig til en ny identitet og rolle efter den erhvervede hjerneskade. Derfor er det vigtigt, at borgerne har adgang til de rette indsatser, som kan støtte dem til et så godt liv som muligt efterfølgende.

1.2 Er der social ulighed på neurorehabiliteringsområdet?

I specialets opstart reflekterede vi over, om der mon kunne ses social ulighed for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade, selvom vi anser neurorehabiliteringsområdet som velorganiseret og et ressourcefyldt område i forhold til økonomi og viden. Denne refleksion sammenholdt vi med det ene gruppemedlems viden og erfaring fra en tidligere ansættelse i kommunalt regi, hvor fortællingen blandt aktørerne på neurorehabiliteringsområdet er, at borgerne generelt får et godt tilbud og de indsatser, de har behov for. Men er der hos de professionelle refleksioner over, om alle borgere rent faktisk altid får de indsatser, de har behov for, eller om der kan forekomme social ulighed for nogle borgere?

Vi indledte derfor specialeprocessen med at opsøge viden om social ulighed på neurorehabiliteringsområdet (bilag 1 + 2). Her fandt vi bl.a. Rikke Guldagers Ph.d.-afhandling fra 2018. Hun har undersøgt ulighed i neurorehabilitering på mikroniveau med fokus på patienters og pårørendes ressourcer under hospitalsindlæggelse (Guldager, 2018).

Afhandlingen viser, at der på mikroniveau kan forekomme social ulighed i neurorehabilitering afhængig af borgerne og de pårørendes rehabiliteringskapital (ibid.). Det viste sig altså, at der tidligere er undersøgt social ulighed på neurorehabiliteringsområdet, og at mikrofaktorer har betydningen for neurorehabiliteringsforløbet. I gennemgang af litteratur på området (bilag 1 + 2) fandt vi også, at samarbejdet mellem de involverede aktører og koordineringen på området er særlig vigtig, fordi disse neurorehabiliteringsforløb er særligt komplekse, da borgerne har brug for støtte og hjælp fra mange forskellige dele af den offentlige sektor. Det ledte os til en indledende undring over, om den betydningsfulde koordinering og samarbejdet omkring forløbene havde betydning for, om alle borgere med følger efter erhvervet hjerneskade får adgang til de indsatser, de reelt har brug for. I litteraturgennemgangen fandt vi også, at social ulighed på det strukturelle plan i neurorehabiliteringsforløb i kommunalt regi ikke var blevet belyst, hvilket betød at der her var et videnshul på området. I takt med at vi traf metodiske afgrænsninger af specialet til Aarhus Kommune som den organisatoriske kontekst, kortlagde vi typiske neurorehabiliteringsforløb, som indeholdt oversigter over indsatser og adgang til disse. Her stod det klart for os, at ikke alle borgere ramt af følger efter erhvervet hjerneskade får samme indsatser i kommunalt regi. Vi havde i starten af specialet fokus på samarbejde og koordineringen af neurorehabiliteringsforløbene, men dette fokus ændrede sig undervejs,

da empirien viste os, at den potentielle sociale ulighed ikke skete her. Det handlede i stedet om de strukturelle rammer og de vurderinger, som professionelle laver undervejs i borgernes neurorehabiliteringsforløb. Det ledte os frem til nedenstående problemformulering og arbejdsspørgsmål:

1.2.1 Problemformulering

Hvilken indflydelse har de strukturelle rammer og professionelles vurderinger for potentiel social ulighed for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i kommunale neurorehabiliteringsforløb?

1.2.1.1 Arbejdsspørgsmål

1. Hvilke forskellige rehabiliteringsbaner kan identificeres, og hvilken rolle spiller de professionelles vurderinger for den retning, rehabiliteringsbanerne får?
2. Hvordan kan professionelles jurisdiktion og de professionelles sekventielle afhængighed forstås som afgørende faktorer i vurderingen af adgang til neurorehabiliteringsindsatser?
3. Hvilke sammenhænge er der mellem strukturelle rammer og de individuelle vurderinger, og hvilken indflydelse har disse på adgang til indsatser i neurorehabilitering?

Vi vælger at belyse den sociale ulighed i neurorehabiliteringsforløb med et organisatorisk fokus, fordi strukturelle rammer og professionelles vurderinger er særligt vigtige i det sociale arbejde. Som nævnt skabes adgang til velfærdsydelser og -indsatser ofte gennem professionelles vurderinger med afsæt i de strukturelle rammer. Det er ikke kun på neurorehabiliteringsområdet, at strukturelle rammer og professionelles vurderinger har stor betydning for både de professionelles arbejde og for borgerne. En senere litteratursøgning (bilag 3) i processen ledte til os artikler om, hvordan fremkomsten af konkurrencestaten og den neoliberale tankegang har haft indflydelse på velfærdsstatens udvikling. I en artikel belyses, hvordan fokus for velfærdsstatens ydelser er ændret fra tanker om social retfærdighed og tryghed til i stedet at fokusere på, om ydelserne er beskæftigelsesfremmende eller ej (Bundesen, 2008, s. 122). Der investeres mest i de

grupper, der allerede har eller kan få arbejdsmarkedstilknytning, mens gruppen af mennesker, der ikke kan arbejde, må nøjes med minimale ydelser (ibid.). Dette fokus kan anses som en potentiel medvirkende faktor til, at man på det sociale- og sundhedsfaglige område indsnævrer de strukturelle rammer i det sociale arbejdes indsatser. Det tvinger de professionelle i det sociale arbejde til at lave vurderinger, som potentielt kan være socialt ulighedsskabende, hvis det afskærer nogle borgere fra velfærdsydelser, som andre grupper af borgere kan få.

1.3 Begrebsafklaring

I følgende afsnit definerer vi hyppigt anvendte begreber i specialet, fordi der er behov for at afgrænse deres dækning, og fordi nogle af begreberne kan forstås på flere måder.

1.3.1 Neurorehabiliteringsforløb

Vi definerer og afgrænser neurorehabiliteringsforløb i specialet til at foregå i kommunal regi. Med neurorehabiliteringsforløb mener vi det forløb, borgeren er igennem efter udskrivelse fra hospitalet til kommunalt regi, som både indeholder genoptræning og erhvervsafklaring. Argumentationen for afgrænsning til kommunalt regi uddybes i afsnittet *Den organisatoriske kontekst for casen*.

1.3.2 Borgere

I specialet bruger vi betegnelsen *borgere*, når vi taler om specialets målgruppe. Målgruppen for specialet er borgere i den erhvervsaktive alder med følger efter erhvervet hjerneskade (18-67 år).

1.3.3 Professionelle

De professionelle i casen er ergo- og fysioterapeuter og socialrådgivere. Ordet ”professionelle” bruges som en fællesbetegnelse i casen for at understrege, at fænomenet ikke kun forekommer i neurorehabiliteringsforløb, men kan forekomme i mange forskellige kontekster, hvor professionelle er ansat.

1.3.4 Vurderinger

I specialet bruger vi ordet vurderinger som en overordnet betegnelse for det, de professionelle laver, når de skal afgøre, hvilke borgere der skal have adgang til hvilke indsatser. I illustrationerne af rehabiliteringsbaner benævnes de "vurderingspunkter". I analysen taler vi om individuelle vurderinger, da de professionelle tager udgangspunkt i den enkelte borgers situation, og de laver derfor en helhedsvurdering. Herunder ligger også faglige skøn, som er de faglige perspektiver og overvejelser, som de professionelle bringer i spil i vurderingerne.

2 Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk ståsted

I dette afsnit redegør vi for specialets videnskabsteoretiske ståsted og gennemgår vores overvejelser om, hvad viden er, hvordan vi frembringer den, og hvad den kan anvendes til.

Socialkonstruktivismens udgangspunkt er, at viden er socialt konstrueret og skabes i sociale processer (Pedersen, 2012, s. 188). Der findes der ikke kun én sandhed, og den sandhed vi ser, er perspektivistisk og afhænger af, hvorfra vi ser den (ibid.). "Virkeligheden" er ikke en objektiv realitet, men i stedet en kontekstafhængig social konstruktion, som der ikke findes en endegyldig sandhed om eller forståelse af (ibid.). Den samfundsmæssige produktion af virkelighed har intet slutpunkt, men består af åbninger og brud (Dahler-Larsen, 2005, s. 238). Det har betydning for, hvordan vi ser på vores empiri, og vi ser ikke i dette speciale dokumenter som en præcis afspejling af virkeligheden, men i stedet som repræsentationer af virkeligheden, de er skabt i og en gengivelse af en bestemt social kontekst (Dahler-Larsen, 2005, s. 236; Pedersen, 2012, s. 223). Det samme gælder for interviewdata, som vi anser som informanternes sproglige repræsentation af "virkeligheden" set fra deres synspunkt og skabt i den sociale kontekst af interviewet. Interviews bruges som en metode til at få indblik i, hvordan sandhedsforståelse eller mening konstrueres i interaktion med andre mennesker (Pedersen, 2012, s. 222). Derfor kan vi ikke sige, at det er den endegyldige sandhed om neurorehabiliteringsforløb, vi får indsigt i, men informanternes subjektive viden. Denne viden konstrueres i relationen mellem informanter og os som forskere, og havde vi valgt andre informanter, så havde vi fået andre perspektiver på fænomenet. Samtidig bliver viden påvirket af de spørgsmål, vi stiller, og den måde vi bearbejder datamaterialet efterfølgende.

Vores position som forskere påvirker også tilblivelsen af specialet; vi kommer med vores egne forforståelser af feltet, og vi påvirker dataindsamlingen ved at interagere med informanterne, fordi vi bearbejder datamaterialet i kodningen og fortolker det i analysen. Vores virkelighedsopfattelse er diskursivt konstrueret. Det betyder, at vores forforståelse er afgørende for, hvordan vi ser og forstår verden (Pedersen, 2012, s. 201). Den viden, det ene gruppemedlem har om feltet, kan vi ikke lægge fra os, og den vil præge os gennem projektet. I dette speciale lægger vi os op ad Peter L. Berger og Thomas Luckmanns version af socialkonstruktivisme. De tager afstand fra forestillingen om, at social konstruktion betyder noget rent indbildt. De fastholder dermed, at *”den samfundsmæssige konstruktion af virkelighed både er en tinglig realitet og en menneskelig betydningskonstruktion”* (Dahler-Larsen, 2005, s. 239–240). Viden, der er udviklet, overført og vedligeholdt i sociale situationer, bliver til en selvindlysende ”virkelighed” for manden på gaden (Pedersen, 2012, s. 193–194). Med det socialkonstruktivistiske ståsted har vi ikke som mål at komme med endegyldige konklusioner på vores problemstilling, men at vise perspektiver på potentiel social ulighed som fænomen.

3 Metode

I dette afsnit præsenterer vi specialets metodiske valg og overvejelser, herunder forskningsproces, design og strategi samt valgte dataindsamlingsmetoder. Vi argumenterer i afsnittet for vores valg og forsøger at skabe gennemsigtighed gennem specialeprocessen.

3.1 Abduktiv forskningsproces

Specialet bygger på en abduktiv forskningsproces. En abduktiv forskningsproces betyder, at man skifter mellem at tage afsæt i empirien og i teoretiske begreber og lader dette styre forskningsprocessen (Olesen & Monrad, 2018, s. 19). Med en abduktiv tilgang kan man opnå en mere dybdegående forståelse af et fænomen (ibid.) Vi har i forskningsprocessen taget udgangspunkt i førnævnte undring over, om der mon kunne ses social ulighed for målgruppen, selvom neurorehabiliteringsforløbene i Aarhus Kommune er velorganiserede. Vi tog derfor ikke udgangspunkt i en specifik teori eller teoretiske begreber, men holdt os åbne over for, hvad empirien viste os. Et eksempel på dette var, da vi ændrede fokus fra organiseringen af neurorehabiliteringsforløb og samarbejdet mellem de professionelle til

strukturelle rammer og professionelles vurderinger. Det uddyber vi i afsnittet om analysestrategi.

3.2 Illustrationer i specialet

Vi har i specialet udarbejdet illustrationer, som er lavet på forskellig vis; tegnede illustrationer, figurer og skemaer. Det betyder, at vi selv har konstrueret nogle af illustrationerne med afsæt i teori, det empiriske materiale eller med inspiration fra andre kilder. De benævnes alle som illustrationer med hver deres bogstav.

Illustration J, K, L, M, N, Q, R og S er tegnede illustrationer. Vi har lavet illustration J, K, L, M, N og Q ud fra et teoretisk afsæt sammenholdt med empirien. Illustration R og S er udarbejdet ud fra analysens fund.

Illustration A, B, C, D, E og H er figurer. Illustration A, B og C er organisationsdiagrammer, som enten stammer fra eller er udarbejdet ud fra kilder fra Aarhus Kommune. Illustration A er fra kilden: (Aarhus Kommune, 2019b). Mens illustration B og C er forenklede organisationsdiagrammer, som vi selv har konstrueret med afsæt i organisationsdiagrammer fra kilderne: (Aarhus Kommune, 2020d, 2021e). Illustration D og E giver overblik over aktørerne på området og de udvalgte afdelinger, mens vi med illustration H viser analysens opbygning.

Illustration F, G, I, O og P er illustrationer i skemaform, hvor illustration F og G viser et overblik over udvalgte informanter og dokumenter. Illustration I viser et skema, som forklarer de tegnede illustrationers farver. Vi har selv udformet illustration O som et skema, der viser forskellen på de to erhvervsafklarende indsatser. Baggrundsviden til at udforme skemaet kommer fra kilder fra Aarhus Kommune: (Aarhus Kommune, 2020b, 2020c, 2020e, 2021c). Illustration P er et skema fra kilden: (Aarhus Kommune, 2020a, s. 7).

3.3 Casestudie som forskningsdesign

Dette speciale er **et casestudie af, hvordan strukturelle rammer og professionelles vurderinger kan have indflydelse på potentiel social ulighed for borgere i kommunale**

neurorehabiliteringsforløb. Vi anvender casestudie som forskningsdesign, fordi det er "... udviklet som design til at dække over en måde at udvælge, afgrænse eller beskrive en konkret forskningsgenstand" (Frederiksen, 2018, s. 100). Et casestudie er anvendeligt til at belyse det komplekse samspil af mange faktorer i en bestemt afgrænsning, og der anvendes ofte flere typer data og dataindsamlingsmetoder, hvormed man nemmere kan afdække komplekse sammenhænge i casen (ibid.). Det gør sig også gældende for dette speciale, hvor vi anvender både organisatoriske dokumenter og interviewdata for at opnå en forståelse af casens fænomen. En case kan defineres således:

"1: defined and bounded by the researcher to answer a question about a particular phenomenon either empirically and inductively, or theoretically and deductively
2: sufficiently internally complex to enable within-cases analysis of interacting forces and their combination; and
3: bounded in such way that values of particular phenomena may change over the period of study or present a contrast between different elements" (6 & Bellamy, 2013, s. 104).

For at kunne definere, hvad casen er, skal der foretages overvejelser om, hvad fænomenet er, i hvilken kontekst fænomenet udspiller sig, samt hvad casen kan fortælle noget om (ibid.). **Fænomenet** i denne case er *potentiel social ulighed for borgere*. Vi undersøger fænomenet ud fra to faktorer: De professionelles vurderinger og de strukturelle rammer for indsatserne. Eisenhardt (2021) understreger vigtigheden af, at man nøje udvælger en case, hvor et fænomen træder tydeligt frem, da det øger det empiriske fokus og generaliserbarheden på tværs af forskellige kontekster (Eisenhardt, 2021, s. 149).

Konteksten definerer vi som den organisatoriske kontekst, som i denne case er *kommunale neurorehabiliteringsforløb*. Vi har lavet en geografisk afgrænsning til Aarhus Kommune, da det giver os mulighed for at dykke ned i en smal geografisk ramme, og dermed kan vi afdække komplekse samspil af faktorer. Vi har afgrænset casen yderligere ved at udvælge fire aktører inden for det kommunale neurorehabiliteringsområde i Aarhus Kommune: Neurocentret, Hjerneskadeteamet, Jobcentret og Hjerneskadecentret, som efterfølgende vil blive betegnet som afdelinger. Specialets case viser et fænomen, som både findes på tværs

af kommunale neurorehabiliteringsforløb i Danmark, og som kan ses på andre niveauer i det offentlige system og i andre kontekster.

I nedenstående beskriver vi casens organisatoriske kontekst i Aarhus Kommune, og præsenterer vi de fire udvalgte afdelinger og udvælgelsen af dem.

3.3.1 Den organisatoriske kontekst for casen

Vi har valgt, at **casens organisatoriske kontekst** er den kommunale neurorehabilitering i Aarhus Kommune. Her er der mange forskellige aktører, der på tværs af kommunen tager del i neurorehabiliteringen af borgerne, og derfor belyses Aarhus Kommunes organisering af neurorehabilitering. Overordnet er Aarhus Kommune organiseret som magistratstyre (Aarhus Kommune, 2019b). Det betyder, at man har inddelt kommunen i magistrater og udvalg, som i nedenstående illustration A:

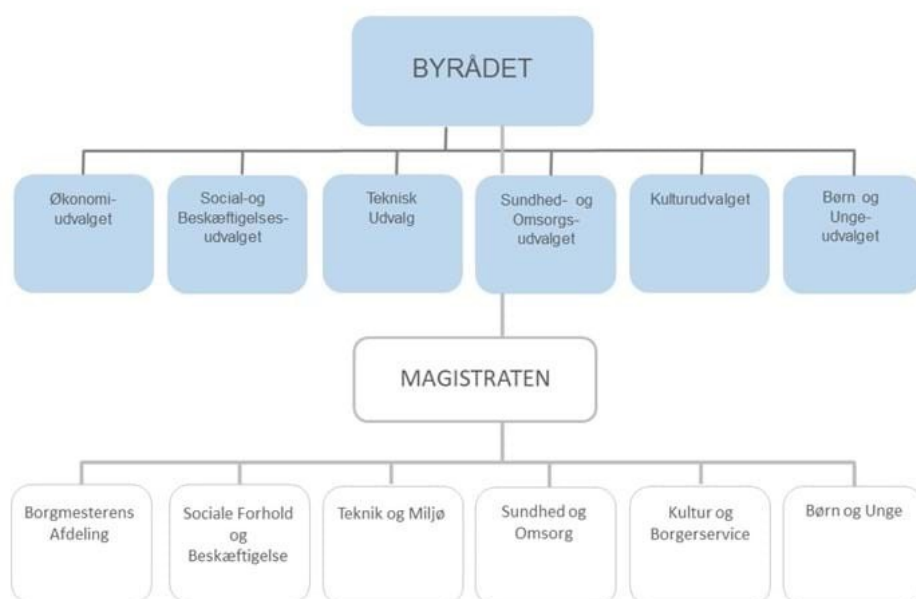


Illustration A: Organisationsdiagram over Aarhus Kommunes magistratstyre (Aarhus Kommune, 2019)

Neurorehabilitering udspiller sig i flere forskellige afdelinger fra to magistrater; Magistraten for Sundhed og Omsorg og Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse. I førstnævnte arbejdes der bl.a. med genoptræning og pleje under Sundhedsloven. Her er aktørerne bl.a. Neurocentret og terapeuter og plejepersonale i sundhedsenhederne, som vist i et forenklet organisationsdiagram over Magistraten for Sundhed og Omsorg:

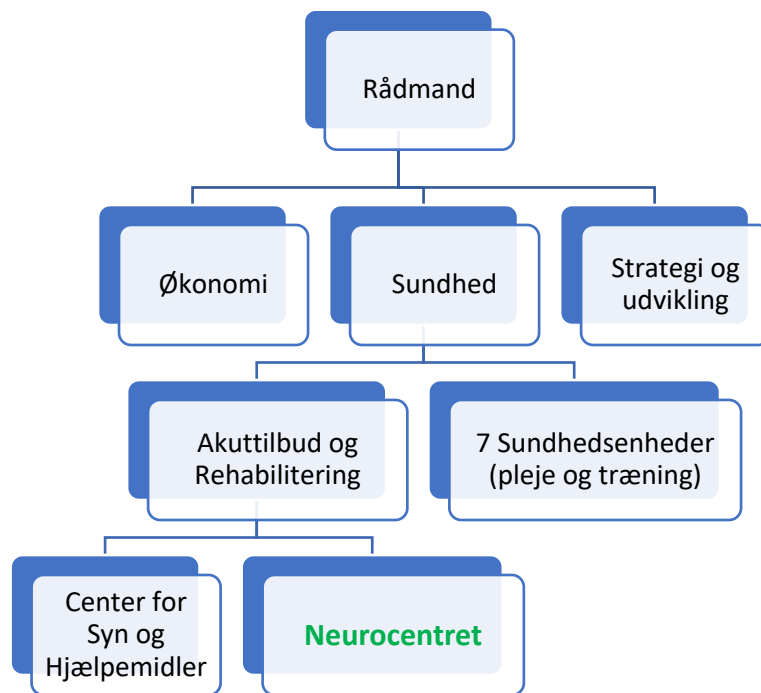


Illustration B: Forenklet version af organisationsdiagrammet over Magistraten for Sundhed og Omsorg

I beskæftigelsesdelen i Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse arbejdes der under social- og beskæftigelseslovgivning, og der er fokus på støtte i hverdagen og at få borgerne i arbejde eller få afklaret deres arbejdsevne. Her er aktørerne bl.a. Jobcentret, Hjerneskadeteamet, bostøtter og Hjerneskadecentret. Det viser vi i dette forenklede organisationsdiagram:

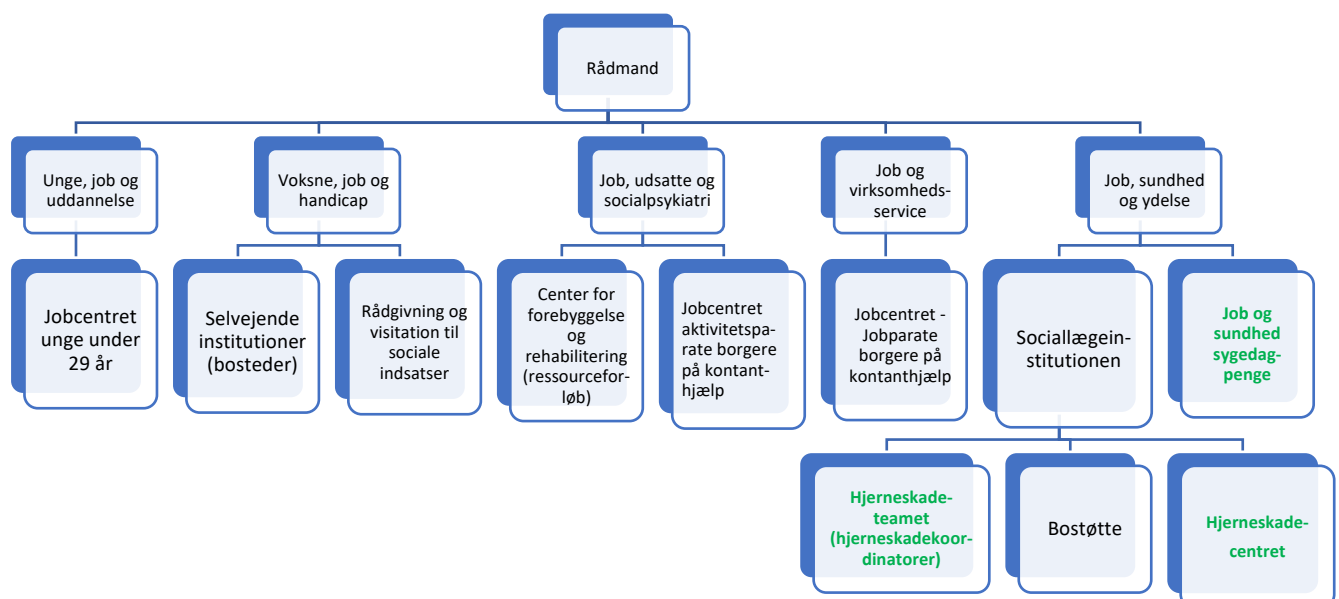


Illustration C: Forenklet version af organisationsdiagrammet for Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse

Arbejdet foregår primært i egen magistrat, men der arbejdes også på tværs af de to magistrater med direkte kontakt mellem afdelingerne eller gennem Hjerneskadeteamet. I Jobcentret er borgerne opdelt i forskellige grupper, fx efter alder, om de er i arbejde, er sygemeldte, på kontanthjælp eller i jobafklaringsforløb, og deres sager er derfor spredt ud over en stor gruppe af sagsbehandlere (jobkonsulenter). Det gør samarbejdet udfordrende, da kendskabet til samarbejdspartnere på tværs af kommunen er mindre.

Neurorehabilitering bliver også blandet sammen mellem de to magistrater i form af Hjerneskadecentret, som både laver en rehabiliterende indsats og er et erhvervsafklarende forløb. Det er organisatorisk placeret i Magistrat for Sociale Forhold og Beskæftigelse, men deres indhold har også et sundhedsrelateret fokus.

3.3.2 Udvalgte afdelinger i casen

Vi har udvalgt fire afdelinger i Aarhus Kommune, **Neurocentret**, **Hjerneskadeteamet**, **Jobcentret** og **Hjerneskadecentret**. I afsnittet præsenterer vi afdelingerne og deres relationen mellem dem. Efterfølgende viser vi udvælgelsesprocessen og argumenterer for, hvorfor disse afdelinger er udvalgt.

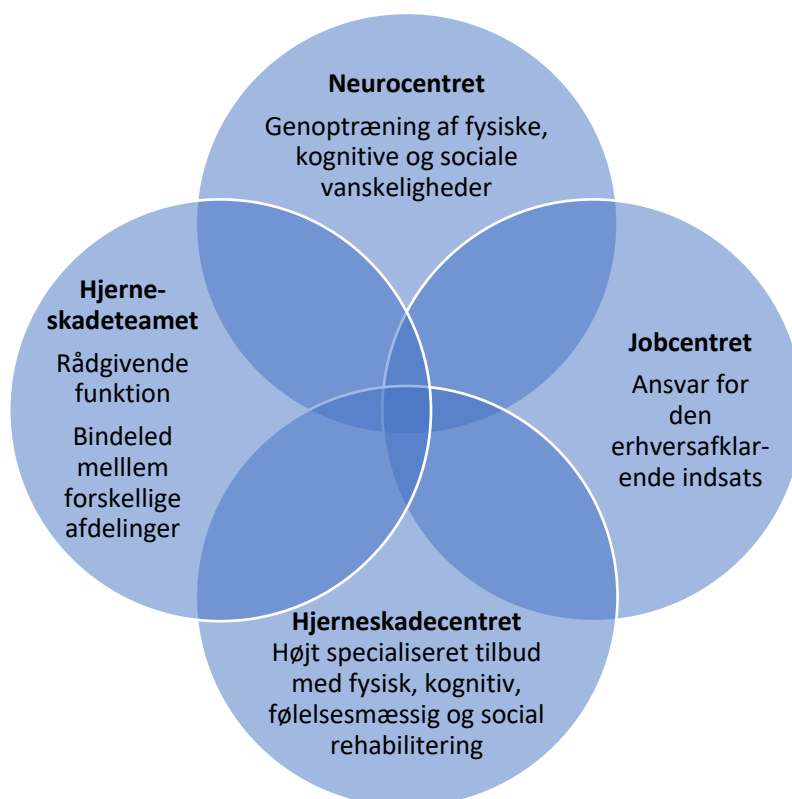


Illustration D: Oversigt over udvalgte afdelinger i casen

3.3.2.1 Beskrivelse af de fire afdelinger

Neurocentret

Neurocentret varetager genoptræning og rehabilitering af mennesker over 18 år med følger efter erhvervet hjerneskade (Aarhus Kommune, 2021a). Genoptræningen sker efter udskrivelse fra sygehuset med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens §140, og den retter sig både mod følgerne efter en erhvervet hjerneskade og mod borgerens livssituation (ibid.). Træningen fokuserer på fysiske, kognitive og sociale vanskeligheder og varetages af ergo- og fysioterapeuter, og forløbet varer typisk 1-3 måneder og har både fokus på genoptræningen med borgeren og på samarbejde med pårørende (ibid.). Terapeuterne på Neurocentret samarbejder med borgeren og de øvrige involverede parter i rehabiliteringsforløbet, og bidrager til et mere smidigt og sammenhængende forløb for borgeren (Aarhus Kommune, 2019c, s. 3).

Hjerneskadeteamet

Hjerneskadeteamet er et tværfagligt team bestående af fire hjerneskadekoordinatorer med forskellige sundheds- og socialfaglige baggrunde (Aarhus Kommune, 2020f).

Hjerneskadeteamet arbejder på tværs af Aarhus Kommune og koordinerer rehabiliteringsforløb for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade og rådgiver deres pårørende (Aarhus Kommune, 2020e, s. 2). Derudover samarbejder og rådgiver teamet andre fagpersoner i kommunen med henblik på at koordinere og iværksætte tilbud til borgere med følger efter erhvervet hjerneskade, og de kan være med til at skabe overblik og henvise til relevante kommunale instanser (ibid.). Hjerneskadeteamet har ikke bevillingskompetence, men samarbejder tæt med bevilligende myndigheder i kommunen (ibid.). Det er Hjerneskadeteamet, der indstiller til yderligere erhvervsrehabiliteringsforløb på Hjerneskadecentret, men det er Jobcentret, der bevilger forløbene (Aarhus Kommune, 2020e, s. 3).

Jobcentret

Jobcentret har det overordnede ansvar for beskæftigelsesindsatsen (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2020). For mennesker med nedsat arbejdsevne, fx på grund af sygdom, er Jobcentrets opgave, at de skal få eller beholde så stor tilknytning til arbejdsmarkedet som muligt (ibid.). Indsatsen kan fx bestå af samtaler, opfølgning og

virksomhedsrettede tilbud alt efter den enkeltes behov (KL, 2021). Jobcentret er inddelt i forskellige afdelinger, og vi har udvalgt Sygedagpengeafdelingen til indsamling af empiri. Sygedagpengeafdelingen arbejder under Lov om Sygedagpenge og varetager opfølgning for sygemeldte borgere, der er berettigede til sygedagpenge (Beskæftigelsesministeriet, 2020). De vurderer sygedagpengeforlængelse og laver sagsbehandling i sygedagpengeperioden (Aarhus Kommune, 2019a). Formålet med opfølgningen er, at borgeren hurtigst muligt kan raskmeldes, og at borgeren skal deltage aktivt i opfølgningen for ikke at miste retten til sygedagpenge (Aarhus Kommune, 2019a). Sygedagpengeafdelingen vil herefter omtales som Jobcentret.

Hjerneskadecentret

Hjerneskadecentret er en erhvervsafklarende indsats for målgruppen. Det er et højt specialiseret tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade, og det er inddelt i flere slags forløb (Aarhus Kommune, 2020a, s. 5). Hjerneskadeteamet henviser primært borgere til tre forløb: Rådgivningsforløbet, det fleksible forløb og det intensive forløb. I dette speciale fokuserer vi på det fleksible forløb og det intensive forløb, da de har et erhvervsafklarende sigte samtidig med neurorehabilitering (ibid.). Tilbuddene består af fysisk, kognitiv, følelsesmæssig og social rehabilitering, hvor forløbet ender ud med en afklaring af arbejdssevnen (ibid.). Borgere skal have en sag i Jobcentret for at blive henvist til Hjerneskadecentret og skal opfylde bestemte kriterier for at få adgang til indsatsen (ibid.).

Relationen mellem afdelingerne

I neurorehabiliteringsforløbene er det primært tre af afdelingerne, der samarbejder om anbefalinger til videre neurorehabilitering: **Neurocentret**, **Hjerneskadeteamet** og **Jobcentret**. Den sidste afdeling, **Hjerneskadecentret**, er et tilbud, borgere visiteres til, og afdelingen har derfor ikke indflydelse på, om en borger henvises til den ene indsats fremfor en anden.

Relationen mellem de tre afdelinger kan kort beskrives således: **Neurocentret** er som de første i kontakt med borgeren fra starten af neurorehabiliteringsforløbet i kommunen og genoptræner de vanskeligheder, borgeren har fået efter hjerneskaden og beskriver disse vanskeligheder undervejs og ved afslutningen af forløbet. Neurocentrets medarbejdere

samarbejder nogle gange direkte med **Jobcentret**, men oftest er der tilknyttet en hjerneskadekoordinator fra **Hjerneskadeteamet** for at skabe bedre sammenhæng i rehabiliteringsforløbet.

Hjerneskadeteamet er involveret i mange rehabiliteringsforløb, har et overblik over kommunens tilbud til borgerne, og de samarbejder tæt med Jobcentrets forskellige afdelinger og terapeuterne på Neurocentret. Hjerneskadekoordinatorens rolle er bl.a. at sørge for, at relevante oplysninger deles på tværs af de tre afdelinger, så borgerens forløb bliver mere sammenhængende, og de er primært tilknyttet borgere, der skal have erhvervsevnen afklaret. Hjerneskadekoordinatorerne skal have et overblik over, hvor borgeren er i neurorehabiliteringsforløbet, så de kan anbefale iværksættelse af yderligere indsatser på de rette tidspunkter i neurorehabiliteringsforløbet.

Jobcentret har ansvaret for afklaring af borgerens arbejdsevne og skal indhente relevante oplysninger og sørge for de nødvendige tiltag for at kunne afklare arbejdsevnen.

De fire afdelinger er altså en del af det samme neurorehabiliteringsforløb for borgeren, men det betyder ikke nødvendigvis, at de har et tæt samarbejde, eller at deres indsatser overlapper hinanden.

3.3.2.2 Udvalgelse af relevante afdelinger

For at udvælge de fire afdelinger i casen, gennemgik vi en udvælgelsesproces, der bestod af flere faser. Udvælgelsesprocessen uddybes i dette afsnit.

Aktører på landsplan

en start dannede vi os et overblik over alle de organisationer, som på landsplan er involveret i neurorehabilitering. For få dette overblik brugte vi det ene gruppemedlems erfaring og viden om aktører på området, og efter flere søgninger på nettet udarbejdede vi dette overblik over aktører:

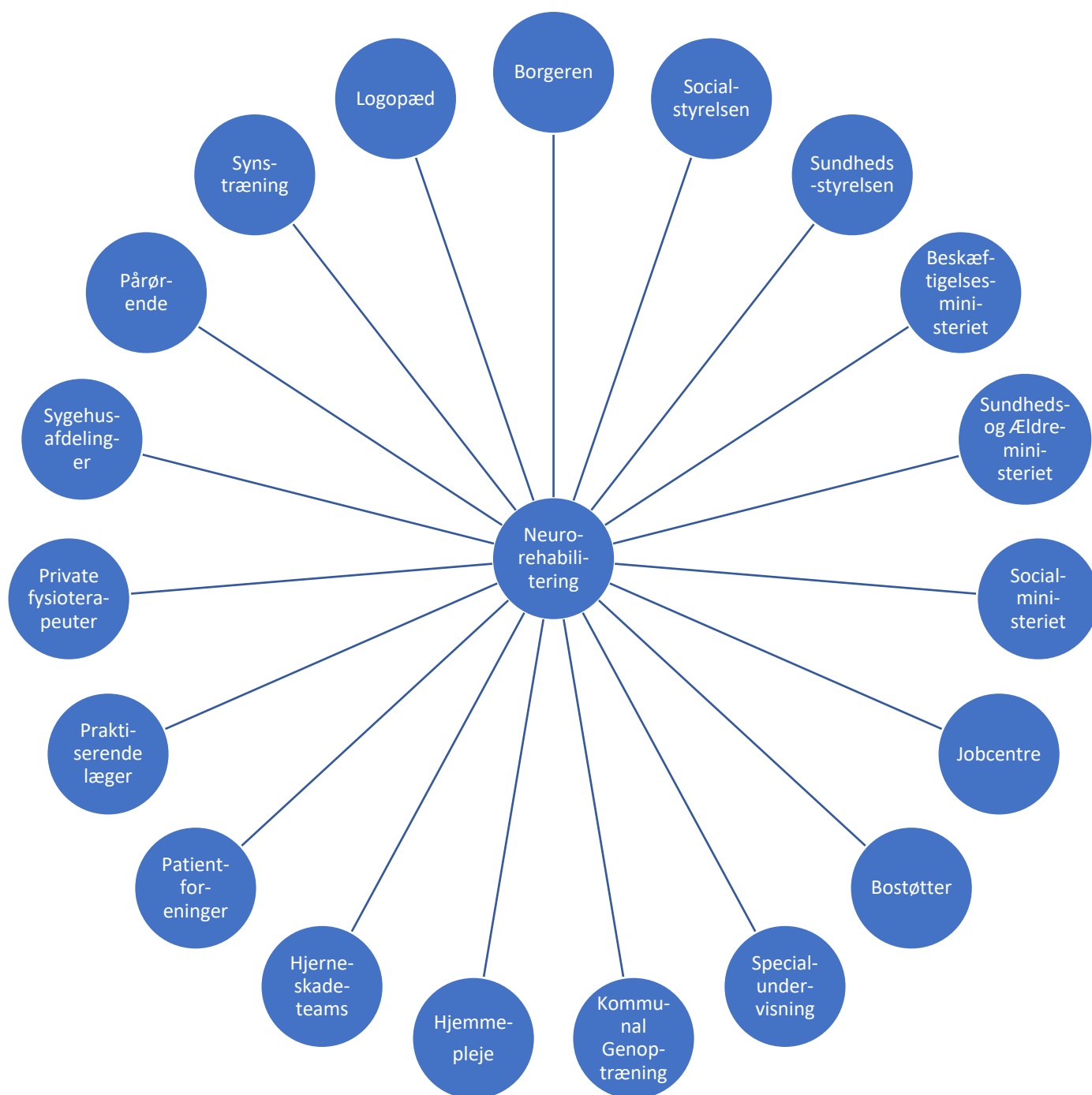


Illustration E: Indledende overblik over aktører i neurorehabilitering

Illustration E viser aktørerne inden for neurorehabilitering på flere niveauer: det nationale, regionale, kommunale og lokale. Vi afgrænsede feltet til kun at inkludere aktører på det kommunale niveau. Vi foretog afgrænsningen, fordi vi på grund af specialets omfang var nødt til at lave en klar afgrænsning af feltet og aktørerne, og fordi vi var interesserede i kommunal neurorehabilitering. Vi ekskluderede også borgere og pårørende, da vi i specialet er interesserede i de professionelles vurderinger.

Aktører på det kommunale plan

Med den overordnede viden, sammen med det ene gruppemedlems kendskab til området, dannede vi os et overblik over aktører inden for neurorehabilitering i Aarhus Kommune. Vi udarbejdede derefter ovenstående forenklede modeller for Magistraten for Sundhed og Omsorg og Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse (illustration B, C). Vi indsnævrede dermed aktørerne til at være afdelinger fra disse to magistrater. Da vi var interesserede i at undersøge, om der er potentiel social ulighed for borgerne i den erhvervsaktive alder, opstillede vi følgende kriterier for udvælgelse af relevante afdelinger i de to magistrater:

1. De tager del i neurorehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder, der er tilknyttet Jobcentret.
2. Indsats, der bidrager til et erhvervsafklarende sigte.
3. Er med til at vurdere behov for, henvise til, anbefale yderligere kommunale tilbud i borgerens neurorehabiliteringsforløb eller selv være en erhvervsafklarende indsats.

Ud fra ovenstående kriterier sorterede vi flere afdelinger fra, fordi de ikke levede op til kriterierne. Vi identificerede fire afdelinger i Aarhus Kommune, som lever op til kriterierne; **Neurocentret, Hjerneskadeteamet, Jobcentret og Hjerneskadecentret**. I de forenklede organisationsdiagrammer over Magistraten for Sundhed og Omsorg og Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse har vi gjort de udvalgte afdelinger grønne (illustration B og C).

Yderligere udvælgelse af afdeling i Jobcentret

Med Jobcentret var vi nødt til at lave endnu en udvælgelsesproces, da det er opdelt i mange forskellige afdelinger, som ses i illustration C. En hjerneskadekoordinator anbefalede os at tale med et bestemt team i Sygedagpengeafdelingen, der varetager sagsbehandling for en stor del af borgerne i vores målgruppe, og vedkommende har derfor viden og erfaring med denne målgruppe. Hjerneskadekoordinatoren fortalte også, at der ikke er et særskilt team i de øvrige afdelinger i Jobcentret, der varetager sagsbehandling for målgruppen, og at det derfor er fordelt på mange medarbejdere. Da det kun er Sygedagpengeafdelingen, der har lavet denne opdeling og har samlet sagsbehandlingen på ét bestemt team, besluttede vi kun

at udvælge denne afdeling. Det ville være vanskeligt at finde medarbejdere med tilstrækkelig viden og erfaring med målgruppen i de andre afdelinger. Som kompensation ville vi i interviewene med medarbejdere fra Neurocentret og Hjerneskadeteamet være opmærksomme på at spørge ind til samarbejdet om borgere, der ikke var tilknyttet dette team i Sygedagpengeafdelingen. På den måde ville vi kunne få belyst samarbejdet fra deres synsvinkel. Vi vil i nedenstående beskrive, hvordan fik adgang til afdelingerne.

3.3.2.3 Adgang til feltet og etiske overvejelser

I dette afsnit beskriver vi, hvordan vi fik adgang til feltet og de etiske overvejelser, der er forbundet med det.

Adgang til Neurocentret, Hjerneskadeteamet og Jobcentret

Der findes forskellige måder at skaffe sig adgang til feltet, og de er alle forbundet med etiske overvejelser (Monrad, 2018, s. 132–133). Vi fik adgang til tre ud af fire afdelinger gennem gatekeepere. En gatekeeper er en person, der kan give adgang til en bestemt social kontekst, hvori man kan gennemføre forskningen (ibid.). Hvis man anvender en gatekeeper til at skaffe sig adgang til et felt, skal man være opmærksom på, at denne kan styre, hvem man får adgang til i feltet, og man skal derfor sikre sig, at man tager kontakt til de rigtige gatekeepere (ibid.).

Vi benyttede os af gatekeepere fra gruppemedlemmets netværk til at skaffe os adgang til Neurocentret og Hjerneskadeteamet. Vi tog tidligt i forløbet kontakt pr. telefon til lederen af Neurocentret, og denne gav os adgang til to informanter fra Neurocentret. En gatekeeper i Hjerneskadeteamet gav os, med godkendelse fra den overordnede ledelse, adgang til interviews med to hjerneskadekoordinatorer. Vi brugte også denne gatekeeper til at få kontakt til en afdelingsleder i Sygedagpengeafdelingen på Jobcentret. Dette resulterede i adgang til et interview med én medarbejder i Sygedagpengeafdelingen. Vi var opmærksomme på, at da vi ikke selv havde udvalgt lederen på Jobcentret, kunne vi ikke med sikkerhed sige, at det var den rette gatekeeper, vi blev sat i kontakt med. Derfor kontaktede vi den pågældende leder og stillede uddybende spørgsmål til vedkommendes placering i Jobcentret, medarbejdernes jobopgaver og til forskellen mellem denne afdeling

og de andre afdelinger i Jobcentret. Ud fra denne information konkluderede vi, at dette team har stor troværdighed som informanter til at udtale sig om specialets målgruppe.

Fravælgelse af adgang til Hjerneskadecentret

Vi tog et bevidst fravalg om ikke at tage direkte adgang til Hjerneskadecentret, fordi Hjerneskadecentret modsat de tre andre afdelinger ikke har indflydelse på de vurderinger, som de professionelle tager undervejs i neurorehabiliteringsforløbene. Interviews ville ikke kunne bidrage til at undersøge vurderingerne, da personalet på Hjerneskadecentret ikke har indflydelse på dem. Vi har belyst de strukturelle rammer, der er for Hjerneskadecentret som indsats gennem dokumentempiri.

Etiske overvejelser om adgang gennem netværk

Da adgangen til feltet til dels er skaffet via én af gruppens medlemmers netværk, og da denne har tæt kendskab og relationer til flere ansatte i to af afdelingerne, har vi diskuteret, hvilke fordele og ulemper det kan medføre. Fordelen er den lette adgang til feltet via netværket og det delvise kendskab til organiseringen og samarbejdet afdelingerne imellem. Ulempen kan være en forforståelse af feltet, som kan påvirke medlemmets tilgang til dataindsamlingen i interviewene, samt at det kan påvirke objektiviteten i interviewene, hvilket uddybes i nedenstående afsnit om etiske overvejelser i dataindsamlingsprocessen.

3.4 Kvalitativ metode som forskningsstrategi

Specialet bygger på en kvalitativ forskningsstrategi. Dette vælges, når man ønsker at undersøge, hvordan noget fx siges, gøres eller opleves (Brinkmann & Tanggaard, 2015b, s. 13–14). Man søger at forstå et indefra blik på personers konkrete oplevelser, erfaringer, det sociale liv og på den måde forstå de enkelte personer eller sociale processer mellem flere personer (ibid.).

Vi ønsker med specialet at undersøge, om professionelles vurderinger og strukturelle rammer potentielt kan skabe social ulighed for borgere i neurorehabilitering. Her er en kvalitativ forskningsstrategi hensigtsmæssig, da vi får de professionelles beskrivelser, erfaringer og perspektiver på fænomenet gennem interviews. Gennem dokumenter

udarbejdet af afdelingerne får vi adgang til beskrivelse af indsatserne og deres kriterier. Det kan give os et nuanceret billede af fænomenet. Vi indhenter derfor empiri gennem semistrukturerede interviews og organisatoriske dokumenter, som beskrives og diskuteres yderligere i afsnittet om dataindsamling.

3.5 Dataindsamling

Dette afsnit omhandler de to udvalgte dataindsamlingsmetoder; interview og dokumenter. Disse empirikilder er valgt, fordi de hver især kan bidrage med forskellig viden, der tilsammen kan anvendes til at besvare problemformuleringen. Endvidere beskrives dataindsamlingsprocessen og en præsentation af informanter og dokumenter.

Gennem interview og dokumenter får vi et datagrundlag, som både består af forskergenereret og foreliggende empiri. Fordelen ved forskergenereret data er, at de kan tilpasses til problemstillingen (Monrad, 2018, s. 119). Det øger gyldigheden af forskningsprocessen, da man i højere grad sikrer konsensus mellem datamaterialet, og det man undersøger (ibid.). Den foreliggende empiri udgøres af dokumenter. Her kan en kritik være, at data ikke er udarbejdet specifikt til specialet (ibid.). Derfor kan der være usikkerhed om, hvorvidt det kan belyse problemstillingen i tilstrækkelig grad (ibid.). Kritikken imødekommer vi ved at kombinere dokumenter med interviews. I de følgende afsnit vil vi beskrive vores valg mere dybdegående, men også overvejelserne omkring processerne i disse indsamlingsmetoder.

3.5.1 Semistruktureret forskningsinterview

Forskningsinterview anvendtes ofte i kvalitativ forskning, fordi man kan opnå data om menneskers beskrivelser af erfaringer, oplevelser, perspektiver på, hvorfor de gør, som de gør, hvoraf ny viden kan produceres (Brinkmann & Tanggaard, 2015a, s. 29).

I specialet er vi interesserede i at få indblik i informanternes erfaringer med samt viden og refleksioner om de vurderinger, professionelle laver i neurorehabiliteringsforløb. Derfor er det semistrukturerede interview relevant. Ifølge Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2015) opstår viden i interaktionen mellem interviewer og informanten, og begge er

medvirkende i meningsskabelsen (Kvale & Brinkmann, 2015b, s. 20). Dette perspektiv stemmer overens med den socialkonstruktivistiske tilgang, hvor konteksten og interaktionen har betydning for meningsskabelsen, og hvor interviewer og informanten påvirker dannelsen af dataene, hvorfor der fremkommer én virkelighed ud af mange. Kritikken af interview som forskningsmetode er, at man kun opnår data, som informanten vælger at give (Monrad, 2018, s. 120). Derfor skal man være klar over, at man aldrig kan vide, om beskrivelsen af fænomenet konkret har udspillet sig sådan i virkeligheden (ibid.). Jævnfør vores socialkonstruktivistiske tilgang bestræber vi os heller ikke på at finde ud af dét.

3.5.1.1 Præsentation af informanter

I nedenstående skema præsenteres de fem informanter fra de tre afdelinger:

Informant	Titel	Afdeling	Arbejdsområde
1	Jobkonsulent	Jobcentret	Opfølgning i sygedagpengesager, og varetager mange sager med målgruppen
2	Hjerneskadekoordinator	Hjerneskadeteamet	Rådgiver, vejleder og koordinerer neurorehabiliteringsforløb
3	Hjerneskadekoordinator	Hjerneskadeteamet	Rådgiver, vejleder og koordinerer neurorehabiliteringsforløb
4	Ergoterapeut	Neurocentret	Genoptræning af voksne med erhvervet hjerneskade
5	Ergoterapeut	Neurocentret	Genoptræning af voksne med erhvervet hjerneskade

Illustration F: Præsentation af de fem informanter

3.5.1.2 Interviewguide

Vi udformede en interviewguide som forberedelse til de semistrukturerende interviews. En interviewguide er et script, som strukturer interviewforløbet og kan opdeles i både temaer og formulerede spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015d, s. 185–188). Vi lavede én samlet interviewguide til alle fem interviews, og alle informanter fik som udgangspunkt de samme spørgsmål. Det var med til at sikre, at interviewene omhandlede de samme emner. Ifølge Merete Monrad (2018) kan det være en fordel at ensarte det, man spørger informanterne om for at sikre sammenlignelighed (Monrad, 2018, s. 121). Vi byggede interviewguiden

tematisk op med forslag til formulerede spørgsmål, og de overordnede temaer var: Organisering af neurorehabiliteringsforløb, samarbejde, indsatser og beslutninger. Guiden var opdelt i disse temaer med tilhørende forskningsspørgsmål (bilag 4), og ud fra hvert forskningsspørgsmål formulerede vi forskellige interviewspørgsmål. Opdelingen var hensigtsmæssig, fordi forskningsspørgsmålene havde fokus på det fænomen, vi ønskede at undersøge. Men de kan virke abstrakte og tager sig ikke nødvendigvis godt ud som interviewspørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015d, s. 185–189). Vi forsøgte derfor at lave spørgsmålene i hverdagssprog, så de var nemmere at forstå. Ved udformningen af spørgsmålene var et opmærksomhedspunkt, at bestemte spørgsmål medvirker til bestemte svar (Brinkmann & Tanggaard, 2015a, s. 30). Interviewguiden indeholdt derfor også forskellige spørgsmålstyper. Vi udformede indledende og åbne spørgsmål, hvor hensigten var at opnå umiddelbar viden og erfaring fra informanterne om det adspurgte fænomen (Kvale & Brinkmann, 2015d, s. 190). Nogle af spørgsmålene var af mere direkte karakter, da vi ønskede konkrete svar på fx deres arbejdsopgaver og rollefordeling. Vi udformede også opfølgende spørgsmål, som kunne give en detaljeret beskrivelse af fænomenet. Da vi valgte semistrukturerede interviews, var interviewguiden blot en guide, og vi kunne afvige fra den og følge informanternes udsagn.

3.5.1.3 Pilotinterview

Vi foretog et pilotinterview for at undersøge interviewguidens anvendelighed. Deltageren var en fysioterapeut, som arbejder med neurorehabilitering med samme målgruppe i en anden kommune. Vi foretog pilotinterviewet for at øve os som interviewere og for at sikre, at vores spørgsmål både var forståelige og strukturerede i en hensigtsmæssig rækkefølge. Pilotinterviewet gjorde os klogere på, hvilke informationer spørgsmålene lagde op til, og vi tilrettede derefter interviewguiden, så spørgsmålene var mere relevante for problemstillingen og lettere at forstå.

3.5.1.4 Gennemførelse af interviews

Vi gennemførte alle fem interviews løbet af to uger. Vi skiftedes til at være interviewer, mens den anden holdt øje med tiden og stillede uddybende spørgsmål, når det var relevant. Interviewene blev gennemført på ZOOM og varede ca. en time. Vi var bevidste om, at vi

skulle bruge lidt tid på smalltalk, inden interviewene begyndte for at skabe god kontakt til informanterne. Det var ekstra vigtigt, da vi ikke kunne være fysisk til stede under interviewene pga. Corona-restriktioner. Vi havde en forventning om, at det kunne blive lidt kunstigt at interviewe via ZOOM, men vi erfarede, at vi hurtigt fik skabt en god forbindelse til informanterne, og at det blev til en naturlig samtale mellem alle tre personer. Der var flere fordele ved at interviewe online. Kontakten brydes ikke med informanten, når man skal kigge i interviewguiden, da denne var på skærmen ved siden af informanten. En anden fordel var naturligt forekommende småpauser, da vi ville være sikre på, at informanterne var færdige med at tale, da vi ikke så nemt kunne aflæse kropssprog på skærmen. Det virkede som tænkepauser for informanterne, som så uddybede flere af svarene. Vi havde før interviewene sat os grundigt ind i spørgsmålene, så vi ikke var så bundne af interviewguiden. Det betød også, at vi nemmere kunne holde overblik over, hvornår vi kunne springe allerede besvarede spørgsmål over. Vi var opmærksomme på at være aktivt lyttende, så vi kunne stille uddybende spørgsmål undervejs, når informanten kom ind på et relevant emne. Da vi kun kunne interviewe én person fra Jobcentret, var vi opmærksomme på at stille mange uddybende spørgsmål til de øvrige informanter om deres samarbejde med sagsbehandlere i andre afdelinger på Jobcentret. Vi er bevidste om, at vi har ikke har kunnet afdække Jobcentrets erfaringer og viden tilstrækkeligt, da vi kun har interviewet én person herfra. Vi vurderer dog, at vi har fået tilstrækkeligt empirisk materiale fra de øvrige fire interviews til den videre analyse.

3.5.1.5 Transskription

Vi transskriberede alle interviews. Det betød, at materialet fik en fysisk form, der muliggjorde analyse (Kvale & Brinkmann, 2015c, s. 238). Vi gengav interviewet ordret i transskriptionen, men udelod fyldord som "øh" og "hmm", da det ikke ændrede informanternes budskab. Det samme gjaldt for gentagelser. Vi valgte den ordrette gengivelse af interviewet, da det gav den mest virkelighedsnære gengivelse af interviewet, som også var anvendelig til kodning og analyse.

3.5.1.6 Kodning af interviews

I starten brugte vi en åben kodningsstrategi, hvor vi var styret af de karakteristika og temaer, der trådte frem i materialet undervejs i kodningsprocessen jvf. vores abduktive tilgang. Vi kodede interviewene i NVivo for at få et godt overblik over vores empiri. Vi udvalgte sammen to interviews, som vi vurderede, indeholdt megen relevant data og kodede disse to sammen. De tre øvrige interviews fordelte vi mellem os og gennemgik dem efterfølgende sammen, da der fremkom enkelte nye koder. Ved første kodning, fandt vi et stort antal koder, som vi inddelte i over- og underkoder (bilag 5). Vi gennemgik koderne sammen og kondenserede koderne i færre temaer (bilag 6). I kondenseringen sorterede vi også koder fra, som ikke havde relevans for problemstillingen, og som kun forekom meget sporadisk. I gennemgangen af interviewene blev det klart, at det tværprofessionelle samarbejde, vi havde haft et stort fokus på under interviewene, ikke var det afgørende for den potentielle sociale ulighed. Det var mere de strukturelle rammer og de professionelles vurderinger, som var afgørende.

3.5.1.7 Etiske overvejelser i dataindsamlingen

I dataindsamlingsprocessen bestræbte vi os på at efterkomme de forskningsetiske retningslinjer. De omhandler indhentning af informeret samtykke, at man sørger for fortrolighed og at have refleksioner over potentielle konsekvenser for informanternes medvirken (Kvale & Brinkmann, 2015a, s. 107). Vi informerede informanterne både skriftligt og mundtligt forud for interviewene om projektets formål og formålet med deres deltagelse. Vi gjorde dem opmærksomme på, at deltagelsen var frivillig, at de altid kunne trække deres samtykke tilbage, informerede dem om optagelse under interviewene og om anonymisering i projektet. De underskrev alle en samtykkeerklæring (bilag 7), hvor de skriftligt blev informeret om ovenstående. Vi sikrede os på den måde, at de deltog på et informeret grundlag. Vi har i projektet anonymiseret informanternes navne, så man trods kendskab til kommune og afdeling ikke kan identificere, hvilken medarbejder der har deltaget som informant, og vi har på den måde overholdt en ekstern anonymisering af deltagerne. Ekstern anonymisering betyder, at eksterne personer ikke kan genkende informanternes identitet, mens intern anonymisering henviser til informanternes kendskab til hinanden (Carlsen, 2018, s. 263). Der kan ikke garanteres intern anonymitet, da vi har

skullet gennem ledere som gatekeeper for at få kontakt til informanterne, og da deltagerne er frit stillet til at fortælle om deltagelse i projektet.

Vi havde også etiske refleksioner over vores rolle som forskere, da ét gruppemedlem har kendskab til feltet og nogle af informanterne gennem tidligere ansættelse i kommunen. Kendskab til feltet eller deltagende informanter kan påvirke forskerens tilgang til feltet og det mellemmenneskelige samspil i en interviewsituation (Kvale & Brinkmann, 2015a, s. 120). Man må derfor være opmærksom på ikke at identificere sig for meget med informanterne, men i stedet holde en professionel afstand og forholde sig neutralt til informantens perspektiv (ibid.). En sådan eventuel påvirkning af feltet og deltagerne er ikke etisk korrekt i en forskningsundersøgelse (ibid.). Derfor var vi særligt opmærksomme på samspillet mellem deltagerne og os som interviewere, og vi valgte begge at være til stede under alle interviews. I de interviewsituationer hvor én af os havde en relation til informanten, var det det andet gruppemedlem, der udførte interviewet. Ved begge to at være til stede, kunne vi hver især bidrage med opfølgende og fortolkende spørgsmål. Den med tidligere ansættelse kunne stille uddybende spørgsmål, mens personen uden tidligere ansættelse, ville kunne stille afklarende og måske mere objektive og sonderende spørgsmål.

3.5.2 Dokumenter

Den anden empirikilde, vi anvender i dette speciale, er dokumenter. Vi har valgt at medtage dokumenter som empiri, da de kan bidrage med viden, vi ikke nødvendigvis kan opnå via interview. Dokumenterne kan fx beskrive afdelingernes overordnede formål, afdelingernes egne beskrivelser af deres arbejde og opgavefordeling samt de strukturelle rammer for indsatserne i neurorehabiliteringsforløb. Som før beskrevet er de udvalgte dokumenter foreliggende data. De er derfor produceret til en anden kontekst end undersøgelsen, og man må derfor være opmærksom på den oprindelige kontekst, formål og tiltænkte modtagere (Monrad, 2018, s. 118–122). Ved at bruge foreliggende dokumenter undgår man, at forskeren påvirker empirien samt reaktivitet, som er et klassisk metodeproblem; at de undersøgte personer påvirkes af undersøgelsen (Dahler-Larsen, 2005, s. 236).

Dokumenter er en objektiveret social virkelighed, som vil sige, at dokumenterne er udtryk for en virkelighed, der er nedskrevet i fysisk form, og skriftligt beskriver en begivenhed, beslutning eller lignende (Dahler-Larsen, 2005, s. 241). Et dokument kan fortælle om,

hvordan en organisation fungerer, men fra et socialkonstruktivistisk perspektiv ser vi ikke dokumenterne som én sand og endelig virkelighed, men som en afspejling af én virkelighed (Dahler-Larsen, 2005, s. 236). Det vil sige, at dokumenterne i vores empiriindsamling blot er afspejlinger af en objektiviseret virkelighed, og vi er klar over, at de udvalgte dokumenter er afdelingernes egne fremstillinger af organiseringen og de strukturelle rammer for indsatserne i neurorehabiliteringsforløb. Vi har afgrænset dokumentindsamlingen til kun at omfatte organisatoriske dokumenter, fordi vi ønskede at supplere interviewempirien med en overordnet viden om indsatsernes strukturelle rammer.

3.5.2.1 Udvalgelse af dokumenter

Udvælgelsen af dokumenter bestod af en overordnet søgestrategi, som vi justerede sideløbende med, at vi specificerede fokus for specialet. I takt med at vi definerede casen og udvalgte aktører, rammesatte vi kriterier for udvælgelsen af dokumenter. I starten søgte vi bredt efter organisatoriske dokumenter, som kunne være relevante for at beskrive organiseringen af neurorehabiliteringsforløb. Søgningen baserede sig på oversigten over aktører på neurorehabiliteringsområdet (illustration E). På det tidspunkt havde vi ikke defineret Aarhus Kommune som geografisk afgrænsning, hvorfor søgningen var meget bred. Vi gennemsøgte diverse aktørers hjemmeside for at finde dokumenter, som beskrev organiseringen af neurorehabiliteringsforløb. Vi justerede søgestrategien, da vi udvalgte de fire afdelinger i Aarhus Kommune, og vi udvalgte derfor organisatoriske dokumenter fra de afdelinger. Vi definerede følgende kriterier til, hvad de udvalgte dokumenter skulle bidrage med viden om:

1. Organiseringen af neurorehabiliteringsforløb
2. Det tværprofessionelle samarbejde mellem de udvalgte afdelinger
3. Beskrive de udvalgte afdelingers opgaver og formål

Den endelige søgestrategi resulterede i et minimalt antal dokumenter, da der ikke var mange offentligt tilgængelige organisatoriske dokumenter på de fire afdelingers hjemmesider, og da kun få levede op til kriterierne. Gennem en gatekeeper fik vi adgang til yderligere ét internt organisatorisk dokument, som uddybes i afsnittet om *Adgang til dokumenter*.

3.5.2.2 Præsentation af udvalgte dokumenter

Genereringen af organisatoriske dokumenter resulterede i fire dokumenter fra Hjerneskadeteamet, Neurocentret og Hjerneskadecentret. Dokumenterne består af pjecer og en samarbejdsaftale. I nedenstående ses en oversigt over dem:

Dato	Titel	Afsender	Type	Sideantal
November 2020	Hjerneskadeteamet: Aarhus Kommunes Koordinerings- og Rådgivningsfunktion for voksne borgere med erhvervet hjerneskade	Hjerneskadeteamet, Aarhus Kommune	Pjece	4
November 2019	Neurocenter: Aarhus Kommunes tilbud om genoptræning og rehabilitering. Information til borgere.	Neurocentret, Aarhus Kommune	Pjece	4
November 2020	Hjerneskadecentret – Center for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade	Magistrat for Sociale Forhold og Beskæftigelse, Aarhus Kommune	Pjece	20
November 2020	Samarbejdsprocedure for Neurocenter & Hjerneskadeteamet, Aarhus Kommune	Hjerneskadeteamet og Neurocentret, Aarhus Kommune	Samarbejds-aftale	2

Illustration G: Præsentation af de fire dokumenter

De tre pjecer beskriver formål og indhold i de tre indsatser og er offentligt tilgængelige på hjemmesider. De indeholder desuden kriterier for adgang til indsatserne. Sidste dokument er en samarbejdsaftale mellem Neurocentret og Hjerneskadeteamet, som beskriver samarbejdet om målgruppen.

3.5.2.3 Adgang til dokumenter

Som en del af dataindsamlingen efterspurgte vi organisatoriske dokumenter fra gatekeeperne, som var internt tilgængelige for medarbejdere og/eller ledere i de fire afdelinger, og som vi som studerende derfor ikke har adgang til. Det var ikke muligt at få adgang til organisatoriske dokumenter fra Jobcentret, og der var kun sparsom og generel information på Jobcentres hjemmeside. Vi fik heller ikke adgang til yderligere

organisatoriske dokumenter fra Hjerneskadecentret. Gennem gatekeepere i Neurocentret og Hjerneskadeteamet fik vi adgang til to interne dokumenter, men kun ét var relevant at anvende. Det resulterede i adgang til mere empiri at gå gennem en gatekeeper, men der er konsekvenser ved det. Som tidligere beskrevet i afsnittet omkring adgang til feltet, skal man være opmærksom på den selektion, en gatekeeper ubevidst eller bevidst kan foretage og på den måde kontrollere, hvad vi får og ikke får adgang til (Monrad, 2018, s. 133). Ifølge vores gatekeepere har vi fået de interne dokumenter, som er relevante for vores projekt, men da vi ikke selv har adgang til interne systemer i Aarhus Kommune, kan vi ikke vide om der findes andre relevante dokumenter.

4 Teori

I dette afsnit præsenterer og reflekterer vi over de valgte teoretiske begreber, som vi anvender i analysen. Vi anvender Strauss m.fl. begreb om sygdomsbaner i første analysedel og Abbotts begreber om professioner og jurisdiktion i anden analysedel.

4.1 Anselm Strauss m.fl. begreb om sygdomsbaner

Begrebet *sygdomsbaner* er ét element i en større teori om social organisering af medicinsk arbejde, som er udviklet i en hospitalskontekst i 1985 af Anselm Strauss m.fl. (Strauss et al., 1985b). Trods den anderledes kontekst i form af tidsperioden og hospitalskonteksten mener vi, at den kan overføres til en nutidig kommunal kontekst. Ligesom patienter på hospitalet er borgere med følger efter erhvervet hjerneskade gennem forløb, hvor arbejdet med borgeren tager udgangspunkt i forskellige problemstillinger og diagnoser, og hvor komplekse forløb kræver flere slags indsatser og samarbejde mellem professionelle. Man kan forveksle sygdomsbaner med sygdomsforløb, men der argumenteres for en distinktion mellem dem (Strauss et al., 1985a, s. 8). Sygdomsforløb er både en almen forståelse og et professionelt begreb (ibid.). Sygdomsbaner skal forstås som den totale *organisering af arbejdet*, der udføres i sygdomsforløbet (ibid.). Sygdomsbaner har dermed ikke blot fokus på den fysiologiske udvikling i patientens sygdom (ibid.) Sygdomsbanernes udformning er påvirket af flere forhold: Hvilken diagnose der igangsætter banen, hvilke opgaver der ligger i arbejdet med diagnosen, hvilke professionelle der er involveret i udførelsen af opgaverne samt borgerens og eventuelle pårørendes indflydelse på banen (Strauss et al., 1985a, s. 27).

Der er både rutiner og uforudsigelige elementer i rehabiliteringsbanerne (Strauss et al., 1985a, s. 19–20). Rutinerne kan f.eks. være standardiserede procedurer eller særlige praksisser, der tages for givet som 'måden vi gør X på her i afdelingen', men der opstår også uventede hændelser, som i mindre grad er rutineprægede (ibid.).

Vi er bevidste om, at begrebet sygdomsbaner, kun er et mindre element i teorien om social organisering af medicinsk arbejde, og at vi udelader flere af teoriens andre begreber, fx styring af arbejdet, typer af arbejde osv. Det udelades, fordi specialet ikke har fokus på selve arbejdet i banerne, men på banernes vurderingspunkter, da disse er afgørende for banernes videre forløb og dermed på den potentielle sociale ulighed i neurorehabiliteringsforløb.

Vi vil herfra betegne sygdomsbaner som *rehabiliteringsbaner*, når vi skriver om de konstruerede baner i specialet, mens vi angiver det som *sygdomsbaner*, når vi refererer til teorien. Vi bruger samme forståelse af banerne som Strauss m.fl. har udviklet, men vi betegner dem som rehabiliteringsbaner, da det er mere retvisende for det forløb, borgerne er igennem i kommunale neurorehabiliteringsforløb. Borgerne er på dette tidspunkt ikke længere ramt af sygdom, men de lever med og genoptræner følgerne efter sygdom og har behov for rehabilitering både på det sociale, kognitive, psykiske og fysiske niveau.

4.2 Andrew Abbotts begreber om professioner og jurisdiktion

Det, der ifølge Abbott (1988) definerer en profession, er, at den har kontrol over abstrakt viden i relation til specifikke områder (Abbott, 1988, s. 8). Praktiske færdigheder udvikles fra et abstrakt system af viden, og kontrol over ens profession ligger i kontrollen af de abstraktioner, der genererer de praktiske færdigheder (ibid.). Abstrakt viden giver legitimitet til en profession og beskytter de jurisdiktioner, der følger denne profession (Abbott, 1988, s. 54). Professioner udgør et system, som er afhængige af hinanden, og en handling ét sted i systemet har indflydelse på handlinger andre steder i systemet (Abbott, 1988, s. 315). Systemet er samtidig en struktur, der linker professioner med opgaver (ibid.). Abstrakt viden giver en profession mulighed for at overleve i det konkurrenceprægede system af professioner og videnssystemer, og abstrakt viden er den ultimative konkurrencevaluta mellem professionerne (Abbott, 1988, s. 8). Abbott (1988) beskriver sammenhængen mellem en profession og dens arbejde som jurisdiktion:

“Each profession is bound to a set of tasks by ties of jurisdiction, the strengths and weaknesses of these ties being established in the processes of actual professional work. Since none of the links is absolute or permanent, the professions make up an interacting system, an ecology.” (Abbott, 1988, s. 33).

Jurisdiktion er altså det arbejde og de opgaver, en profession har ret og pligt til at udføre. Ved nogle professioner er det tydeligt, hvad deres jurisdiktion er, fx advokater og læger, mens det hos andre er mindre tydeligt, fx terapeuter og socialrådgivere (Abbott, 1988, s. 59–65).

Krav på jurisdiktion kan gøres i tre forskellige arenaer: det juridiske system, den offentlige mening og i arbejdspladsens arena (ibid.). De første to arenaer er formelle, mens den sidste er uformel (ibid.). Krav om jurisdiktion fra de formelle arenaer giver stor legitimitet for en profession i offentligheden, mens krav om jurisdiktion i arbejdspladsens arena primært omhandler fordeling af arbejdsopgaver blandt professionelle (ibid.). Jurisdiktion er den definerende relation i det professionelle liv, og professioner udvikler sig, når et jurisdiktionsområde bliver ledigt, hvorfor de konkurrerer indbyrdes om at overtage hinandens opgaver (Abbott, 1988, s. 3). Der er på denne måde konstant bevægelse og udvikling i systemet (ibid.).

5 Analyse og analysestrategi

I det følgende afsnit beskriver vi analysestrategien. Dernæst følger analysen, som tager udgangspunkt i de tre arbejdsspørgsmål.

5.1 Analysestrategi

Ifølge Olesen (2018) handler en analysestrategi om, at *“... organisere og ‘manipulere’ data, således at de kan indgå i slutninger.”* (Olesen, 2018, s. 145). I specialet har vi en abduktiv forskningstilgang hvilket betyder, at der sker en vekselvirkning mellem empiri og teori (Olesen & Monrad, 2018, s. 19). Det har styret vores valg igennem analyseprocessen; både i den indledende bearbejdning af data og i processen med at finde teoretiske begreber, som

vi kunne analysere empirien med. Den abduktive analysestrategi gør det muligt at forholde sig åbent til informanternes udsagn og senere til at fortolke dem. Det betyder også, at vi undervejs måtte ændre retning, da vi i interviewempirien kunne se, at vores første antagelse, om at den potentielle sociale ulighed kunne forklares med samarbejde, ikke holdt stik. Empirien gav løbende nye erkendelser, som førte til udvælgelsen af relevante teoretiske begreber, hvilke vi anvender i første og anden analysedel, mens vi i tredje analysedel laver en empiristyret analyse.

Analysearbejdet bestod af tre dele: 1. at adskille og organisere empirien i mindre dele vha. åben kodning, 2. at sortere og identificere temaer i empirien og 3. at analysere empirien. I kodningsprocessen fandt vi frem til temaer om professionelle og de vurderinger, de laver i neurorehabiliteringsforløb samt om kriterier for adgang til indsatser. Vi udvalgte derefter teoretiske begreber til at analysere potentiel social ulighed for borgere. Vi redegør for de valgte teoretiske begreber i analyseafsnittet, så de står i starten af den analysedel, hvor begreberne bruges til at analysere empirien.

5.2 Analyse

I analysen viser vi, hvor specialets fænomen, potentiel social ulighed, udspiller sig, og hvordan de strukturelle rammer og professionelles vurderinger har indflydelse på, om der potentielt skabes social ulighed for borgere i kommunale neurorehabiliteringsforløb.

Analysen er delt op i tre dele. Vi har her illustreret analysens opbygning:

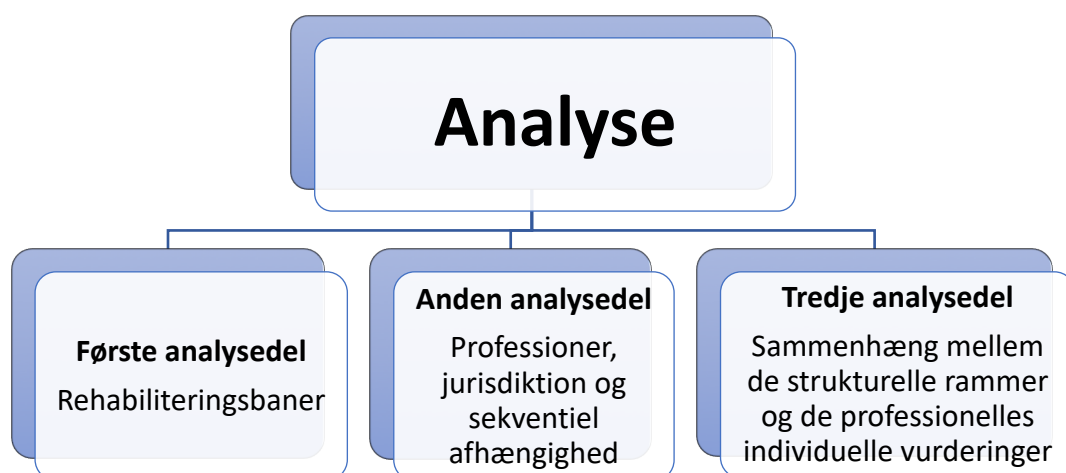


Illustration H: Analyseafsnittets opbygning

I **første analysedel** vil vi med inspiration fra Anselm Strauss m.fl.'s begreb om *Illness trajectories* (Strauss et al., 1985a) oversat til *sygdomsbaner* vise, hvor specialets fænomen udspiller sig i neurorehabiliteringsforløb. Fænomenet viser sig i de professionelles vurderinger og i de strukturelle rammer i form af kriterier for indsatser, og vurderingerne har betydning for den retning, banerne får. Det illustrerer vi ved at vise tre typiske baner for neurorehabilitering. Derefter undersøger vi i **anden analysedel**, hvordan professionelles jurisdiktion og deres sekventielle afhængighed kan ses som afgørende faktorer i vurderingerne. Til sidst analyserer vi i **tredje analysedel**, hvilken sammenhæng der er mellem de strukturelle rammer og de professionelles individuelle vurderinger, og hvilken indflydelse det har på potentiel social ulighed i neurorehabiliteringsforløb.

5.2.1 Første analysedel: Rehabiliteringsbanernes betydning

I **første analysedel** identificerer vi forskellige rehabiliteringsbaner og viser, hvilken rolle de professionelles vurderinger spiller for rehabiliteringsbanernes retning. Vi viser med nedenstående illustrationer, at der i sygdomsbanerne foretages vurderinger, som påvirker det videre forløb i banen. Det udspiller sig i to vurderingspunkter (*vurderingspunkt 1* og *vurderingspunkt 2*). Vurderingerne bygger på de strukturelle rammer og de professionelles individuelle vurderinger, og de er afgørende for, hvilke indsatser borgerne henvises til. Her vurderer de professionelle i Neurocentret og Hjerneskadeteamet, om en borger skal tilknyttes Hjerneskadeteamet (*vurderingspunkt 1*) og efterfølgende, om borgeren skal tilbydes et forløb på Hjerneskadecentret eller henvises direkte videre i banen til virksomhedspraktik (*vurderingspunkt 2*). Det er præcis i disse vurderingspunkter hvor fænomenet, som vi undersøger, udspiller sig. Her vurderes, hvilke indsatser borgere tilbydes, og her kan der potentielt skabes social ulighed for borgere i neurorehabiliteringsforløb.

5.2.1.1 Tre typiske rehabiliteringsbaner

For at give et overblik over de rehabiliteringsbaner, vi finder i specialet, har vi udarbejdet fire illustrationer over rehabiliteringsbaner. Illustrationerne giver et analytisk skåret overblik over den typiske start af rehabiliteringsbanen for alle borgere i målgruppen, der opstarter i

et neurorehabiliteringsforløb i Aarhus Kommune og en skitsering af tre typiske rehabiliteringsbaner.

I specialet argumenterer vi for, at opgaverne i rehabiliteringsbanerne er tilrettelagt og udført i relation til den enkelte borgers diagnose, sygdomshistorie og behov. Dertil kommer, at opgaverne og arbejdet i en given rehabiliteringsbane kan justeres hen ad vejen, da et neurorehabiliteringsforløb kan være uforudsigeligt. Nogle rehabiliteres hurtigere end andre, og der kan opdages skjulte følger under neurorehabiliteringen, man som borger og professionel må handle på. Rehabiliteringsbanens kompleksitet kan forklares med faktorer, som har årsag i selve hjerneskaden; hvor i hjernen hjerneskaden er placeret, hvor stor hjerneskaden er, og i hvilket omfang borgeren er påvirket af følgerne efter skaden. Det influerer på, i hvilken grad man har behov for neurorehabilitering, og hvordan neurorehabiliteringsforløbet må organiseres.

Strauss beskriver, hvordan arbejdet og opgaverne i en sygdomsbane enten kan foregå samtidigt eller sekventielt (Strauss, 1985, s. 5). Professionelle i en afdeling kan være aktive i rehabiliteringsbaner sekventielt, altså i en rækkefølge efter hinanden (ibid.). De kan også være aktive i banen samtidigt, så hver professionel eller gruppe af professionelle arbejder sideløbende med hinanden og med forskellige problematikker (ibid.). Illustrationerne er sat op, så de kronologisk viser, hvilke afdelinger der typisk er aktive i starten af rehabiliteringsbanen, hvilke afdelinger der er aktive senere, og hvem der afslutningsvis er aktive. Rehabiliteringsbanerne viser kun den overordnede organisering af de afdelinger, der er inkluderet i udvalget af specialets aktører og er dermed forsimplinger af virkeligheden.

For at forstå de nedenstående illustrationer og betydningen af figurernes forskellige farver vises her en oversigt over de anvendte farvekoder:

Farvekode	Betydning
	Diagnose: Hjerneskade
	Behandlingselement fx Genoptræningsplan

	Afdelinger: Neurocentret, Jobcentret, Hjerneskadeteamet
	Erhvervsafklaringsindsatser i rehabiliteringsbanen
	Vurderingspunkt 1 og 2

Illustration I: Betydning af figurenes farvekoder i illustrationerne

Starten på rehabiliteringsbanerne

Nedenstående illustration J viser, hvordan *diagnosen* starter banen. Den betegnes i illustrationerne blot som *hjerneskade*. Når man rammes af en hjerneskade, har man som oftest behov for genoptræning i kommunalt regi, hvorfor man ved udskrivelse enten fra akuthospital eller fra et regionalt genoptræningstilbud får en genoptræningsplan, som er adgangsgivende til genoptræning i kommunen. I Aarhus Kommune er det organiseret, så Neurocentret tager sig af genoptræningen for målgruppen. Derfor viser illustration J, at rehabiliteringsbanen for målgruppen starter ens og derefter forgrener sig i tre typiske rehabiliteringsbaner.

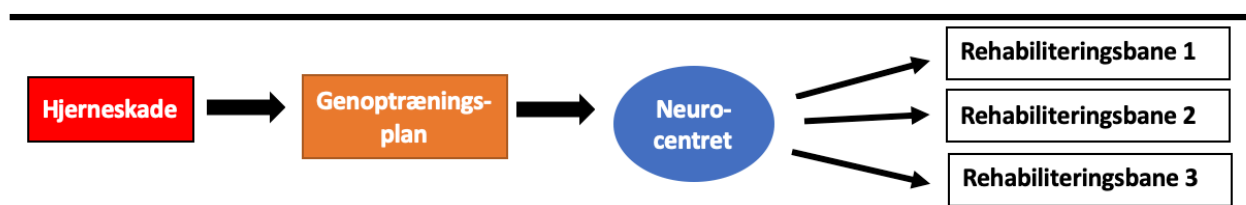


Illustration J: Overordnet start på rehabiliteringsbaner

I nogle tilfælde kontaktes Hjerneskadeteamet direkte af de regionale aktører, før borgeren udskrives med en genoptræningsplan til Neurocentret, og de vil her fremgå tidligere i rehabiliteringsbanen. De kan så vælge at sætte borgerens sag på standby og tage den op igen, hvis Neurocentret henvender sig under genoptræningsforløbet. Disse forløb skitserer vi ikke, da indsatserne i rehabiliteringsbanerne fortsat vil være de samme som i de baner, vi skitserer.

Herunder viser vi tre typiske rehabiliteringsbaner, som betegnes som rehabiliteringsbane 1, 2 og 3.

Rehabiliteringsbane 1

Rehabiliteringsbane 1 (illustration K) viser de forløb, hvor kun Neurocentret og Jobcentret er aktive i rehabiliteringsbanen. Hjerneskadeteamet tilknyttes ikke, enten fordi terapeuterne i Neurocentret i *vurderingspunkt 1* vurderer, at det ikke er relevant at tage kontakt til dem, at borgeren ikke ønsker en hjerneskadekoordinator, eller fordi borgerens sag afvises i Hjerneskadeteamet. I denne rehabiliteringsbane ender det med, at borgeren skal i virksomhedspraktik med opfølgning af en fastholdelseskonsulent for at få afklaret erhvervsevnen. Neurocentrets og Jobcentrets indsatser i rehabiliteringsbanen sker ofte sekventielt, da Neurocentret tilknyttes ift. genoptræningen med det samme, og Jobcentret først opstarter efter 8 ugers sygemelding. De kan også i nogle tilfælde være aktive i banen samtidigt, men uafhængigt af hinanden.

Rehabiliteringsbane 1

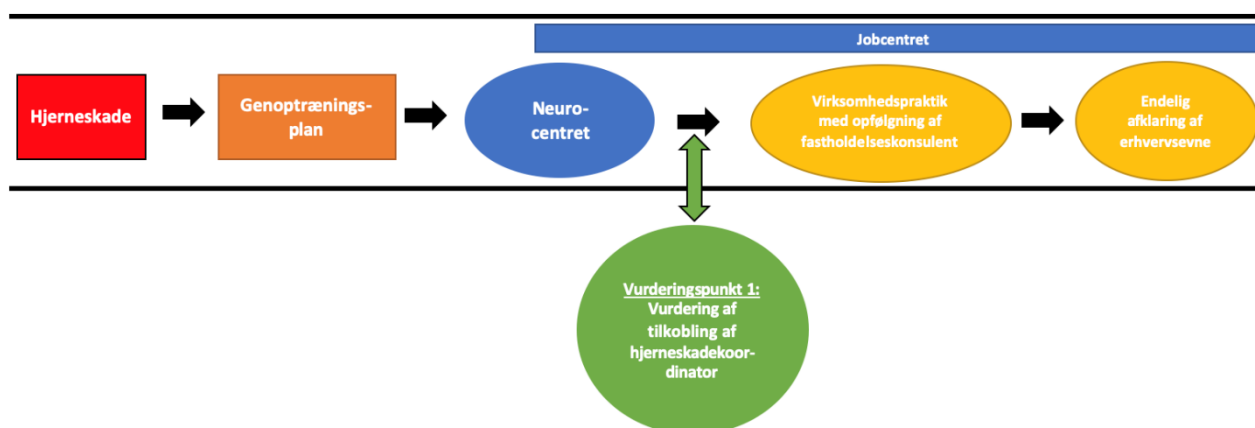


Illustration K: Rehabiliteringsbane 1

Rehabiliteringsbane 2

Illustration L viser en anden typisk rehabiliteringsbane. Her tilknyttes Hjerneskadeteamet, hvorfor der i denne rehabiliteringsbane ligger endnu en vurdering (*vurderingspunkt 2*), som omhandler borgerens videre forløb i rehabiliteringsbanen i forhold til afklaring af erhvervsevnen. *Vurderingspunkt 2* fremkommer i denne rehabiliteringsbane, fordi Hjerneskadeteamet vælger at koble sig på rehabiliteringsbanen, hvilket muliggør, at banen

forløber anderledes end rehabiliteringsbane 1. Her kan rehabiliteringsbanen føre til et tilbud på Hjerneskadecentret, som man kun kan henvises til gennem Hjerneskadeteamet, hvorefter det bevilliges af Jobcentret.

Rehabiliteringsbane 2

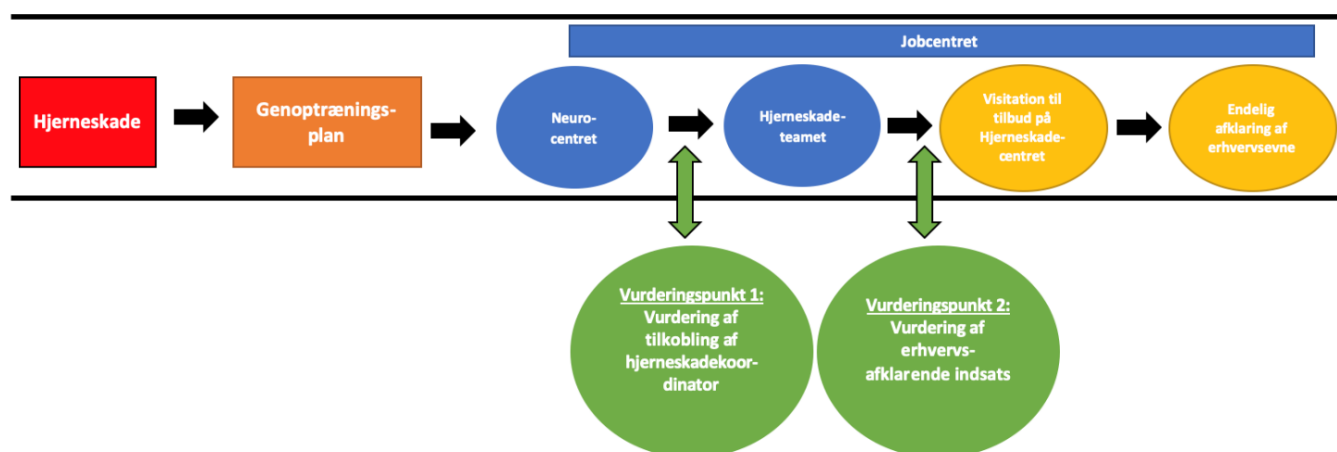


Illustration L: Rehabiliteringsbane 2

Rehabiliteringsbane 3

Illustrationen af rehabiliteringsbane 3 (illustration M) viser den sidste typiske rehabiliteringsbane, som minder om den foregående, men med en anden afsluttende indsats. Her tilknyttes Hjerneskadeteamet også i *vurderingspunkt 1*, men borgeren bliver i *vurderingspunkt 2* ikke visiteret til et tilbud på Hjerneskadecentret, men vurderes i stedet til at skulle opstarte i virksomhedspraktik med opfølgning af en fastholdelseskonsulent ligesom i rehabiliteringsbane 1. Forskellen er dog her ift. rehabiliteringsbane 1, at fordi borgeren har været tilknyttet Hjerneskadeteamet i rehabiliteringsbanen, kan vedkommende have opfølgning af en hjerneskadekoordinator under virksomhedspraktikken.

Rehabiliteringsbane 3

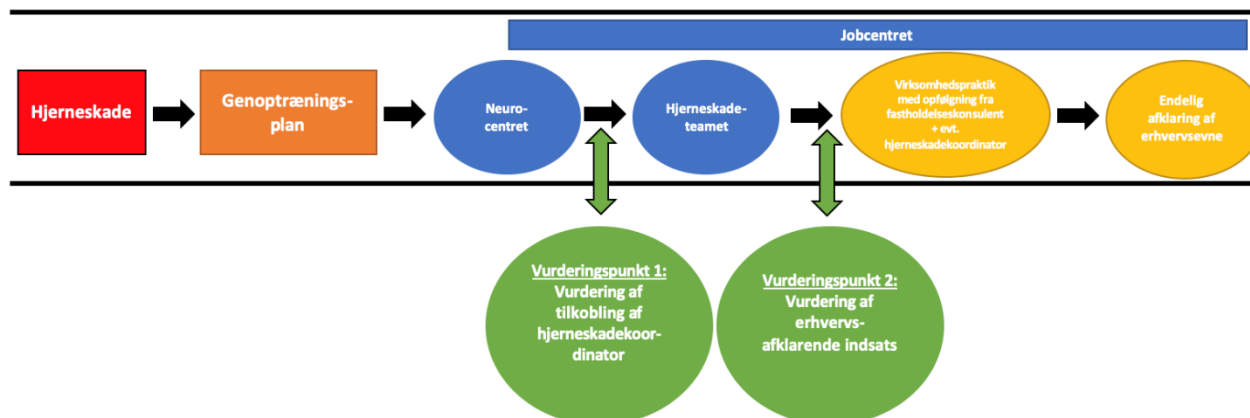


Illustration M: Rehabiliteringsbane 3

Den største forskel på rehabiliteringsbane 2 og 3 ligger dermed i den afsluttende indsats, som, vi senere i analysen vil vise, har stor indflydelse den potentielle sociale ulighed for borgerne.

5.2.1.2 Delkonklusion første analysedel

I **første analysedel** har vi identificeret tre typiske rehabiliteringsbaner. Illustrationerne af de tre typiske baner viser, hvordan vurderingerne i de grønne *vurderingspunkter 1 og 2* har betydning for, hvordan rehabiliteringsbanen forløber. Rehabiliteringsbanerne viser også, hvordan de professionelles vurderinger er afgørende for, hvilke indsatser borgerne kan blive henvist til for at få afklaret erhvervsevnen (de gule bobler), og dermed hvilken retning rehabiliteringsbanerne får. Vurderingspunkterne kan dermed ses som en slags sluser i rehabiliteringsbanerne. Sluserne er et billede på den sortering af borgerne, der foregår i vurderingerne, hvor nogle borgere lukkes igennem slusen og får adgang til indsatser, mens andre ikke gør. Vurderingerne i vurderingspunkterne bygger på de strukturelle rammer for neurorehabiliteringsindsatserne og de professionelles individuelle vurderinger af borgerne. Dette analyserer vi i tredje analysedel.

I nedenstående analyseres forståelsen af professioner og jurisdiktion. Det bruger vi til at forstå, hvordan de professionelle er sekventielt afhængige af hinanden, og hvordan nogle professionelles vurderinger vægtes højere end andres i neurorehabiliteringsforløbene.

5.2.2 Anden analysedel: Professioner, jurisdiktion og sekventiel afhængighed

I specialets **anden analysedel** dykker vi ned i professionssociologien, da vi i empirien fandt, at de professionelles vurderinger i neurorehabiliteringsforløbene spiller en stor rolle, når vi vil undersøge, om der forekommer social ulighed for borgerne. Vi analyserer, hvordan man kan forstå de professionelles jurisdiktion og den sekventielle afhængighed som afgørende faktorer i vurderingen af adgangen til neurorehabiliteringsindsatser. For at forstå de professionelles jurisdiktion, må vi kigge nærmere på de professioner, som de professionelle tilhører. Det gør vi med hjælp fra Andrew Abbotts (1985) begreber om professioner og jurisdiktion. Begreberne hjælper os til at belyse, hvordan potentiel social ulighed kan opstå, når nogle professionelle i kraft af deres profession har mere jurisdiktion end andre og derfor har ret til at beslutte, hvilke borgere der får adgang til attraktive rehabiliteringsindsatser. Vi forstår dermed professionelle som dem, der udøver professionen, og vi relaterer derfor de to begreber til hinanden. Mulig social ulighed sker også, når vigtig viden fra Neurocentret ikke anerkendes og anvendes af Jobcentret, og dermed kan risikere at gå tabt i de forløb, hvor der ikke er en hjerneskadekoordinator tilknyttet.

I nedenstående analyse tager vi udgangspunkt i Abbotts begreber og analyserer først, hvad man forstår ved en profession og dernæst, hvordan jurisdiktion følger professioner. Til sidst belyser vi den sekventielle afhængighed mellem de professionelle.

5.2.2.1 *Professioners abstrakte viden og praktiske opgaver*

Professionerne i dette speciale er ikke klassiske professioner men er i stedet semiprofessioner. Vi forstår alligevel ergo- og fysioterapeuterne og socialrådgiverne i specialet som professioner, da de alle er statsautoriserede, har ret og pligt til at handle indenfor deres område og har egne jurisdiktionsområder.

I specialet har vi at gøre med tre grupper af professionelle: terapeuter på Neurocentret, hjerneskadekoordinatorer i Hjerneskadeteamet og jobkonsulenter på Jobcentret (socialrådgivere af profession). Det er dog ikke alle tre grupper, der kan betegnes som en profession. Ifølge Abbott (1988) er professioner linket sammen med opgaver (Abbott, 1988,

s. 315), og i tilfældet med terapeuterne og jobkonsulenterne har de tydeligt definerede opgaver, som er koblet sammen med deres professioner. Begge professioner besidder abstrakt viden, som medfører en række praktiske færdigheder. For terapeuternes vedkommende er det opgaver som genoptræning og rehabilitering, der er koblingen mellem deres profession og opgaver. For jobkonsulenterne er det opgaver som sagsbehandling, myndighedsarbejde og erhvervsafklaring, der kobler de to sammen. For den sidste gruppe af professionelle, hjerneskadekoordinatorerne, er der ikke tale om en enkelt profession, da Hjerneskadeteamet består af flere forskellige professioner: ergoterapeuter, en fysioterapeut og en socialrådgiver. Deres individuelle professioner er koblet sammen med bestemte opgaver, men det er ikke denne type opgaver, de løser i deres arbejde som hjerneskadekoordinatorer. I stedet løser de koordinerende opgaver på hjerneskadeområdet, da de har stor viden om dette område, og det indebærer en række konkrete opgaver, fx rådgivning, vejledning, vurderinger og anbefalinger. En hjerneskadekoordinator beskriver deres kompetencer således:

"Et overordnet kendskab til neurorehabilitering, til skaden og skadens omfang. Og så helt overordnet, er det vigtigste - også for os - at kende til den brede vifte af muligheder, der er, og netop så til de samarbejdspartnere, der er, sådan vi får trukket i de rigtige tråde på det rigtige tidspunkt." (Informant 2).

Man kan dog ikke sige, at de har mere abstrakt viden om hjerneskadeområdet end terapeuterne på Neurocentret har, da de til dels har samme uddannelsesmæssige baggrund og på samme uddannelsesniveau. Som førnævnt definerer Abbott (1988) en profession som havende kontrol over abstrakt viden på et bestemt område. Det har hjerneskadekoordinatorerne. De kan dog stadig ikke defineres som en profession, da teamet er tværprofessionelt sammensat. Men de fremstår i vores case som en profession, der har tydeligt afgrænsede og klare opgaver koblet sammen af jurisdiktion, hvilket vi vil uddybe senere i analysen. Derfor ses de i konteksten af neurorehabiliteringsforløb i Aarhus Kommune som en profession. En faktor, der taler imod, at man generelt kan betegne hjerneskadekoordinatorer som en profession, er, at hjerneskadekoordinatorer rundt om i landet ikke har de samme opgaver og den samme jurisdiktion, og de er derfor ikke offentligt anerkendt som en profession. I Aarhus Kommune er det dog organisatorisk besluttet, at de

praktiske opgaver, som følger med den abstrakte viden, skal løses af Hjerneskadeteamet. Det er altså ikke opgaver, som er koblet sammen med deres profession, men i stedet opgaver, der er tilknyttet deres titel som hjerneskadekoordinator i arbejdspladsens arena. Som vi vil vise længere nede i analysen, følger der jurisdiktion med de praktiske opgaver, som hjerneskadekoordinatorerne får. Det betyder, at deres vurderinger og anbefalinger får større vægt i samarbejdet med Jobcentret end de vurderinger, der laves af terapeuterne på Neurocentret.

5.2.2.2 Jurisdiktionens betydning

I specialets case er det tydeligt blandt de professionelle, hvilke opgaver terapeuterne og jobkonsulenter som professioner skal løse. Det anerkendes også af de andre professionelle i feltet. De har altså jurisdiktion, da deres profession er bundet sammen med disse opgaver. Disse to professioner er offentlige anerkendte i de formelle arenaer: den offentlige mening og den juridiske.

Terapeuternes jurisdiktion ligger i genoptræningen af borgerne og i de faglige vurderinger og anbefalinger, de laver i genoptræningsforløbet på Neurocentret. Terapeuterne har jurisdiktion til at afgøre, hvornår en borger er færdiggenoptrænet, og ved afslutningen af genoptræningsforløbet udarbejder de en status med beskrivelser af borgerens fysiske, kognitive og sociale funktionsniveau, som sendes til egen læge. Terapeuterne har også jurisdiktion til at vurdere, om der skal henvises til Hjerneskadeteamet. Det er ikke en opgave, de har fået via deres profession. Det er en organisatorisk bestemt opgave, som befinder sig i arbejdspladsens arena. Abbott (1988) beskriver jurisdiktion på arbejdspladsen som et simpelt krav om kontrol af bestemte typer af arbejde (Abbott, 1988, s. 64). Det falder ovenstående opgave ind i. Selvom de har jurisdiktion til at lave denne vurdering, er det ikke givet, at henvisningen accepteres af Hjerneskadeteamet, og at borgeren får tilknyttet en hjerneskadekoordinator. Analysen af den individuelle vurdering, som terapeuterne laver i denne vurdering, følger i tredje analysedel.

Jobkonsulenterne på Jobcentret har jurisdiktion over en anden type opgaver i det sagsbehandlende arbejde. Myndighedsarbejdet er en stor del af jobkonsulenternes arbejde.

Via lovgivningen på beskæftigelsesområdet er de forpligtet til at lave sagsbehandlingen og at belyse borgerens sag, så borgeren kan få afklaret erhvervsevnen. Jobkonsulenterne har ikke sundhedsfaglig ekspertise og er derfor afhængige af den viden om borgerne, som hjerneskadekoordinatorerne sidder med. Får de ikke denne viden, vil det besværliggøre deres arbejde, da den i stedet kun indhentes fra borgerens praktiserende læge. Jobkonsulenterne kunne også få viden om borgernes neurorehabiliteringsforløb direkte fra terapeuterne på Neurocentret. Der er dog ikke megen kontakt mellem Jobcentret og Neurocentret, og jobkonsulenterne efterspørger sjældent viden fra terapeuterne:

”Interviewer: Ringer jobkonsulenterne aldrig til jer?”

Informant: Det er godt nok sjældent.

Interviewer: Nu skal borgeren til at i gang med at arbejde, og vi vil gerne sådan vide, hvor borgeren er henne og hvad borgeren kan?

Informant: Det synes jeg, det er virkelig sjældent. Der er én jobkonsulent, tror jeg, på de her to år, jeg sådan lige kan sige gør det, ja. Ellers så er det hvis hjerneskadekoordinatoren, der sætter de her statusmøder op, ja. Men det her med at de bare af sig selv ringer. Det er slet ikke min fornemmelse, at det er en kutyme, de sådan... ja gør”. (Informant 2)

Der er altså stort set ikke kontakt mellem Jobcentret og Neurocentret, selvom terapeuternes viden om borgerne må anses som værende værdifuldt. Samme informant beskriver den manglende kontakt således:

”Nej, det tænker jeg ikke, nej. Jeg kan ikke 100 procent forklare, hvorfor den kontakt ikke er der. (...) så det er jo også derfor, tror jeg, at jeg er begyndt at tage den lidt mere nu her, i hvert fald inden for den sidste tid og sige 'ej, men nu har jeg lavet noget arbejde, og jeg har skrevet en status, den skal de også have. Det kan godt være, de ikke spørger, men de får den alligevel'. Altså, den kan jeg nogle godt sådan lidt sidde med, men jeg hører ikke noget fra dem, må jeg indrømme.” (Informant 5).

Jobkonsulenterne efterspørger ikke automatisk den afsluttende status fra Neurocentret. Det

kan forstås, som om deres viden ikke anerkendes i så høj grad som hjerneskadekoordinatorernes. I Jobcentrets øjne har terapeuterne altså ikke jurisdiktion til at komme med faglige vurderinger, og jobkonsulenten indhenter i stedet status ved egen læge, selvom terapeuterne har faglig viden om følgerne efter hjerneskaden, som jobkonsulenten ville kunne anvende i sit arbejde. I stedet sender terapeuterne typisk status til egen læge:

" (...) Husk og skriv en grundig status til egen læge, fordi det er der Jobcentret henter til deres, altså den der LE265, som ryger ind, når de skal.. Og det er der, jobkonsulenterne ligesom får deres sådan lægefaglige belæg for "what to do" og "what ikke to do". Og der tænker vi tit, at der kan vi være rigtig gode til at hjælpe med og klæde lægerne på." (Informant 4).

Terapeuternes viden går på den måde gennem en ekstern samarbejdspartner, som så kan videregive denne viden til jobkonsulenten. Det er dog ikke givet, at det sker. Der er derfor risiko for, at relevant faglig viden går tabt mellem Neurocentret og Jobcentret på grund af et ikke-formaliseret samarbejde mellem afdelingerne. Årsagen er, at der ikke er en hjerneskadekoordinator som mellemlid, der kan videregive informationerne, og borgere, der ikke er tilknyttet en hjerneskadekoordinator, har derfor større risiko for at have mindre sammenhæng i deres neurorehabiliteringsforløb. Terapeuten i citatet sender nogle gange status direkte til jobkonsulenten, hvilket kan ses som et forsøg på at få anerkendelse for sin ekspertviden; hun vurderer, hun har jurisdiktion til at videregive viden til Jobcentret.

Hjerneskadekoordinatorerne har ikke på samme måde som terapeuterne og jobkonsulenterne jurisdiktion over et bestemt arbejdsområde. Der er i arbejdspladsens arena to måder at opdele arbejdet rent organisatorisk: I form af jobbeskrivelser eller via forhandlinger, der indeholder situationsspecifikke regler for jurisdiktion (Abbott, 1988, s. 65). Terapeuternes og jobkonsulenternes opgaver og jurisdiktion indgår i deres jobbeskrivelser, men det er ikke i samme grad gældende for hjerneskadekoordinatorerne. Deres opgaver kan indgå i en jobbeskrivelse, men de giver dem ikke automatisk jurisdiktion som hos de to øvrige professioner. Deres jurisdiktion er i stedet opnået på baggrund af en forhandling, hvor de i bestemte situationer og opgaver har jurisdiktion. Da den måde

opgaver løses på, enten kan styrke eller svække en professions jurisdiktion (Abbott, 1988, s. 33), så kan hjerneskadekoordinatorernes jurisdiktion blive styrket, hvis de løser opgaverne godt. Altså vil båndene mellem hjerneskadekoordinatorerne og de opgaver, de løser, bliver stærkere. Det gælder især, når de laver vurderinger og henvisninger til Hjerneskadecentret samt vurderinger af behov for andre typer af erhvervsafklaring. Denne jurisdiktion er givet til dem af deres samarbejdspartnere på Jobcentret, som modtager disse vurderinger og anbefalinger og læner sig op ad dem, når jobkonsulenten skal bevilge indsatsen. En hjerneskadekoordinator beskriver samarbejdet om vurderingerne således:

"Så vi kan gå rimeligt hurtigt lige ind til kernen og sige 'jeg har den her borger, der er den og den skade og de og de følger, vedkommende skal tilbage til det og det job, jeg tænker, det lugter lidt af, at vi kommer over til Hjerneskadecentret'. Og der er det jo os, der laver den faglige vurdering af, at det er den vej, vi kan begynde at pege, og så er det Jobcentret, der laver bevillingen. Så vi er ligesom afhængige af, at de 'køber' vores vurderinger ift. det faglige. Men vi oplever ikke - syv, ni, tretten - at blive afvist og heller ikke af de andre afdelinger faktisk." (Informant 2).

Hjerneskadekoordinatorernes vurderinger og anbefalinger bliver fulgt af deres samarbejdspartnere, hvilket styrker deres jurisdiktion. Med denne jurisdiktion følger et stort ansvar for hjerneskadekoordinatorerne, da der ikke stilles spørgsmålstejn ved deres vurderinger. Som beskrevet i første analysedel består vurderingerne nemlig af to dele: kriterier for adgang til indsatsen og individuelle vurderinger. Hjerneskadekoordinatorerne har modsat jobkonsulenterne ekspertviden på hjerneskadeområdet, og jobkonsulenterne har derfor ingen mulighed for at vide, om de individuelle vurderinger, hjerneskadekoordinatorerne laver, er de rette til den enkelte borger. De har ikke det faglige grundlag til at stille sig spørgende overfor vurderingen. Det ses, når jobkonsulenten i empirien fortæller, at hun altid følger de anbefalinger, hjerneskadekoordinatorerne kommer med ift. henvisning til Hjerneskadecentret:

"Interviewer: Har jeg forstået det rigtigt, at når det skal vurderes, hvilken indsats en borger skal have, så hører du egentlig ret meget efter, hvad hjerneskadekoordinatoren og terapeuterne er nået frem til?"

Informant: 110%, 110%.

Interviewer: Du argumenterer ikke imod, at 'Uha nej, det har vi ikke økonomiske rammer til', eller?"

Informant: Nej, altså hvis de mener, at det tilbud koster for meget, så er jeg sikker på, at så skærer de nogle pladser i stedet for. Vi sidder ikke og tænker 'puha, 50.000 om måneden' eller sådan noget 'det har vi ikke penge til', nej. Det er altid en faglig vurdering. Og igen, jeg kan jo ikke læse ud af journaler, om man skal have det intensive eller det fleksible, så det blander jeg mig bestemt ikke i." (Informant 1).

Når ikke der stilles spørgsmålstegn ved vurderingerne, har hjerneskadekoordinatorerne retten til at beslutte, hvem der skal tilbydes hvilken indsats. Med denne ret følger et stort ansvar, for at alle borgere tilbydes den indsats, de har behov for, da de rent principielt har lige adgang til alle indsatser. Da hjerneskadekoordinatorerne sidder med den endelige vurdering, kan der i praksis forekomme ulige adgang til indsatserne for borgerne, da beslutningsgrundlaget ikke er gennemsigtigt. Derfor ved man reelt ikke, om hver enkelt borger får den indsats, de har behov for. Deres vurdering accepteres uden videre af jobkonsulenten, og så reproduceres den potentielle sociale ulighed for borgerne i Jobcentret. Det uddyber vi under *vurderingspunkt 2* i tredje analysedel. De tre afdelinger er indbyrdes afhængige, og det ser vi nærmere på i næste afsnit.

5.2.2.3 Sekventiel afhængighed mellem de tre afdelinger

Ovenstående analyse viser, at de professionelle i casen er afhængige af hinandens viden for at kunne lave vurderinger om indsatser i neurorehabiliteringsforløbene. I empirien finder vi primært tegn på sekventiel afhængighed mellem de professionelle. Sekventiel afhængighed betyder, at én afdelings aktivitet er afhængig af den forudgående afdelings aktivitet (Thompson, 1967, s. 54–55). Den sekventielle afhængighed i casen ser sådan ud:

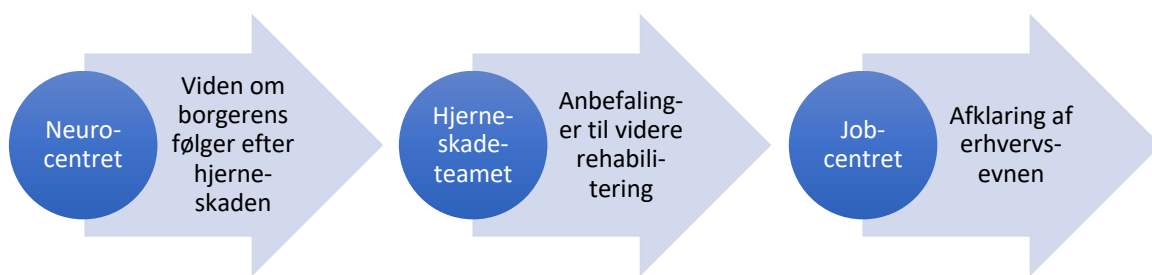


Illustration N: Den sekventielle afhængighed

Neurocentret er som første led i den sekventielle afhængighed ikke afhængig af viden fra de andre afdelinger for at kunne genoptræne borgeren i neurorehabiliteringsforløbet. Men hjerneskadekoordinatorerne er som andet led afhængig af Neurocentret, fordi de bl.a. skal koordinere neurorehabiliteringsforløb på tværs af de tre afdelinger. For at kunne gøre det, har de brug for viden og informationer fra terapeuterne, så de kan lave den videre plan for borgeren. I samarbejdsaftalen mellem Neurocentret og Hjerneskadeteamet beskrives det således:

"Det er afgørende at holde et højt informationsniveau og gensidigt vidensdele relevant information i hele det fælles borgerforløb. Dette for at sikre en målrettet, koordineret og helhedsorienteret indsats."

Samarbejdet i de sekventielle forløb sker ikke af sig selv, så selvom det benævnes som en sekventiel afhængighed, må de professionelle aktivt arbejde for at få det til at fungere. Et eksempel er samarbejdsaftalen. Her har man ned i detaljer specificeret, hvordan samarbejdet skal gøres. I kraft af deres jurisdiktion har Hjerneskadeteamet ansvaret for, at relevant viden gives videre til samarbejdspartnere på det rette tidspunkt, så de skal løbende være i kontakt med både terapeuter og jobkonsulent for at få adgang til og videregive denne viden. En hjerneskadekoordinator taler om det her:

"De [Neurocentret] tager sig af genoptræningen. Og det, der er vigtigt for os, det er, at vi simpelthen skal suge al information, i forhold til hvad det er, der skal være fokus på. For der er vi jo den fagprofessionelle, der så skal kunne overlevere det til jobcentret og kunne klæde en jobkonsulent og en

fastholdelseskonsulent på til at sikre, når der bliver lagt en videre plan. Så skal vi viderebringe de her oplysninger igen med den her røde tråd for øje - så man sikrer, at der bliver taget højde for de ting, der skal tages højde for. Det være sig både i forhold til de her kognitive skjulte problematikker, men også hvis der er særlige arbejdshjælpemidler, synsrelaterede problemstillinger, som gør, at vi skal have fat i nogle andre samarbejdspartnere.” (Informant 2).

Hvis ikke den viden deles, får det konsekvenser for sammenhængen og smidigheden i borgerens neurorehabiliteringsforløb. Hjerneskadekoordinatorerne bruger altså viden fra terapeuterne til at lave anbefalinger til det videre neurorehabiliteringsforløb, som Jobcentret, bevilger som det tredje led. Jobcentret er dermed afhængig af Hjerneskadeteamets anbefalinger for at kunne bevilge den rette indsats. Hjerneskadekoordinatorerne er afhængige af, at jobkonsulenten følger deres anbefaling, da de ikke har myndighed til at bevilge indsatser i borgerens videre forløb.

I nogle neurorehabiliteringsforløb er der ikke en hjerneskadekoordinator tilknyttet. Her er jobkonsulenten afhængig af, at terapeuterne får genoptrænet borgeren så godt som muligt, da det har betydning for borgerens mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Her er det ikke så meget terapeuternes viden, men mere tidsaspektet i borgerens neurorehabiliteringsforløb, der er afgørende i den sekventielle afhængighed; at borgeren er færdiggenoptrænet og klar til at få afklaret erhvervsevnen. Årsagen er, at Jobcentret ikke aktivt efterspørger og heller ikke anvender viden om borgeren fra terapeuterne på Neurocentret - som vist i analysen af jurisdiktion.

5.2.2.4 Delkonklusion - anden analysedel

I **anden analysedel** har vi analyseret, hvordan man kan forstå de professionelle jurisdiktion og den sekventielle afhængighed mellem de professionelle som afgørende faktorer i vurderingen. Det er i analysen tydeligt, at jurisdiktion følger professioner, og med jurisdiktion følger ret til at komme med afgørende vurderinger om adgang til neurorehabiliteringsindsatser. Hjerneskadeteamet får jurisdiktion, selvom det ikke er en profession. Hjerneskadeteamet har dog status som profession, da de organisatorisk er givet opgaver, der giver jurisdiktion. I Hjerneskadeteamets tilfælde må de beslutte, hvilke borgere

der får plads på Hjerneskadecentret, hvilket medfører et større ansvar for, at vurderingerne laves korrekt.

Vurderingerne fra Hjerneskadeteamet reproduceres på Jobcentret, når jobkonsulenten accepterer vurderingerne uden at stille sig spørgende overfor dem. Den potentielle sociale ulighed for borgerne opstår altså, når en enkelt professionel eller et team alene har retten til at beslutte, hvilke borgere der får eller *ikke* får adgang til en bestemt indsats. Ligeledes belyses, hvordan de tre afdelinger er sekventielt afhængige af hinanden, når de har brug for hinandens viden sekventielt for at træffe vurderinger om neurorehabiliteringsindsatser. En anden potentiel social ulighed for borgerne forekommer her, når jobkonsulenterne ikke anerkender terapeuternes viden om borgerne på samme måde som hjerneskadekoordinatorernes. Selvom terapeuterne har faglig viden og jurisdiktion via profession, tæller deres vurderinger ikke så højt som hjerneskadekoordinatorernes. Dermed er der risiko for, at viden går tabt, og at der skabes social ulighed for borgerne i de forløb, hvor hjerneskadekoordinatorerne ikke er tilknyttet.

5.2.3 Tredje analysedel: Strukturelle rammer og individuelle vurderinger

Vi vil i **tredje analysedel** analysere de sammenhænge, der er mellem de strukturelle rammer og de individuelle vurderinger samt deres indflydelse på adgang til indsatser i neurorehabilitering. De strukturelle rammer og individuelle vurderinger er indlejret i begge vurderingspunkter. Vi fokuserer derfor i denne analysedel på vurderingspunkterne i rehabiliteringsbanerne og deler analyseafsnittet op i *vurderingspunkt 1* og *vurderingspunkt 2*.

I vurderingspunkt 1 vurderes det, om borgeren får adgang til en hjerneskadekoordinator eller ej. Den potentielle sociale ulighed opstår her, fordi en hjerneskadekoordinator yder en ekstra støtte og er afgørende for, om borgeren kan henvises til yderligere neurorehabilitering ifm. erhvervsafklaring. De individuelle vurderinger, de professionelle laver, når de skal beslutte om en borger skal henvises til Hjerneskadeteamet, er rammesat af de strukturelle rammer i form af kriterier for indsatsen. Det begrænser de professionelles muligheder for at lave vurderinger, der udelukkende tager hensyn til borgernes behov.

Vurderingspunkt 2 omhandler de vurderinger, som Hjerneskadeteamet laver ift.

erhvervsafklarende indsatser. Her findes den potentielle sociale ulighed, fordi man med et tilbud på hjerneskadecentret får ekstra neurorehabilitering, som man ikke kan få adgang til gennem virksomhedspraktik. I analysen af *vurderingspunkt 2* viser vi, at vurderingerne, som de professionelle laver her, i høj grad er tilpasset Hjerneskadecentrets strukturelle rammer i form af kriterier og begrænsede antal pladser. De individuelle vurderinger er underlagt kriterier, såsom borgerens sprogkompetencer, mobilitet og antal pladser på Hjerneskadecentret, og vi viser, at det i sidste ende er hjerneskadekoordinatorerne, der udvælger de borgere, der skal have en plads på Hjerneskadecentret. Det sker vha. individuelle vurderinger, hvor borgere udvælges ud fra en situationsbestemt helhedsvurdering.

Dermed er både de strukturelle rammer for indsatserne og individuelle vurderinger i begge vurderingspunkter med til potentielt at skabe social ulighed.

5.2.3.1 *Vurderingspunkt 1: Henvisning til Hjerneskadeteamet*

I dette afsnit analyseres kriterier og individuelle vurderinger i *vurderingspunkt 1*.

Vurderingspunkt 1 er afgørende ift. at få adgang til Hjerneskadeteamet som indsats og har betydning for rehabiliteringsbanens videre forløb.

Rehabiliteringsbane 1

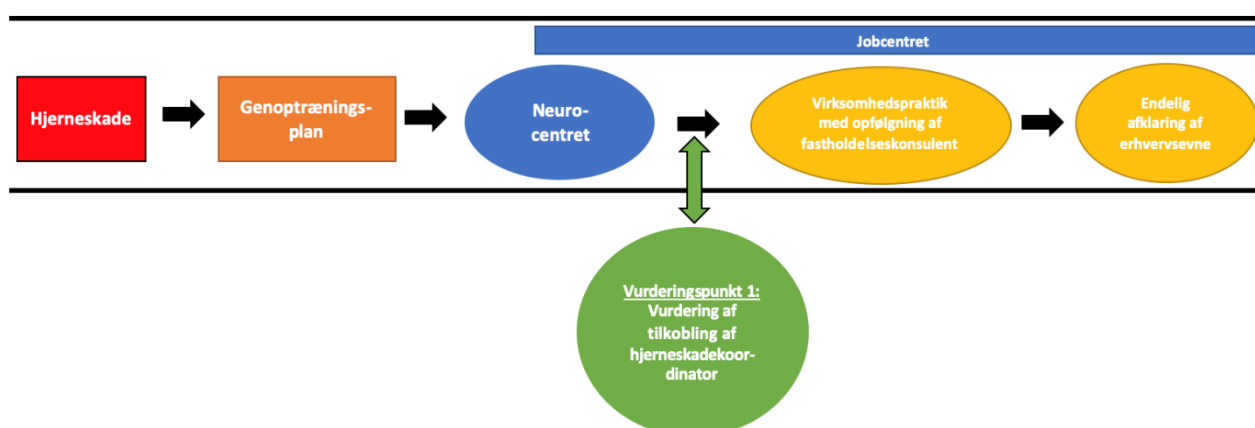


Illustration K: Rehabiliteringsbane 1

Vurderingspunkt 1 kan ses som den første sluse, som har indflydelse på borgerens rehabiliteringsbane fremadrettet. Slusefunktionen betyder, at kun en del af de borgere, der er i genoptræningsforløb på Neurocentret, henvises videre til Hjerneskadeteamet.

Hjerneskadeteamets betydning for borgerens neurorehabiliteringsforløb

Hvis man tilkobles Hjerneskadeteamet, har det betydning for hvilken støtte, vejledning og guidning, borgeren og dennes pårørende kan få undervejs i neurorehabiliteringsforløbet. Det har også indflydelse på, hvilken erhvervsafklarende indsats borgeren senere kan henvises til, hvilket uddybes i analysen af *vurderingspunkt 2*. Det vil sige, at det, der sker i *vurderingspunkt 1*, er afgørende for rehabiliteringsbanens videre forløb. Det er derfor ikke ligegyldigt, hvorvidt borgeren tilknyttes Hjerneskadeteamet eller ej i sit neurorehabiliteringsforløb. Dog skal det nævnes, at det ikke i alle neurorehabiliteringsforløb er aktuelt med tilknytning af en hjerneskadekoordinator, da nogle borgere ikke ønsker en hjerneskadekoordinator eller har behov for én. Det kan skyldes, at deres forløb er så ukomplicerede, at det ikke kræver koordinering mellem Jobcenter og arbejdsplads, eller at borgeren ikke skal tilbage til arbejdsmarkedet.

Koordinering på tværs af Aarhus Kommune

Hjerneskadeteamet betegnes som Aarhus Kommunes Koordinerings- og Rådgivningsfunktion inden for hjernesgadeområdet (Aarhus Kommune, 2020e, s. 1). En borger, der tilkobles Hjerneskadeteamet, får hjælp til koordinering af rehabiliteringsforløbet, og hjerneskadekoordinatoren kan være med til at støtte borgeren (Aarhus Kommune, 2020e, s. 3). Derudover deltager Hjerneskadeteamet i statusmøder, oplyser og rådgiver ift. tilbud i kommunen og samarbejder med andre professionelle om at koordinere indsatser i rehabiliteringsforløbet (Aarhus Kommune, 2020f). Borgeren får dermed adgang til en indsats, der er både effektiv og individuelt tilrettelagt. Det betyder også, at borgere, der ikke tilknyttes Hjerneskadeteamet, muligvis ikke får et lige så velkoordineret forløb og måske heller ikke så effektivt forløb. Det kan betyde, at disse borgeres forløb kan strække sig over længere tid, ligesom den manglende koordinering kan gøre borgeren til kasterbold mellem indsatser, indtil rette indsats findes. Borgerne skal i disse tilfælde selv koordinere de forskellige indsatser, så den relevante viden overføres mellem afdelingerne på de rette tidspunkter.

Ekstra støtte til erhvervsafklaring og tættere samarbejde med Jobcentret

Udover at Hjerneskadeteamet har en koordinerende rolle, så er samarbejdet med Jobcentret også en vigtig opgave. Det beskriver en hjerneskadekoordinator:

”Jamen stort set alle de borgere, vi bliver koblet på, der samarbejder vi med Jobcentret, fordi de fleste af dem, de skal tilbage til en eller anden form for, enten skal de tilbage til job, eller så skal de hjælpes i noget nyt job, eller også skal det afklares, at de faktisk ikke kan komme tilbage i job. Så jeg kan ikke huske, hvornår jeg sidst har haft en borger, hvor jeg ikke har arbejdet med Jobcentret.” (Informant 3).

Hjerneskadeteamet kan betegnes som forbindelsen mellem Neurocentret og Jobcentret, der overleverer informationer. Citatet viser også, at hjerneskadekoordinatorerne er afhængige af den viden, terapeuterne på Neurocentret sidder inde med om borgeren, og at de i en vis grad ”bare” overleverer eller oversætter den viden til et sprog, Jobcentret forstår. De arbejder altså i krydsfeltet mellem det sundheds- og socialfaglige område og sikrer, at den sundhedsfaglige viden bringes over i jobkonsulenternes sociale arbejde. Som vist i analysen om jurisdiktion, anerkendes terapeuternes ekspertviden først i Jobcentret, når den videreformidles af en hjerneskadekoordinator. Det betyder, at hjerneskadekoordinatoren har en vigtig rolle som forbindelsesled til Jobcentret, som de også har et tæt samarbejde med:

“ (...) så vil de [Hjerneskadeteamet] typisk blive hængende på i længere, end vi [Neurocentret] bliver på, fordi så bliver det mere et arbejde, en indsats i forhold til, hvor de samarbejder med Jobcentret og fastholdelseskonsulenter og ligesom får gradueret den der trinvis opstart på arbejde og sådan noget.” (Informant 4).

Hvis man tilknyttede Hjerneskadeteamet får man altså adgang til en støttende indsats i arbejdsopstarten, der i højere grad end Neurocentret er koblet sammen med Jobcentret. Citatet belyser, at når Hjerneskadeteamet ikke er inde over rehabiliteringsbanen, som vist i

rehabiliteringsbane 1 i første analysedel (illustration K), så kan viden gå tabt mellem Neurocentret og Jobcentret. Som vist i analysen af jurisdiktion i anden analysedel, kan det få konsekvenser for den videre plan, hvis ikke information om skjulte problematikker eller andre særlige problemstillinger viderebringes gennem Hjerneskadeteamet. Det kan have store konsekvenser for den enkelte borger og have indflydelse på, at afklaringen af erhvervsevnen kan tage længere tid end nødvendigt, fordi der ikke kan tages højde for problematikkerne til en start. Derfor har hjerneskadekoordinatoren som forbindelsesled stor betydning. Hjerneskadeteamet er altså en central indsats ift. koordinering af neurorehabiliteringsforløb og samarbejde med Jobcentret om udredning af borgerens erhvervsevne. Det gælder både, fordi de er tilknyttet borgeren gennem en længere periode af rehabiliteringsbanen end Neurocentret, men også, fordi der er etableret godt samarbejde med Jobcentret. Det er på den måde sandsynligt, at borgere, som tilknyttes Hjerneskadeteamet, kommer hurtigere og bedre igennem afklaringsforløbet og får mere støtte undervejs. Der kan på den måde potentielt skabes social ulighed, når ikke alle borgere tilknyttes Hjerneskadeteamet.

I det følgende afsnit analyserer vi de kriterier, der ligger til grund for terapeuternes henvisning af borgere til Hjerneskadeteamet samt de individuelle vurderinger, de laver i vurderingen.

Kriterier og individuelle vurderinger i vurderingspunkt 1

I *vurderingspunkt 1* skal Neurocentret vurdere, om borgerne skal henvises til Hjerneskadeteamet. Vurderingen laves ud fra to faktorer: Hjerneskadeteamets kriterier og terapeutens individuelle vurdering. I specialets empiri kan man ikke adskille de to faktorer fra hinanden, da de individuelle vurderinger er underlagt de strukturelle rammer, som kriterierne indgår i. Derfor analyseres de sammen i dette afsnit.

Henvisning til Hjerneskadeteamet

Som tidligere beskrevet modtager Neurocentret alle borgere med en erhvervet hjerneskade, der udskrives til eget hjem med en genoptræningsplan (Aarhus Kommune, 2019c, s. 2). Når terapeuterne skal vurdere, hvem de vil henvise til Hjerneskadeteamet, laver de individuelle vurderinger, som fx kan være baseret på terapeuternes faglige skøn,

deres kendskab til borgerens følger, hvordan fremgangen har været i genoptræningsforløbet, borgerens privatliv ift. familieliv og arbejde, de psykiske aspekter og den generelle kompleksitet i borgerens genoptræningsforløb. Terapeuterne tager altså udgangspunkt i en bred viden om borgeren, når de skal vurdere, om vedkommende enten skal henvises til Hjerneskadeteamet, eller om den videre erhvervsrettede indsats skal varetages af Jobcentret. Når terapeuterne laver de individuelle vurderinger, gør de det også med udgangspunkt i kriterier for adgang til Hjerneskadeteamet, som er beskrevet i deres pjece og i kriterier for det fælles samarbejde, som er beskrevet i den samarbejdsaftale, Neurocentret og Hjerneskadeteamet i fællesskab har udformet. Hjerneskadeteamets målgruppe og kriterier er:

- *"Borgere i alderen 18-67 år*
- *Borgere over 67 år, der har brug for en målrettet kognitiv indsats eller særlig tilrettelagt specialundervisning*

Borger skal have følger efter erhvervet hjerneskade grundet en af følgende diagnoser:

- *Blodprop eller blødning i hjernen*
- *Kranietraume (ikke hjernerystelse)*
- *Betændelse i hjernen eller i hjernens hinder*
- *Tumor i hjernen (ikke fremadskridende kræft)*
- *Diffus hjerneskade (iltmangel, forgiftning)*

Kontakt Hjerneskadeteamet

- *Hvis du har pådraget dig en hjerneskade og har brug for rådgivning og støtte.*
- *Hvis du er pårørende og har brug for rådgivning og støtte.*
- *Hvis du er fagperson og har brug for neurofaglig rådgivning.*
- *Hvis du har brug for generel information om Aarhus Kommunes tilbud til voksne borgere med erhvervet hjerneskade.*
- *Hvis der skal foretages en vurdering af borgers rehabiliteringsbehov, mhp. indstilling til et neurorehabiliteringsforløb på Aarhus Kommunes Hjerneskadecenter.*

(Aarhus Kommune, 2020e, s. 3).

Den fælles samarbejdsaftale:

- *"Borgere over 18 år, som er bosiddende i Aarhus Kommune, med følger efter en akut opstået skade i hjernen, der ikke er fremadskridende og har en genoptræningsplan §140. Primært i den arbejdsdygtige alder.*
- *Borgere med følger efter en betændelsestilstand i hjernen, henvises hvis deres symptomer persisterer mere end cirka 3 måneder.*
- *Borgere med en hjernetumor kan inkluderes, hvis tilstanden er verificeret stationær via scanning. Det vurderes individuelt ved hver enkelt sag.*
- *Hvor der er et behov for mere omfattende koordinering mellem forskellige instanser i kommunen – særligt med et fokus på afklaring af fremadrettet tilknytning til arbejdsmarkedet"*

(Samarbejdsaftale mellem Neurocentret og Hjerneskadeteamet).

Nogle af ovenstående kriterier er ens, mens andre adskiller sig på væsentlige områder.

Hjerneskadeteamets pjece lægger op til, at borgere selv kan henvende sig for at få rådgivning og støtte, mens det i samarbejdsaftalen beskrives, at der skal være behov for *"mere omfattende koordinering mellem forskellige instanser"*, og her er der også et særligt fokus på erhvervsafklaring. Det betyder, at det kan være sværere for borgere at få tilknyttet en hjerneskadekoordinator, hvis kontakten går gennem en terapeut på Neurocentret, da de lægger sig op ad samarbejdsaftalen med strammere kriterier for henvisning. Derfor kan det være en fordel for borgere selv at kontakte Hjerneskadeteamet og bede om støtte, da de så, ifølge kriterierne i pjecen, vil få tilknyttet en hjerneskadekoordinator. Kriterierne lægger dog op til en tolkning, når terapeuterne skal vurdere, om de skal lave en henvisning. Det vil være individuelt fra terapeuternes side, hvad de vurderer, der ligger i formuleringen *"Hvor der er et behov for mere omfattende koordinering mellem forskellige instanser i kommunen"*. En terapeut fortæller da også, at de på Neurocentret har forskellige tilgange til henvisningerne:

"Interviewer: Nu sagde du bare lige ganske kort før, at ift. det her med at tage kontakt til Hjerneskadeteamet, at I nok gør det lidt forskelligt ovre fra jer af. Kan du prøve at uddybe det?"

"Informant: Ja, det kan jeg godt. Der er nogen, der vil... Jeg tror, der er nogle [terapeuterne], lige så snart de [borgerne] er erhvervsaktive, så skal de [Hjerneskadeteamet] på. Sådan er tankegangen. Og der tror jeg, at jeg ikke altid har den..., så jeg kan godt være..., jeg kan godt køre den lidt længere nogle gange, tror jeg. Og nogle sætter dem..., altså erhvervsaktiv, så skal de [Hjerneskadeteamet] på. Sådan lidt som en procedure ... tjek, så skal vi gøre det." (Informant 5).

Det betyder, at nogle terapeuter vurderer, at de selv kan varetage en del af koordineringen og derfor venter med at henvise borgere, mens andre overlader arbejdet til Hjerneskadeteamet. Det er dog ikke kun terapeuternes vurdering, der afgør, om en borger kan få tilknyttet en hjerneskadekoordinator. Hjerneskadeteamet forbeholder sig også retten til at afvise en henvisning, hvis de vurderer, at det ikke er relevant, at de er tilknyttet borgerens forløb. En hjerneskadekoordinator svarer her på, om de er inde over alle Neurocentrets borgerforløb:

"Nej, det er vi ikke. Det er en individuel vurdering i forhold til, hvad behovet er. Oftest viser det sig også i forhold til, hvor hårdt ramt borgeren er, men også i høj grad i forhold til, er der noget psykisk sårbarhed ind over, er der en familiemæssig problemstilling eller andet?" (Informant 2).

Som vi vil vise i analysen af *vurderingspunkt 2*, så har det konsekvenser for borgerens neurorehabiliteringsforløb ikke at have en hjerneskadekoordinator tilknyttet. Derfor er en sådan afvisning også potentielt socialt ulighedsskabende for borgerne.

Er der plads til alle i Hjerneskadeteamet?

I Hjerneskadeteamets kriterier og beskrivelse af indsatsen ses ikke et loft for, hvor mange borgere der kan få tilknyttet en hjerneskadekoordinator, og alle kan derfor henvende sig for

at få rådgivning og støtte (Aarhus Kommune, 2020e, s. 3). En af hjerneskadekoordinatorerne beskriver det således:

“Interviewer: Er der et bestemt antal pladser, I har som hjerneskadekoordinatorer, altså bestemte antal forløb I må tage ind om året, eller om måneden?”

Informant: Nej, nej der er ikke noget øvre loft. Det er der ikke, og det er jo det, vi sådan skal regulere i forhold til, hvordan og hvorledes, og det plejer at falde rigtig godt i hak. Der er ikke nogen, altså der sådan ikke får det. Det er der ikke. Alle får det, de bliver visiteret til og vurderet til.” (Informant 2).

Som citatet viser, er visiteringen og vurderingen styrende for, om borgeren får adgang til Hjerneskadeteamet. Det er ikke borgerens behov, der fremhæves her, men vurderingen af borgerens behov. Her kan der potentielt være social ulighed, da der kan være situationer, hvor borgeren ikke selv kan formulere sine behov tydeligt eller måske ikke har brugt de rette ord til at beskrive behovet for koordinering og støtte. Samme hjerneskadekoordinator beskriver kontakten til Hjerneskadeteamet:

“Altså, der er nogen, der skal tage fat i os, men til gengæld så må alle godt tage fat i os; der er ikke nogen henvisningskriterier, (...) der er ikke noget om, at det skal være en læge, eller det skal være en terapeut eller et eller andet. Altså, alle kan i princippet ringe til os og høre... og så tager vi den med på vores teamkonference og vurderer, om det er relevant at koble os på.” (Informant 2).

Ud fra ovenstående kan alle tage kontakt til Hjerneskadeteamet, hvorefter det internt i Hjerneskadeteamet vurderes, om der skal tilknyttes en hjerneskadekoordinator. Dermed er det ikke sikkert, at man får tilknyttet en hjerneskadekoordinator, selvom man efterspørger en, og man selv mener at have behov for én. Det fremgår dog ikke i Hjerneskadeteamets pjece, som er vist tidligere. Begrænsningen i antal pladser er ikke afgørende for udvælgelsen af borgere, men informanten giver ikke en tydelig forklaring på, hvad der så ligger bag ved udvælgelsen på teamkonferencen i Hjerneskadeteamet. Det er uklart, hvilke begrundelser der er for udvælgelsen af borgere, der skal tilknyttes en hjerneskadekoordinator, da der er

uoverensstemmelser mellem de kriterier, der står i Hjerneskadeteamets pjece, i samarbejdsaftalen og det, der kommer frem i empirien. Ifølge pjecen kan alle henvende sig, og man kan få en hjerneskadekoordinator til støtte og rådgivning. Men hvad er det så, der skal vurderes på teamkonferencen? Informant 2 beskriver, at de vurderer, hvorvidt det er relevant at koble sig på, men det er ikke gennemsigtigt, hvordan de laver denne vurdering. Denne lidt skjulte vurdering af borgerens behov kan dermed være endnu en potentiel social ulighedsskabende situation, da de foretager en sortering af, hvilke borgere der har de "rette" adgangsgivende behov for at kunne få indsatsen fra Hjerneskadeteamet.

I næste afsnit vil vi uddybe nogle af de ovenstående kriterier for Hjerneskadeteamet og belyse, hvordan kriterierne potentielt kan bidrage til social ulige adgang til Hjerneskadeteamet som indsats.

Hjerneskadeteamets kriterier og deres indflydelse på adgang

Vi vil i nedenstående diskutere kriterier om diagnoser, forløbets kompleksitet og behov for koordinering, som er beskrevet dels i Hjerneskadeteamets pjece og i samarbejdsaftalen mellem Neurocentret og Hjerneskadeteamet.

Den "rigtige" diagnose

I *vurderingspunkt 1* har hjerneskadediagnosen betydning for, om det er relevant for Neurocentret at anmode Hjerneskadeteamet om tilknytning. Ud fra ovenstående kriterier skal borgerne have en bestemt diagnose for at kunne få en indsats fra Hjerneskadeteamet. Der sker altså en udvælgelse af borgerne ud fra, om man har den "rigtige" diagnose inden for hjerneskodeområdet. Her anses diagnoser som fx blodprop eller hjerneblødning som "rigtige" diagnoser. En "forkert" diagnose kunne fx være en progredierende kræftsvulst i hjernen eller hjernerystelse (commotio), hvilke ikke inkluderes i Hjerneskadeteamets indsats. En hjerneskadekoordinator siger dette om diagnoser:

"Altså vi tager jo kun erhvervede hjerneskrader og ikke fremadskridende diagnoser, og vi tager heller ikke hjernerystelser, så det er der, man oftest bliver afvist. Det er, hvis problematikken skyldes en forkert... eller forkert diagnose er det jo ikke, men en diagnose, der ikke er i vores målgruppe. Eller

hvis der er tale om en progredierende diagnose. Altså hvis det er en tumor, der er velbehandlet og ikke i udvikling, så tager vi den, men hvis det er en fremadskridende tumor, så tager vi den ikke. Så anbefaler vi, at de kontakter Kræftens Bekæmpelse og de koordinatore og den vejledning, de har den vej igennem.” (Informant 3).

Som informanten selv siger, så kan en diagnose godt være rigtig i klinisk forstand, men være forkert rent organisatorisk, da den så ikke passer ind i de strukturelle rammer, kriterierne beskriver. Der er altså taget en beslutning på et organisatorisk plan om, at en diagnose ikke passer ind i Hjerneskadeteamets indsats. Det betyder dog ikke, at borgere der har en sådan diagnose, ikke har behov for indsatsen, men de udelukkes fra den pga. de organisatorisk opsatte kriterier. Samme informant uddyber, at årsagen til, at borgere med progredierende hjernekræftsvulster afvises, er, at disse borgere som oftest ikke er klar til at vende tilbage til arbejdsmarkedet (Informant 3). Der er her tale om, at en bestemt form for socialt arbejde bliver styrende for Hjerneskadeteamets indsats; nemlig om borgeren er arbejdsmarkedsparat. Det har væsentlige konsekvenser både for borgeren og for socialt arbejde. Det bliver en snæver form for socialt arbejde, hvor der kun gives adgang til de borgere, der ud over at have de rette diagnoser også vurderes til at kunne komme tilbage til arbejdsmarkedet og bidrage til samfundet igen. Det kan altså ses, som om det ikke er borgerens behov, der er i fokus for organisering og adgang til det sociale arbejde, men at det i stedet er styret af en økonomisk og arbejdsmarkeds rettet tankegang, som udelukker ”forkerte” borgere. Det har store implikationer for mennesker med disse diagnoser, da Hjerneskadeteamets indsats også består af rådgivning og støtte, som disse borgere kunne have glæde af. Det gælder især, når det tages i betragtning, at Aarhus Kommune ikke har koordinatore ansat på kræftområdet.

Som tidligere nævnt afvises borgere med diagnosen hjernerystelse også i Hjerneskadeteamet. Borgere i alle aldre rammes af hjernerystelse, og hvert år får 10.000 borgere i Danmark varige mén (Sundhed.dk, 2021). Selvom hjernerystelse også kan betegnes som en skade på hjernen, der kan være invaliderende for den ramte borger, så inkluderes denne målgruppe ikke i kriterierne for Hjerneskadeteamet. Borgere med hjernerystelse kan lige såvel som borgere med en blodprop have brug for yderligere støtte,

men de afvises, fordi hjernerystelse defineres som værende midlertidig. En hjerneskadekoordinator beskriver en afvisning således:

”Vi får jo jævnligt henvist nogen med commotio for eksempel, altså hjernerystelsesfølger, og der bliver vi simpelthen bare nødt til at gå tilbage til dem og sige ‘desværre, det er ikke vores målgruppe, vi kan ikke...’, og så kan vi jo sige, ‘jamen der er en hjernerystelsesforening, eller der findes rigtig meget på nettet, prøv lige at søge den vej eller at spørge i jobcenterregi’, fordi altså Sociallægeinstitutionen har et commotiotilbud, men der kan jeg jo ikke sige ‘jamen, der er et tilbud dernede’, fordi jeg vil jo ikke kunne være den, der skal lave den faglige vurdering af, er det dét her tilbud, der er rigtigt til den her borger. Men vi kan jo sige, ‘prøv at spørge dér og dér’. Og så er der nogen andre, der skal lave vurderingen af, om det er det rigtige tilbud.” (Informant 3).

I dette tilfælde laves der ikke et fagligt skøn af, hvad borgeren kunne have behov for, da de strukturelle rammer udelukker borgeren fra indsatsen. Man kan dermed sige, at den faglige vurdering handler om *IKKE* at lave en faglig vurdering, da det overlades til Jobcentret at vurdere, om borgeren skal henvises til commotiotilbuddet i Sociallægeinstitutionen. Borgere med hjernerystelse skal derefter igennem en ny runde med vurderinger og kriterier i Jobcentret for måske at få adgang til indsatsen på Sociallægeinstitutionen. De mest udsatte borgere vil her være studerende, da de ikke har adgang til Sociallægeinstitutionen, fordi de ikke har en sag ved Jobcentret.

En diagnose, der er inkluderet i Hjerneskadeteamets indsats, er borgere med følger efter en betændelsestilstand i hjernen. Alligevel kan der være tvivl, om de kan få en hjerneskadekoordinator tilknyttet, da det i samarbejdsaftalen beskrives, at gruppen først må henvises efter tre måneder. Betændelsestilstanden meningitis er et eksempel på, hvor der er diskussion om, hvornår det giver mening at tilknytte Hjerneskadeteamet. En hjerneskadekoordinator beskriver her, at der er en vis fleksibilitet:

“Altså vi har haft det ift. mennesker med meningitis fx, hvor vi har sagt ‘Prøv lige at vente’, for hos 90 procent af dem, der får meningitis, så går

vanskelighederne over i løbet af de første tre måneder, tror jeg, det er ... Men vi skal jo ikke ind for at løse et problem, som vil løse sig af sig selv qua det, at borgeren får det bedre. Men når det så er sagt, så er der jo mange af dem her, selvom de ikke har kognitive udfordringer, så kan de jo have massiv hjernetræthed, og det påvirker jo også deres arbejdsevne. Så der er det jo tit, at vi måske har en eller anden løbende sparring, sådan over den første måned eller halvanden, og så går man ind og vurderer og siger 'ok, det kan godt være, at vedkommende ikke er helt ovre det her, uden at der er noget ekstra støtte på', så går vi ind og vurderer individuelt. Tidligere var vi noget mere krakilske omkring at sige 'vi skal ikke have dem, før det er tre måneder efter deres betændelsestilstand', og det var ud fra forståelsesrammen af, at man vil heller ikke stemple nogen som værende skadet i hjernen, hvis ikke de var det, hvis det bare var en midlertidig tilstand i hjernen." (Informant 3).

Når Hjerneskadeteamet specificerer deres indsats til kun at inkludere borgere med bestemte hjerneskadediagnoser og opsætter rammer for, hvor lang tid borgeren skal have haft symptomer, ekskluderer de samtidig en gruppe af borgere, som allerede fra starten af neurorehabiliteringsforløbet kunne have haft brug for koordinerende hjælp. Da det er svært at forudse om, og hvornår symptomerne aftager, og da borgerne kan have brug for støtte og vejledning fra start, så kan der potentielt skabes social ulighed for disse borgere. En terapeut fra Neurocentret undrer sig over dette kriterie:

"Det handler primært om mennesker med betændelsestilstande, hvor der er en lidt anden procedure, fordi at der har de [hjerneskadekoordinatorerne] meldt ud derovre fra, at de ikke vil have henvisningen, før der er gået tre måneder. Og det er sådan en ongoing diskussion, som jeg helt sikkert også stiller spørgsmålstejn ved, fordi for mig handler det ikke 100 procent om diagnosen; det handler også om kompleksiteten i deres liv på mange andre punkter og det... Ja, jeg synes ikke, man kan sætte det så firkantet op, med at der skal være gået tre måneder. Man kan sagtens have brug for det efter én måned, fordi jeg kan godt, synes jeg, vurdere, at det her det bliver ikke bare lige... ja." (Informant 5).

Ergoterapeuten siger dermed, at der ikke altid tages hensyn til kompleksiteten i borgerens liv, og at borgeren derfor ikke nødvendigvis får den støtte vedkommende kunne have behov for. Når der forekommer en udvælgelse af specifikke diagnoser som adgangsgivende til støtte, kan det ses som potentielt socialt ulighedsskabende, og det giver anledning til følgende spørgsmål: Hvorfor er et Hjerneskadeteam ikke for alle med en hjerneskadediagnose uanset en specifik diagnose? Hvorfor har nogle adgang til den koordinerende indsats, og andre har ikke? Vi er klar over, at der også er økonomiske rationaler bag beslutninger om adgang til indsatser, så en del af forklaringen på, at ikke alle borgere får tilknyttet en hjerneskadekoordinator, kan derfor findes der. Ligesom med følger efter en blodprop kan ens liv blive invalideret af symptomer og senfølger efter hjernerystelse og meningitis, og disse kan påvirke flere faktorer i ens liv både fysisk, psykisk og socialt. Dermed bliver det rehabiliterende sociale arbejde afgjort af kriterier for arbejdsmarkedsparathed og diagnoser, og ikke af om borgeren har behov for den koordinerende indsats og støtte.

De 'komplekse' forløb kræver koordinering

Det beskrives i kriterierne i samarbejdsaftalen mellem Neurocentret og Hjerneskadeteamet, at der skal være behov for en mere omfattende koordinering, før tilknytning af Hjerneskadeteamet er relevant. Hjerneskadeteamet tilknyttes kun de forløb, hvor borgerens forløb kræver mere omfattende koordinering, som ligger ud over terapeuternes arbejdsområde. Hvis borgerens forløb er for simpelt og ikke kræver en vis koordinering, kan Hjerneskadeteamet afvise henvisningen fra Neurocentret:

"Men der er jo så nogen [terapeuter], der har prøvet at sende en henvisning inden, hvor de så har fået et nej. Det er sådan der, jeg typisk hører et nej. Men min fornemmelse er, at... jeg vil sige, at jeg har fået flere og flere tilbagemeldinger derovre fra det sidste stykke tid, med det her med 'kan det nogle gange være nok med en fastholdelseskonsulent'. Og det, tror jeg også, er, fordi de [hjerneskadekoordinatorerne] også nogle gange føler at... Nej, det ved jeg jo ikke om de føler, men min hypotese kan være, at... jeg tror helt

sikkert, de får nogle [borgere], hvor de ikke rigtig gør noget. Har det så egentlig være nødvendigt.” (Informant 5).

Der skal altså være behov for en mere omfattende koordinering, som går ud over terapeuterne i Neurocentrets arbejdsområde, før Hjerneskadeteamet vil tilknytte sig et neurorehabiliteringsforløb. En hjerneskadekoordinator giver her et eksempel på behov for mere omfattende koordinering:

”Det kan for eksempel være borgere, der har flere diagnoser. Det kan være noget misbrug og/eller psykiatri, der er ind over, hvor vi skal koordinere med langt flere samarbejdspartnere og sørge for at trække i de rigtige tråde på de rigtige tidspunkter og være med til at vurdere; Jamen, hvor meget kan borgeren rumme, hvad er problemstillingen, og hvad skal der sættes først i værk, for at man ligesom optimalt får noget ud af neurorehabiliteringsopholdovre på Neurocentret og i og for sig også på Hjerneskadecentret, hvor det er, for eksempel i forhold til misbrug, kontraindiceret i forhold til at kunne tage imod neurorehabilitering og også kunne få neurorehabilitering, hvis man er i et aktivt misbrug.” (Informant 2).

Citatet belyser, at flere samtidige sociale problematikker eller andre sygdomme, har indflydelse på koordineringen af neurorehabiliteringsforløbet, da de er særligt komplekse. I de forløb kan den røde tråd være svær at holde, og det kræver mere koordinering fra Hjerneskadeteamets side. Hjerneskadeteamets argument for afvisning af en borger er altså, at der i simple forløb ikke er behov for koordinering. At et forløb skal have behov for koordinering og være særligt komplekse, er en organisatorisk beslutning, som betyder, at en borger enten inkluderes eller ekskluderes fra Hjerneskadeteamets indsats. Da Hjerneskadeteamet afgør, hvornår et forløb er 'komplekst' nok, har de øvrige afdelinger og borgeren selv ikke noget at skulle have sagt om beslutningen. Denne organisatorisk bestemte afvisning skubber dermed opgaver over på både Neurocentret, fastholdelseskonsulenten og ikke mindst over på borgeren. Sidstnævnte kommer selv til at stå med en del af koordineringen af neurorehabiliteringsforløbet, da koordinering hverken er terapeuternes eller fastholdelseskonsulenternes primære opgave.

Vurderingspunkt 1 bygger altså i høj grad på kriterierne for Hjerneskadeteamet som indsats og de professionelles individuelle vurderinger. Det gælder både for terapeuterne på Neurocentret, når de vurderer, om de selv kan varetage et borgerforløb, eller om de skal sende en henvisning til Hjerneskadeteamet, og efterfølgende når Hjerneskadeteamet vurderer, om borgerens forløb er komplekst nok til at de accepterer henvisningen. Men denne vurdering har ikke kun indflydelse på, om nogle borgere får tilkoblet en hjerneskadekoordinator eller ej. Vurderingen påvirker også rehabiliteringsbanens videre forløb ift. at få afklaret erhvervsevnen. Det uddybes i analysen af *vurderingspunkt 2*.

5.2.3.2 *Vurderingspunkt 2: Henvisning til erhvervsafklarende indsats*

Såfremt en borgers rehabiliteringsbane indeholder et *vurderingspunkt 2* (illustration L), er borgeren henvist til Hjerneskadeteamet i *vurderingspunkt 1*.

Rehabiliteringsbane 2

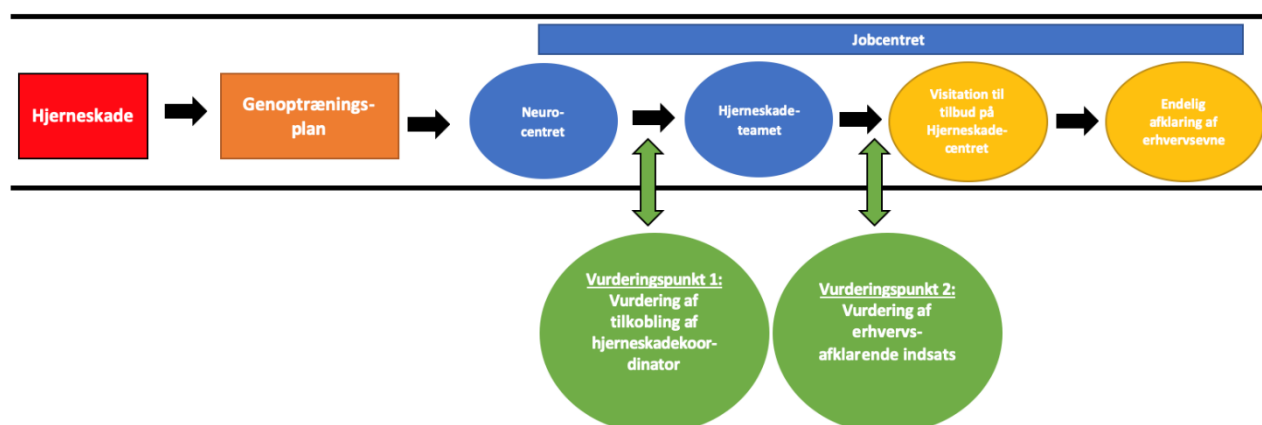


Illustration L: Rehabiliteringsbane 2

Vurderingspunkt 2 handler om, hvilken indsats borgeren skal tilbydes for få afklaret **erhvervsevnen**. *Vurderingspunkt 2* er dermed en sluse, som sorterer, hvem der får adgang til forskellige erhvervsafklarende indsatser. Man kan sige, at det her skal vurderes, hvorvidt borgeren skal tilbydes en af følgende muligheder:

- **Mulighed 1:** At blive henvist til et forløb på Hjerneskadecentret som suppleres af virksomhedspraktik.

- **Mulighed 2:** At blive sendt direkte ud i virksomhedspraktik med opfølgning af fastholdelseskonsulent og evt. en hjerneskadekoordinator.

Vurderingspunkt 2 er central, fordi det ikke er alle, der kan få tilbudt et forløb på Hjerneskadecentret (mulighed 1). I analysen vil vi derfor fokusere på, hvordan hjerneskadekoordinatorerne vurderer, hvem der skal have adgang til et forløb. Vurderingen kræver, at der tages hensyn til flere faktorer, herunder et behov for yderligere neurorehabilitering. *Vurderingspunkt 2* har dermed betydning for rehabiliteringsbanens forløb, da den afhænger af de vurderinger, hjerneskadekoordinatorerne laver på baggrund af en individuel vurdering, Hjerneskadecentrets kriterier og antallet af pladser på Hjerneskadecentret.

Det er hjerneskadekoordinatorerne, der endeligt beslutter, hvem der skal have et forløb på Hjerneskadecentret. Dog skal Jobcentret altid bevillige forløbet. I vurderingen bruges Neurocentrets faglige viden om borgerne, og Hjerneskadecentret inddrages lidt i drøftelsen om pladserne. Med analysen viser vi, at med de to muligheder, der findes for erhvervsafklaring, får borgeren enten Rolls Royce-modellen (Hjerneskadecentret) eller "ingenting" (virksomhedspraktik). Med sidstnævnte skal forstås at der ikke er en neurorehabiliteringsindsats i virksomhedspraktikken. Forskellen på de to indsatser belyser vi i næste afsnit. I analysen viser vi også, at det primært er en bestemt type borgere, der får en plads på Hjerneskadecentret.

[Et tilbud på Hjerneskadecentret "som det helt store"](#).

Som vist i ovenstående er der to muligheder for afklaring af erhvervsevnen i det videre neurorehabiliteringsforløb. Her ses forløb på Hjerneskadecentret som den gyldne indsats (mulighed 1). En terapeut fra Neurocentret beskriver det således: *"Den helt store er jo sådan Hjerneskadecentret; hvem skal derover, og hvem skal ikke derover"* (Informant 5).

Virksomhedspraktik indgår både i mulighed 1 og 2, men forskellen er, at man i et forløb på Hjerneskadecentret inden eller løbende med virksomhedspraktikken får yderligere specialiseret neurorehabilitering. Alternativet er en virksomhedspraktik med en tilkøbt fastholdelseskonsulent, som typisk ikke har specifik erfaring inden for hjerneskadeområdet.

De er tilknyttet Fastholdelsesteamet i Aarhus Kommune og støtter den enkelte borger i virksomhedspraktikken, hvor de sammen med borgeren udformer en fastholdelsesplan over redskaber, opgaver og arbejdstid (Aarhus Kommune, 2021c).

Vi vil i nedenstående skema (illustration O) skitsere, hvad forskellen på de to muligheder er. Det gør vi for at give en forståelse af, hvorfor det kan ses som ulighedsskabende, at man kun har adgang til et forløb på Hjerneskadecentret, hvis man er en af de borgere, der passer ind i den gyldne standard.

Mulighed 1: Tilbud på Hjerneskadecentret (det intensive og det fleksible forløb)	Mulighed 2: Virksomhedspraktik med opfølgning af fastholdelseskonsulent og evt. hjerneskadekoordinator
• 6 måneders rehabilitering • Højt specialiseret tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade • Neuropsykologisk undersøgelse • Tilbyder fysisk, kognitiv, følelsesmæssig og social rehabilitering • Rehabiliteringsindsatser matches med borgerens rehabiliteringsbehov • Løbende samtaler med kontaktperson om fx ændrede roller og færdigheder i arbejdslivet • Udvikling af kognitive færdigheder og træning af kompensationsstrategier i grupper • Løbende udvikling, afklaring og vurdering af funktionsevne med fokus på arbejdsmarkedet • Mulighed for erfaringsudveksling med andre hjerneskaderamte • Pårørendeinddragelse i forløbet • Fast kontaktperson • Afklaring af erhvervsevnen (Aarhus Kommune, 2020a)	• Formål: Af afklare og udvikle den lediges kompetencer og jobmål (Aarhus Kommune, 2021b) • Afdækker og træner borgerens faglige, sociale og/eller sproglige kompetencer gennem virksomhedspraktikken (ibid.) • Mulighed for at arbejde i en virksomhed i en kortere periode og for at vise, hvad man kan (Aarhus Kommune, 2020c) • Længden af virksomhedspraktik afhænger af, hvilken ydelse man får (Aarhus Kommune, 2020b) • Fastholdelseskonsulent udarbejder fastholdelsesplan med opgaver, redskaber og arbejdstid (Aarhus Kommune, 2021c) • Ikke specifikke fastholdelseskonsulenter til borgere ramt af følger efter en erhvervet hjerneskade (Aarhus Kommune, 2021d)

Illustration O: Oversigt over forskel på mulighed 1 og mulighed 2

Som skemaet viser, så får borgere ved et forløb på Hjerneskadecentret adgang til en bred vifte af neurorehabiliteringsindsatser, når de visiteres til et forløb på Hjerneskadecentret.

Her støttes man på en helt anden måde, end hvis man blot sendes i virksomhedspraktik. Den største forskel i de to muligheder er, at man får adgang til yderligere neurorehabilitering på Hjerneskadecentret. Her får borgerne lavet en neuropsykologisk udredning og får neurorehabilitering på både det fysiske, kognitive, sociale og følelsesmæssige område i op til seks måneder udover forløbet på én-tre måneder på Neurocentret. Chalotte Glintborg finder i sin ph.d. fra 2015, at det netop er den følelsesmæssige rehabilitering, borgere har behov for efter erhvervet hjerneskade (Glintborg, 2015). Derfor er borgere, der ikke får et forløb på Hjerneskadecentret, i risiko for ikke at få denne følelsesmæssige rehabilitering eller for selv at måtte betale for den hos en psykolog. Herudover kan den ramte borger erfaringsudveksle med borgere i samme situation, da nogle af tilbuddene i forløbene er gruppebaserede. Desuden inddrages de pårørende hér i højere grad i den ramte borgers forløb. Alle borgere får erhvervsevnen afklaret, men set i forhold til den neurorehabiliterende indsats, så får man altså Rolls Royce-modellen eller "ingenting".

Med afsæt i ovenstående skildring af forskellene i de to muligheder vil vi analysere, hvordan de strukturelle rammer, i form af kriterierne for adgang til Hjerneskadecentret og det begrænsende antal af pladser, har indflydelse på de professionelles vurderinger om, hvem der skal have en plads på Hjerneskadecentret.

Kriterier for adgang til Hjerneskadecentret som tilbud

Ligesom ved kriterierne for adgang til Hjerneskadeteamet er der også kriterier for adgang til Hjerneskadecentret. For at blive henvist til et tilbud på Hjerneskadecentret skal borgeren have en erhvervet hjerneskade, være tilkøbt Hjerneskadeteamet, have en sag i Jobcentret og opfylde andre generelle kriterier (Aarhus Kommune, 2020a, s. 5), som vises i nedenstående illustration P:

Generelle kriterier for rehabiliteringsforløb

I Målgruppe

Målgruppen er karakteriseret ved personer, der har erhvervet sig en hjerneskade i voksenalderen, oftest som følge af hovedtraume, apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), anoksi (iltmangel, f.eks. efter hjertestop), infektioner og tumorer, og som har behov for, og skønnes at kunne profitere af et rehabiliteringsforløb.

Den erhvervede hjerneskade skal være objektivt verificeret eller, som et minimum, sandsynliggjort via undersøgelser.

II Henvisningskriterier

Alder	Fra 18 år ved indskrivningstidspunktet.
Motivation	Motivation for rehabilitering er en forudsætning, omend manglende sygdomsindsigt og deraf følgende manglende motivation, kan være rehabiliteringsindikation.
Mobilitet	Skal kunne klare transport sv.t. et ambulant forløb. Skal selv kunne klare toiletbesøg, omklædning og personlig hygiejne.
Kommunikation	Skal have en vis sproglig kompetence og kunne forstå og tale dansk sv.t. almindelig samtale.
Udholdenhed	Tilstrækkelig energi til at klare både transport og rehabiliteringsaktiviteter. Rehabiliteringstilbuddet omfatter ikke hjerneskaderamte med fremadskridende hjernesygdom, behandlingskrævende psykiske symptomer, misbrug, truende eller voldelig adfærd og svær somatisk sygdom.

III Samlet afvejning

Endelig visitation foretages på baggrund af en samlet afvejning i forhold til den enkelte persons behov samt i forhold til Hjerneskadecentrets samlede faglighed, personaleressourcer mv.

Illustration P: Visitationskriterier for Hjerneskadecentret (Aarhus Kommune, 2020a, s. 7)

Visitationskriterierne viser, at borgeren, trods den erhvervede hjerneskade, skal være relativt velfungerende; det kræver fx motivation, energi, en vis sproglig kompetence og en fysisk kunnen at indgå i et forløb på Hjerneskadecentret. I nedenstående underafsnit vil vi diskutere nogle af kriterierne for at belyse, hvordan de kan bidrage til potentiel ulige adgang til et forløb på Hjerneskadecentret.

Krav om sag ved Jobcentret

Forløbene på Hjerneskadecentret er erhvervsafklarende forløb, hvilket betyder, at borgerne skal have en aktiv sag i Jobcentret for at blive henvist (Aarhus Kommune, 2020a, s. 5). En hjerneskadekoordinator forklarer, hvorledes lovgivning har indflydelse på adgangen:

*"Du kan ikke få det [tilbud på Hjerneskadecentret], hvis ikke man er sygemeldt.
Altså man skal være omfattet af det, der hedder Lov om Aktiv Beskæftigelse,*

fordi det er en rammebevilling, der er givet under det. (...) for at sætte det op i perspektiv, hvis du er studerende for eksempel, så er du ikke. Så er man ikke omfattet.” (Informant 3).

Studerende er altså et eksempel på grupper, der udelukkes fra et forløb på Hjerneskadecentret. Det er problematisk, fordi studerende, ligesom borgere, der har en sag i Jobcentret, kan blive ramt af en hjerneskade. De kan derfor have lige så mange følger og lige så store behov for yderligere neurorehabilitering, men de udelukkes fra indsatsen, fordi de ikke passer ned i den politiske og organisatoriske kasse; kategorien af borgere, som tilbydes forløb på Hjerneskadecentret. Hjerneskadeteamet inkluderer dem i deres indsats og vil gerne hjælpe dem bedst muligt tilbage til studiet:

”Jeg har blandt andet en hel del studerende. Det, synes jeg også, er rigtig spændende at være inde i deres studieforløb og få dem tilbage bedst mulig i studie” (Informant 2).

Det kan være en udfordring, hvis de ikke kan få afdækket deres følger og evner efter hjerneskaden, når de ikke er omfattet af lovgivningen på beskæftigelsesområdet og derfor ikke kan henvises til et forløb på Hjerneskadecentret eller til andre indsatser på Jobcentret. Som studerende har man i lige så høj grad brug for at få afklaret erhvervsevnen som borgere, der skal tilbage i job, fordi de jo skal i arbejde efter afsluttet studie. På den måde bliver studerende ekskluderet fra adgang til et tilbud, som de potentielt kunne profitere af grundet Hjerneskadecentrets strukturelle krav. En forklaring kan ses med indsatsens organisatoriske placering. Som tidligere beskrevet i afsnittet om *den organisatoriske kontekst for casen*, er Hjerneskadecentret organisatorisk placeret under Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse. Det betyder, at det er Beskæftigelsesforvaltningen, der har det økonomiske ansvar for indsatsen. Derfor er der et erhvervsmæssigt formål med indsatserne, som man som studerende ikke hører under, da man er i uddannelse og ikke i beskæftigelse. Grundet disse organisatoriske krav, stilles gruppen af studerende, der rammes af en hjerneskade, ringere end borgere, der har en sag ved Jobcentret. Den eneste måde for en studerende at komme i betragtning til en plads på Hjerneskadecentret er at

droppe ud af studiet og melde sig ledig for på den måde at få oprettet en sag ved Jobcentret.

Krav om mobilitet

I Hjerneskadecentrets kriterier ses, at det kræver en vis grad af fysisk kompetence for at blive henvist til et forløb. Hvis man som borger ikke selv kan klare toiletbesøg og omklædning, udelukkes man fra forløb på Hjerneskadecentret. Som belyst kan en hjerneskade ramme kroppen på forskellig vis, så selvom man er hårdt ramt på fysikken, kan man godt være så kognitivt velfungerende, at man kan have behov for et forløb på Hjerneskadecentret og nogle af de rehabiliteringselementer, som man der får adgang til. Denne gruppe af borgere må derfor nøjes med virksomhedspraktik, hvilket ikke altid er nok for at afklare erhvervsevnen. De udelukkes fra et tilbud udelukkende på baggrund af fysisk formåen, selvom de kan være lige så motiverede og have gavn af rehabiliteringsindsatserne som de øvrige borgere. Og det må siges at være potentielt socialt ulighedsskabende for borgerne.

Krav om en vis sproglig kompetence

Der er desuden krav om, at man har en vis sproglig kompetence svarende til almindelig samtale på dansk. Kriteriet kan være rimeligt nok, fordi det fx kan være svært at lave en neuropsykologisk undersøgelse, hvis borgen ikke forstår, hvad neuropsykologen siger, eller hvis borgeren kan have svært ved at indgå i grupperelationer, fordi vedkommende ikke kan kommunikere med de andre borgere. Det må siges at være et socialt ulighedsskabende kriterie, da man som borger med følger efter erhvervet hjerneskade har lige så meget ret til og brug for den rehabilitering, som Hjerneskadecentret yder, uanset ens sprogkundskaber. Borgerne udelukkes pga. et kriterie, som på sin vis ville kunne imødekommes og støttes med tolkebistand. Men i stedet må disse borgere nøjes med virksomhedspraktik. Derfor mener vi, at der er risiko for, at borgerens behov for rehabilitering ikke er afgørende for, om borgeren indstilles til et forløb på Hjerneskadecentret.

Andre diagnosers indflydelse på adgang til Hjerneskadecentret

Et andet afgørende kriterie for, om en borger kan henvises til et forløb på Hjerneskadecentret er, at borgeren ikke har behandlingskrævende psykiske symptomer,

svær somatisk sygdom eller misbrug. Rehabiliteringsbanerne for borgere med disse problematikker påvirkes af sideløbende sygdomsbaner med andre diagnoser. Det skitseres i nedenstående illustration Q, hvor en sygdomsbane med psykisk sygdom påvirker *vurderingspunkt 2*:

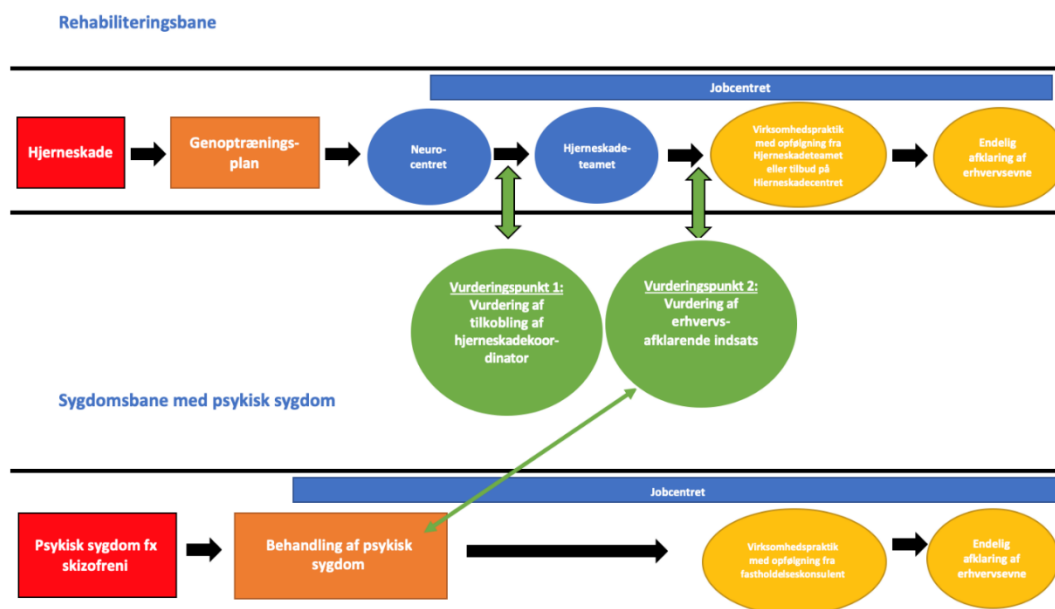


Illustration Q: Anden sygdomsbanes indflydelse på rehabiliteringsbanen

En hjerneskadecoordinator beskriver følgende om borgere, der afvises til et forløb på Hjerneskadecentret grundet misbrug eller psykisk lidelse:

" (...) jamen vi kan faktisk ikke rigtig vurdere noget ift. deres misbrug. Men vi kan jo se de her kognitive ting ift., hvad er det for en skade, vedkommende har. Men ikke mindst hvordan fungerede vedkommende, inden de fik den her skade, fordi der er jo rigtig mange, altså både misbrugsproblematikker, ADHD-diagnoser, depression og psykiatriske vanskeligheder af anden karakter, som også kan give kognitive vanskeligheder. Så der går vi jo rigtig meget ind og siger: Jamen vi kan ikke sige, hvad for nogle af de her kognitive vanskeligheder, der decideret skyldes vedkommendes skade, men vi kan bare se, at han kunne fungere, eller hun kunne fungere med de vanskeligheder, de havde, inden de fik den her skade. Og nu har de så fået en skade, så måske er skaden i

virkeligheden bare dråben, der fik bægeret til at flyde over et eller andet sted (...).” (Informant 3).

Det kan altså være svært at adskille, hvilke kognitive vanskeligheder der kan skyldes den erhvervede hjerneskade, og hvilke der kan stamme fra andre diagnoser. Når denne gruppe af borgere ikke får adgang til Hjerneskadecentret grundet fx psykisk sygdom, så er de dobbelt ramt. De har nu følger efter to sygdomme og er i risiko for at blive afvist til indsatser i begge regi, da følgerne minder meget om hinanden og ikke kan adskilles. En terapeut beskriver, hvordan de overlader dem til Jobcentret:

“Interviewer: Har du nogle oplevelser med borgerforløb, hvor borgeren er ramt af en erhvervet hjerneskade, men som også har nogle andre sociale problemer fx behandlingskrævende psykisk sygdom eller misbrug, som gør at sagen bliver meget kompleks og de, ifølge kriterierne i Hjerneskadecentret ikke kan modtage tilbud derovre fra. Hvad gør man så med sådan nogle borgere?”

Informant: Jamen, det er også de svære altså, og det er jo også dem, hvor der tit er en historik, også ind i Jobcentret, altså. Så der er jo tit en jobkonsulent, der kender dem måske i en lang periode, ikke? Så der... ja hvad gør vi? Det er at sende dem tilbage i jobcentreregi, altså. Og så er det dem, der skal jonglere med det. Det tænker jeg.” (Informant 5).

En gruppe borgere, som i forvejen var udsatte, er nu i højere grad udsatte, fordi de har endnu mere brug for støtte og hjælp end mennesker, der 'kun' har følger efter hjerneskade. Og når de ekskluderes fra denne indsats, står de blot tilbage i samme situation som før men med muligvis flere sociale problemer som konsekvens af den erhvervet hjerneskade. Dog fortæller en hjerneskadekoordinator, at de laver en individuel vurdering af, hvor meget den sideløbende diagnose påvirker borgeren:

“Vi går jo altid ind og vurderer: Er hjerneskadeproblematikken den primære og den dominerende? For det er jo ikke fordi, at hvis man har en velbehandlet depression eller bipolar lidelse eller et eller andet, og man så får en

hjerneskade, at man aldrig kan komme på Hjerneskadecentret. Altså man går ind og vurderer, hvad er det dominerende her.” (Informant 3).

Det er relevant at vurdere, om borgeren er klar til at starte i et forløb på Hjerneskadecentret, og som det ses ovenfor, så er en anden diagnose ikke ensbetydende med, at man aldrig kan blive henvist til et forløb, men at det skal igangsættes på det rette tidspunkt. Helt overordnet kan man sige, at både de individuelle vurderinger og kriterieriet om diagnoser bruges til at luge ud i, hvem der kan få adgang til Hjerneskadecentret. Det gøres, da de i samspil konstruerer en bestemt type borgere, som passer ned i de snævre rammer, der udgør Hjerneskadecentret. Ved at luge ud i hvem der skal tilbydes et forløb, øger man også sandsynligheden for, at Hjerneskadecentret får succes med deres forløb, da de borgere der henvises, har størst sandsynlighed for at få et godt resultat efter forløbet.

I næste afsnit analyserer vi konsekvensen af det begrænsede antal pladser på Hjerneskadecentret, som medvirker til, at de professionelle skal vurdere, hvem der kan få en plads på hjerneskadecentret. De individuelle vurderinger udgør på den måde den sidste sluse, som borgeren skal igennem.

Er der plads til alle på Hjerneskadecentret?

I modsætning til Hjerneskadeteamet er der på Hjerneskadecentret et begrænset antal pladser. Det har indflydelse på visitationerne, og her kommer de professionelles individuelle vurderinger ind i billedet. Ifølge Hjerneskadeteamet er der årligt 31 pladser fordelt på de to forløb; 15 pladser på det intensive forløb og 16 pladser på det fleksible forløb, som begge har opstart af små hold hver 8. uge (bilag 8). Som tidligere nævnt henvises borgere til Hjerneskadecentret gennem Hjerneskadeteamet. Det er derfor kun borgere tilkoblet Hjerneskadeteamet, der kan være potentielle kandidater til de 31 pladser. En opgørelse fra Hjerneskadeteamet viser, at man i de sidste to år har haft 312 borgerforløb - altså i gennemsnit 156 borgerforløb om året (bilag 9). Hjerneskadeteamet har skullet vurdere, hvem af de 156 borgere, der er kandidater til de 31 pladser på Hjerneskadecentret. I illustration R viser vi, hvordan slusefunktionen er effektiv i at sortere i borgerne, fra de starter på Neurocentret, og til nogle få af dem ender på Hjerneskadecentret.

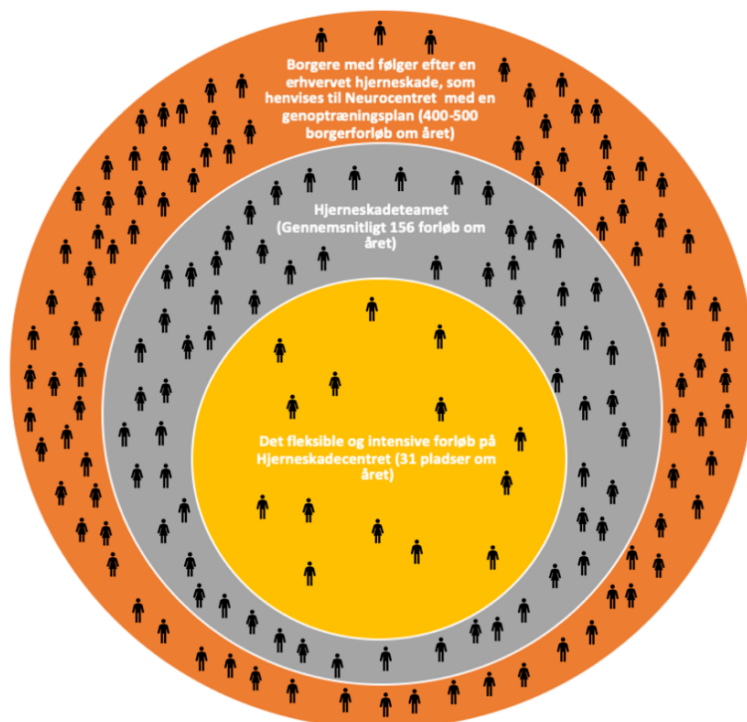


Illustration R: Slusefunktion fra Neurocentret til Hjerneskadecentret

Det er dog ikke givet, at alle 156 borgere har behov for en plads på Hjerneskadecentret. Hjerneskadeteamet har fx også tilknyttet borgere, der allerede har fået afklaret deres erhvervsevne, er pensionerede, eller som ikke ønsker denne indsats. Der er dog stadig stor forskel på antallet af borgerforløb og antallet af pladser på Hjerneskadecentret, og vi undrer os over, hvordan dette regnestykke år efter år går op. Den individuelle vurdering nævnes som noget, der ligger til grund for, hvem der skal have en plads på Hjerneskadecentret. Men kunne det også handle om, at hjerneskadekoordinatorerne er 'tvunget' til at lave disse individuelle vurderinger, netop fordi antallet af pladser er så begrænset? Og ender de med at sidde med disse vurderinger, fordi politikerne ikke er glade for offentligt at indrømme, at der må foretages vanskelige valg, når ikke økonomien er til, at alle kan få Rolls Royce-modellen? Og at det er politisk besluttet, at det kun er borgere tilknyttet arbejdsmarkedet, der har adgang til denne indsats. Når alternativet til et forløb på Hjerneskadecentret er en virksomhedspraktik, hvor borgerne ikke får en specialiseret neurorehabiliteringsindsats, giver det mening, at de professionelle undviger at tale højt om, at der er borgere med behov for denne indsats, der vælges fra, fordi der ikke er pladser nok. Det er altså de strukturelle rammer, der skaber de individuelle vurderinger og ikke kun borgerens behov for et forløb på Hjerneskadecentret, da der ikke er ressourcer nok til, at alle kan få alt.

De individuelle vurderinger afgør borgerens erhvervsafklarende indsats

Som vist i ovenstående afsnit er både kriterier for adgang til Hjerneskadecentret og antallet af pladser centrale elementer i vurderingen af, hvilken erhvervsafklarende indsats borgeren får tilbudt. Udvælgelsen af borgere til de 31 pladser sker ikke kun vha. kriterierne, da det er usandsynligt, at kriterierne lige præcis efterlader 31 borgere tilbage. Hvis fx 50 borgere er indenfor kriterierne, hvem får så en plads? I sidste ende er det derfor hjerneskadekoordinatorernes individuelle vurderinger, som afgør, hvilke borgere der får en plads på Hjerneskadecentret.

"Er det Henning eller Bent, der skal ind nu?"

Hjerneskadeteamet vurderer, hvem der er kandidat og dermed indstilles til et forløb på Hjerneskadecentret. Og som en ergoterapeut fortæller her, kan det ske i samarbejde med terapeuterne fra Neurocentret:

"Jeg synes oftest, at det er i dialog mellem ergoterapeuten og/eller fysioterapeuten og hjerneskadekoordinatorerne. Men så har hjerneskadekoordinatorerne... så skriver de jo dem, at de tænker, der er potentielt hjerneskadecenterkandidater på sådan en liste, og så har de et møde. Jeg mener, at det er en gang om måneden, hvor de vender dem og får kigget på: 'Jamen, hvad tænker I om det her, altså Hjerneskadecentret' og de kigger også ind i, jamen hvor mange har vi reelt at give af, og hvor mange har vi, der har behovet? Og... så der er ligesom sådan to step i det. Altså Neurocentret og hjerneskadekoordinatorerne imellem hvor vi laver et fagligt skøn selvfølgelig sammen med borgerne, og så ligesom så tager hjerneskadekoordinatorerne ligesom med ind i det der møderegi sammen med Hjerneskadecentret, hvor der både er noget... Ja, både noget med rammerne, altså noget med praktikken: 'Hvad kan lade sig gøre, hvad har vi af pladser?'. "
(Informant 4).

Citatet fortæller noget centralt om udvælgelsen af borgerne: når kandidater skal udvælges til et forløb på Hjerneskadecentret, så handler det om at lave individuelle vurderinger efter, hvad der kan lade sig gøre ift. pladser og praktikken.

Citater, der belyser vurderingen og diskussionen af, hvem der skal have en plads på et forløb på Hjerneskadecentret, har vi samlet i nedenstående skema:

Informant 2	<i>"Men det er i dialog så sammen med teamet der, så vi hele tiden er på forkant med, jamen hvem har mest behov for eksempel lige nu, hvis der kun er et x antal pladser. Er der så noget, der giver mere mening, ved at vi venter, eller skal den ene ind før eller hvordan? Så, så ja, vi har på den måde bevilling til, at vi kan bringe sagen direkte videre med, men det er igen i dialog med ens team, fordi der er jo flere borgere, der kommer i spil."</i>
	<i>"Interviewer: Er I nødt til ligesom at diskutere, hvem der har mest behov for den her plads? Det kunne jo så godt være på Hjerneskadecenteret. Hvordan drøfter man det og argumenterer for det ene og det andet? Informant: Jamen, det er simpelthen ved, at vi har som sagt hver måned, der har vi... Den første onsdag i hver måned har vi konference med Hjerneskadecentret, og inden der så er nye forløb, der starter op. Der har vi så i vores team et møde, sådan så at det ikke er noget, der skal sidde og aftales først på konferencen, men så har vi et lille møde, kan man sige. Et lille for-hjerneskadecentermøde, hvor vi drøfter de konkrete kandidater og særligt, hvis der er udfordringer i forhold til, hvem skal vi tilbyde en plads hvornår. Hvordan giver det mening og så videre. Der er nogen, hvor det giver rigtig god mening, at nogen lige kommer ud og prøver sig selv lidt af først for eksempel (...)."</i>
	<i>"Interviewer: Så det er ikke sådan, at alle borgere kan få adgang til alle tilbud? Informant: Altså, det er sjældent, vil jeg sige, at der ikke lige er plads, men det..., og det skal jo heller ikke lyde negativt på den måde, at der ikke er plads. Men nogle gange, så... Jeg vil hellere vende det om og sige, at vi individuelt vurderer, hvornår borgeren er klar. Det skal mere høres på den måde, sådan det ikke høres... Jeg kan godt høre, at jeg sidder og siger det som om jo..., at borgeren får det måske ikke nødvendigvis der, hvor vedkommende ønsker det. Men der er jo løbende optag. Tidligere var det hver halve år, og det er det ikke mere. Nu er det tre gange om året, så det... så jeg synes, at vi får lagt en god glidende plan for det optag, der er."</i>
	<i>"Og det er ikke fordi, at man ikke kan få det tildelt. Det er en individuel vurdering fra sag til sag, hvad der giver mest mening, og hvad borgeren har behov for."</i>
Informant 4	<i>" (...) Og jeg håber, at det skinner igennem hver gang, jeg siger det, at det er jo fordi, at det er det individuelle skøn, der er i borgerforløbene. Det er jo det, jeg håber, det siger, selvom vi selvfølgelig har en ramme."</i>
	<i>Men også den faglige dialog: "Jamen hvis vi kun har de her to pladser, er det så Henning eller Bent, der skal ind nu, eller har han faktisk bedre gavn af lige at</i>

	<i>strække det lidt mere og give det lidt mere energi på det forløb, han har på Neurocentret, og så kan det andet komme bagefter eller hvad?"</i>
Informant 5	<i>"Interviewer: Vil du så sige, om alle borgere kan få adgang til alle indsatser og tilbud, som I har i kommunen, ift. når de nu er ramt af en hjerneskade?"</i> <i>Informant: Det vil jeg jo gerne sige ja til, men... men det er jo afhængig af deres situation, det er jo ikke alle, der kan magte det, og hvis der er andre ting, der fylder mere, så få de jo ikke de tilbud, kan man sige. Men... for mig er det i hvert fald... for mig har jeg det sådan, jeg skal altid overveje hjerneskadekoordinator og Hjerneskadecentret. Jeg er med på, at jeg ikke kan vælge Hjerneskadecentret, men skal... den skal altid lige poppe op. Og det prøver jeg at gøre ved alle mine borgere... det er sådan en regel. Og ja... så er det nok ikke alle, der helt får det helt samme tilbud afhængig af deres situation... sådan er det, tænker jeg."</i>

I citaterne træder de professionelles individuelle vurderinger frem på tværs af datamaterialet som det helt centrale. Citaterne rummer flere vigtige elementer med relevans for vores analyse: 1) Hvem skal tilbydes en plads hvornår? 2) Manglende pladser er negativt, og sådan skal det jo ikke lyde. 3) Vi vurderer individuelt, hvornår borgeren er klar. 4) Der laves individuelle skøn dog under rammer, og 5) Ikke alle får det samme tilbud afhængigt af deres situation.

Det er tydeligt, at de professionelle helst ikke vil komme ind på den potentielle sociale ulighed, de organisatoriske kriterier og strukturelle rammer skaber, for *"det skal jo ikke lyde negativt"*. I fællesdiskussionen om, hvordan pladserne skal fordeles mellem borgerne, får de professionelle italesat det som borgerens behov at vente med opstarten af forløbet. De fortæller, at nogle borgeres behov kan være *"at komme ud og prøve sig selv lidt af først"*, eller de vurderer, at Hjerneskadecentret ikke er en mulighed, *"hvis der er andre ting, der fylder mere"*. I vores optik er det en måde at få puslespillet med antallet af pladser og borgere til at gå op og dermed legitimere de begrænsninger, som de strukturelle rammer sætter. Nogle borgere har mere gavn af at *"strække det lidt mere og give det noget mere tid"*, og de professionelle får på den måde flyttet fokus fra de strukturelle rammer og begrænsningerne i dem og over på, at de har borgerens behov for øje. De er underlagt strukturelle rammer, og da det i sidste ende er de professionelle, der skal tage beslutningen om fordeling af pladser, må de finde en forklaring, som både de selv og borgeren kan acceptere, og ved at italesætte det som borgerens behov, er det nemmere for dem at stå ved beslutningen. Dilemmaet opstår især, når der skal udvælges borgere til de 31 tilgængelige pladser. De vil gerne fortælle den gode historie om, at de tager hensyn til den

enkelte borger. De professionelle skjuler altså den potentielle sociale ulighed ved at pakke kriterier og strukturelle rammer ind i hensyn til individuelle vurderinger. I sidste ende har det dog samme konsekvens: Flere borgere, som kunne have behov for et forløb på Hjerneskadecentret, får ikke muligheden:

"Informant: (...) Der er helt sikkert noget udvælgelse, ift. hvor mange pladser der er, og hvem skal så have de pladser. Og ja, jeg tror jeg [ergoterapeut] har flere, som jeg tænker godt kunne have haft brug for et tilbud. Det er mere i den retning, end at folk får ét, hvor de så ikke havde brug for det. Jeg tænker, der er flere, der ikke får, hvor jeg kan sidde og tænke 'ej, det kunne have været godt', ja.

Interviewer: Og hvad får de så i stedet for, ved du det?

Informant: De får opfølgning ved hjerneskadekoordinatorerne og fastholdelseskonsulent, ja.

Interviewer: Så det er sådan de to ting, der er at vælge imellem eller de to veje, der er at gå?

Informant: Ja, sådan lidt groft sagt selvfølgelig, det tænker jeg, at så er det jo... altså, hvis ikke de kommer på Hjerneskadecentret, hvor der ligesom et helt andet stillads omkring dem, så er det jo, at det er Jobcentret, der sådan primært skal følge op på den længere bane. Og så afhængig af hvor meget eller lidt der er brug for koordinatorerne, så er de der også til at følge op."
(Informant 5).

Konsekvensen er, at borgere, der kunne have et behov for et forløb på Hjerneskadecentret, muligvis fravælges. Det påvirker deres fremtidige liv, da de ikke har samme "stillads" omkring dem, og det er potentielt socialt ulighedsskabende. Når der over et år kun er plads til en femtedel af Hjerneskadeteamets borgere på de to forløb på Hjerneskadecentret, vil den individuelle vurdering unægtelig være påvirket af det begrænsede antal pladser, Aarhus Kommune har valgt at tilbyde på Hjerneskadecentret. De professionelle får altså borgernes behov til at gå op med de strukturelle rammer og de økonomiske rammebetingelser, de er underlagt.

Forestillingen om "den rigtige borger"

Empirien viser, at der i udvælgelsen af borgere til forløb på Hjerneskadecentret er en form for usynlige kriterier, når pladserne skal fordeles. De viser sig ikke kun, når kompleksiteten i borgerens situation har betydning, men også ift. arbejdet, vedkommende skal tilbage til. En hjerneskadekoordinator beskriver den individuelle vurdering i relation til borgernes arbejde:

" (...) Det er det, der gør vores job, synes jeg, rigtig spændende, fordi det simpelthen er individuel vurderet. Og det er rigtig meget, om du sidder i for eksempel i et kæmpe... Ej, nu skal det heller ikke lyde, som om... Vi har jo alt lige fra direktører også til håndværkere til, hvad ved jeg, til ledige ogsåovre på Hjerneskadecentret, men vi vurderer det fra sag til sag. Er det, hvor der er en større kompleksitet, som gør, at det er det, du har brug, eller er det, fordi at du for eksempel sidder i job, hvor du har så mange bolde i luften, eller har en chefstilling eller whatever et eller andet ikke også, som gør, at du... at det for eksempel... Det er sådan lidt groft tegnet ud, men er du for eksempel håndværker, jamen så kan det være, at det slet ikke giver mening for dig at komme over på Hjerneskadecentret. Så giver det meget mere mening, at du kommer ud og får hands-on, ud og prøver dig af det i praktiske, og så er det den vej omkring." (Informant 2).

I Hjerneskadecentrets pjece (Aarhus Kommune, 2020a) fremgår det ikke, at forløbene er rettet mod borgere med bestemte typer jobs. Ud fra pjecen vil håndværkeren og direktøren have samme mulighed for at få et forløb, men citatet ovenfor viser, at det ikke altid er tilfældet, og den individuelle vurdering bliver dermed et usynligt kriterie, borgeren vejes op imod. Der konstrueres i samspillet mellem interview- og dokumentempirien en forestilling om en bestemt type borger, der typisk får tilbudt et forløb på Hjerneskadecentret. Forestillingen viser sig i kriterierne som en borger, der fx taler godt dansk, er motiveret, ikke har andre diagnoser og i de professionelles individuelle vurderinger betegnes borgeren som én, der har mange bolde i luften eller sidder i en chefstilling. En ergoterapeut beskriver forestillingen således:

”Er det praktikerer, altså smeden, som altid har været rigtig dygtig med sine hænder, så oplever vi i hvert fald tit, at så er det mere det der med at gå, hvad hedder det, gå den praktiske vej og gå den vej og blive klogere sammen med borgeren, end det er at gå sådan... Det lyder forkert og sige, at Hjerneskadecentret er den teoretiske vej, men det er det alligevel lidt, ikke også. Så det er også, hvad det er for en arbejdsbaggrund, man har. Så der er forskellige, altså, der er forskellige håndgreb i forhold til, hvad borgeren rigtig gerne vil, ikke?” (Informant 4).

Forestillingen tyder på, at indholdet i forløbene mere henvender sig til borgere, der har et mere “teoretisk” arbejde, og derfor er der større sandsynlighed for, at direktøren henvises, og at denne type borger og Hjerneskadecentret får succes med et forløb. Succesen er både borgeren, Hjerneskadecentret og Hjerneskadeteamet interesseret i at opnå, da det betyder et vellykket neurorehabiliteringsforløb for borgeren og positiv omtale for de to indsatser. Den konstruerede forestilling skaber sammen med kriterierne kandidater til Hjerneskadecentret, som ses som relativt ressourcestærke på trods af den erhvervede hjerneskade. I nedenstående illustration 5 forsøger vi at vise, hvordan vi forstår denne konstruktion:

- Jeg er over 18 år og har:
- Komplekse følger efter en specifik erhvervet hjerneskade
 - En sag ved Jobcentret
 - Tilknyttet en hjerneskadekoordinator
 - Før hjerneskaden haft et job med mange bolde i luften

- Jeg kan:
- Tale dansk svarende til hverdagssprog
 - Selv klare toiletbesøg, omklædning og personlig hygiejne

- Jeg er/har trods min hjerneskade:
- Motiveret for et forløb
 - Klar til et forløb på det rette tidspunkt
 - Sygdomsindsigt
 - Energi til et forløb

- Jeg har ikke:
- Et misbrug
 - En behandlingskrævende psykisk lidelse eller anden alvorlig sygdom

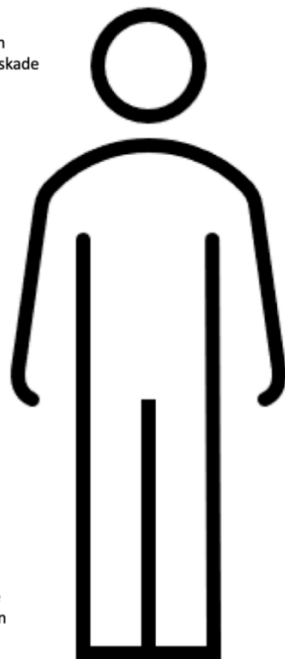


Illustration 5: En typisk borger som bliver visiteret til et forløb på Hjerneskadecentret

Ud fra forestillingen om borgeren udvælger de professionelle hvem, der skal henvises til et forløb på Hjerneskadecentret vha. en individuel vurdering. De strukturelle rammer tvinger de professionelle til at lave disse vurderinger, da der kun er et bestemt antal pladser, og derfor er de rent organisatorisk pålagt denne opgave. Analysen af *vurderingspunkt 2* bidrager dermed med perspektiver på, hvordan vurderingerne potentielt kan medføre social ulighed for borgerne, når de også sammenholdes med de strukturelle rammer.

5.2.3.3 Delkonklusion tredje analysedel

I **tredje analysedel** har vi med fokus på de to vurderingspunkter analyseret sammenhængen mellem de strukturelle rammer og de individuelle vurderinger, og hvordan det har indflydelse på adgangen til indsatser i neurorehabiliteringsforløb. Den sociale ulighed findes i dette analyseafsnit ved, at det ikke er alle borgere, der får tilkøbt en hjerneskadekoordinator, som kan hjælpe dem med at navigere i det komplekse kommunale system, ligesom ikke alle borgere kan få et forløb på hjerneskadecentret.

I *vurderingspunkt 1* opstår potentiel social ulighed for borgere i neurorehabiliteringsforløb på grund af kriterier for adgang til Hjerneskadeteamet og de individuelle vurderinger, terapeuterne laver, når de skal vurdere, om en borger skal henvises til Hjerneskadeteamet, samt hvis borgerens henvisning afvises i Hjerneskadeteamet. Den sociale ulighed består i, at det har konsekvenser for borgerens neurorehabiliteringsforløb, om der tilknyttes en hjerneskadekoordinator, da de koordinerer borgerens forløb på tværs af kommunen og fordi adgang til Hjerneskadecentret kun kan ske via Hjerneskadeteamet. Især kriterierne er en væsentlig potentiel årsag til social ulighed, da de rammesætter de individuelle vurderinger, terapeuterne laver. Komplexiteten af borgerens forløb og borgerens diagnose har også stor betydning for, om Hjerneskadeteamet tilknyttes et forløb, og vi viser, at afklaring af arbejdsevnen vejer tungt, når det besluttet, om en borger skal have en hjerneskadekoordinator tilknyttet.

Analysen af *vurderingspunkt 2* viser, at de strukturelle rammer i form af kriterier for Hjerneskadecentret og et begrænset antal pladser foranlediger en individuel vurdering af, hvem der kan blive henvist til et forløb på Hjerneskadecentret. Det betyder, at kun nogle borgere bliver henvist til et tilbud på Hjerneskadecentret, mens resten sendes direkte ud i

virksomhedspraktik. Hvis man visiteres til et tilbud på Hjerneskadecentret, får man ekstra støtte, udredning, træning og dermed en ekstra neurorehabiliteringsindsats, hvorfor det må anses for at være et attraktivt tilbud for borgerne. Analysen af de opstillede kriterier for adgang til Hjerneskadecentret viser, at de ikke rummer *alle* borgernes behov, men kun behovene hos de borgere, der inkluderes af kriterierne. Studerende ekskluderes på grund af krav om sag ved Jobcentret, og andre borgere ekskluderes fx på baggrund af kriterier om mobilitet, sproglig kompetence ift. at tale dansk eller behandlingskrævende psykisk diagnose. Hjerneskadecentret har som sagt et begrænset antal pladser, og i fordelingen af disse er de professionelle tvunget til at få borgernes behov til at gå op med de strukturelle rammer og kriterier vha. en individuel vurdering. De strukturelle rammer og kriterier skjules derfor, da de pakkes ind i de individuelle vurderinger. Analysen viser også, at det ikke kun er kompleksiteten i borgerens forløb og borgerens behov, der er afgørende for, om de henvises til Hjerneskadecentret. Det er også afgørende, hvilket job borgeren skal tilbage til, ligesom der konstrueres en bestemt forestilling frem om, hvilke borgere der bedst passer ind i Hjerneskadecentrets tilbud. Ud fra analysen kan borgere, der passer ind i den gyldne standard, tolkes som primært værende i udfordrende jobs med gode sprogkunderskaber og har på trods af hjerneskaden motivation, selvindsigt, energi, en vis mobilitet og ingen anden alvorlig sygdom. Det er altså borgere med visse ressourcer, der kan få adgang til et forløb, og det er potentielt med til at skabe social ulighed.

6 Konklusion

I specialet har vi undersøgt, hvilken indflydelse de strukturelle rammer og professionelles vurderinger har for potentiel social ulighed for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i kommunale neurorehabiliteringsforløb. Vi har i analysen fundet, at de strukturelle rammer i form af kriterier for adgang til indsatser og et begrænset antal pladser på Hjerneskadecentret har væsentlig indflydelse på potentiel social ulighed. Kriterierne er med til at definere, hvem der får og *IKKE* får adgang til neurorehabiliteringsindsatser. Adgangen til disse indsatser er vigtig for borgernes neurorehabiliteringsforløb, da de har betydning for, hvilken retning borgernes rehabiliteringsbane får, og fordi adgang til en hjerneskadekoordinator kan give yderligere adgang til attraktive pladser på

Hjerneskadecentret. Borgere kan afvises til indsatser alene på grund af kriterierne, men ofte spiller de professionelles vurderinger også en stor rolle.

Vi finder, at de professionelle i to identificerede vurderingspunkter skal afgøre, hvilke borgere der skal henvises videre til yderligere rehabiliteringsindsatser, som er Hjerneskadeteamet og Hjerneskadecentret. De professionelle tager udgangspunkt i både indsatsernes kriterier og i den individuelle borger, når de skal vurdere, om en borger skal henvises. Den individuelle vurdering er derfor endnu en faktor, der potentielt kan skabe sociale ulighed. De professionelle er især tvunget til at lave disse individuelle vurderinger, når der skal udvælges borgere til de 31 pladser på Hjerneskadecentret, og vi finder, at de professionelle i vurderingerne får borgernes behov til at passe med de strukturelle rammer.

Den potentielle sociale ulighed består i, at alternativet til et erhvervsafklarende forløb på Hjerneskadecentret er en virksomhedspraktik, hvor borgerne ikke får yderligere neurorehabilitering, som de gør på forløbene på Hjerneskadecentret. Det begrænsede antal pladser er i sig selv en potentielt ulighedsskabende faktor, da det ikke ville være nødvendigt at udvælge borgere, hvis der var plads nok til alle, der havde behov for et tilbud på hjerneskadecentret. Vi finder desuden, at der bliver konstrueret en forestilling om en bestemt type borger som den "rigtige" borger, der passer ind i Hjerneskadecentrets forløb. Ud fra denne forestilling laves den endelige udvælgelse af de borgere, som får et forløb på Hjerneskadecentret. I specialet viser vi derfor, at både de strukturelle rammer og professionelles vurderinger kan have indflydelse på potentiel social ulighed for borgere med følger efter erhvervet hjerneskade i kommunale neurorehabiliteringsforløb.

7 Diskussion af specialets kvalitet

I dette afsnit diskuterer vi kvaliteten af specialet med fokus på metode, analyse og resultater. En kvalitativ forskningsproces anses for at være cirkulær, hvorfor man gennem processen gør sig overvejelser ud fra sin forforståelse, forskningsspørgsmålet, del- og analyseresultaterne (Pedersen, 2012, s. 227). Det karakteriserer også dette speciale, da vi i vores metodiske overvejelser og analysen har reflekteret over til- og fravalg samt vores undringer. Nedenstående afsnit er derfor en mere overordnet diskussion af kvaliteten af

specialet, hvor vi vælger at bruge begreberne gyldighed, pålidelighed, gennemsigtighed og anvendelighed.

Formålet med specialet, jf. vores socialkonstruktivistiske ståsted, er ikke at finde sandheden om virkeligheden eller det fænomen, vi har undersøgt. Det er derfor ikke formålet med vurderingen af den videnskabelige kvalitet at afgøre, om fundene er en korrekt beskrivelse af virkeligheden, da den skabes gennem social interaktion og sproget (Pedersen, 2012, s. 227–229). Formålet er at skabe ny viden, som skaber bevidsthed om, at det, vi opfatter som virkeligheden, kan være anderledes (Pedersen, 2012, s. 229).

7.1 Gyldighed

Gyldighed handler om, man er lykkedes med at opnå relevant og gyldig viden om det fænomen, man ønskede at undersøge, og om man har undersøgt dét, ens problemstilling omhandler (Monrad & Olesen, 2018, s. 299–300). For at vurdere dette, må man se på sammenhængen mellem datamaterialet og fænomenet, som datamaterialet skal sige noget om (ibid.). Specialet har til formål at undersøge potentiel social ulighed i neurorehabilitering i form af potentiel ulige adgang. Vi har konkretiseret, hvilke elementer vi har fokus på i de strukturelle rammer og afgrænset de professionelles vurderinger til at omhandle to vurderinger. Disse konkretiseringer og afgrænsninger bidrager til, at vi lykkes med at opnå viden om vores udvalgte fænomen.

Vi har med vores valg af interview- og dokumentempiri opnået en bred viden om fænomenet. De to udvalgte empiriformer supplerer hinanden, da dokumenterne bidrager med objektiv viden om de strukturelle rammer, som suppleres af informanternes uddybninger og egne refleksioner over vurderinger. Vi har kun udvalgt dokumenter og informanter, som har kunnet bidrage til besvarelsen af problemformuleringen. Det gør den viden, vi har opnået mere gyldig. Det kan diskuteres, om datasættet er mættet i tilstrækkelig grad, da vi kun har fem informanter og fire dokumenter som empirikilde. Vi forsøgte at skaffe flere informanter og dokumenter, men det var ikke muligt grundet afdelingernes begrænsede tidsressourcer og manglen på eksistensen af flere relevante

dokumenter. Vi er bevidste om, at vi med et større datasæt kunne have fået flere nuancer og perspektiver på fænomenet og den virkelighed, der fremtræder gennem empirien.

7.2 Pålidelighed

Pålidelighed omhandler, hvor nøjagtig og præcis ens undersøgelse er med fokus på gennemførelse af datatilvirkning- og bearbejdning (Monrad & Olesen, 2018, s. 302). Vi har indhentet empiri fra flere forskellige afdelinger, hvilket bidrager til nuanceret viden og flere perspektiver på det undersøgte fænomen, hvilket styrker nøjagtigheden. I interviewene tog vi udgangspunkt i samme interviewguide. Da det var semistrukturerede interview, blev interviewene og de udforskende spørgsmål ikke ens, fordi vi valgte at følge informanternes udsagn, hvilket kan diskuteres at svække nøjagtigheden. På den anden side vil det fremstå mindre pålideligt ikke at følge informanternes udsagn, da informanternes egen virkelighed så ikke ville få lov at træde frem. Pålideligheden kan også diskuteres med afsæt i, at den udformede interviewguide lagde vægt på at spørge informanterne om samarbejdet mellem afdelingerne og den overordnede organisering, hvilket specialet endte med ikke at have fokus på. Empirien viste, at det ikke var det centrale, hvorfor specialet skiftede fokus. Det kan dog anses at styrke pålideligheden, at vi lod os styre af informanternes svar i stedet for vores antagelser om fænomenet. I databearbejdningen forholdt vi os åbne og lod informanternes udsagn styre kodningen. I kraft af vores abduktive tilgang, udvalgte vi først den teoretiske begrebsramme efter kodningen af dataene. Temaerne, vi fandt i empirien, kunne ikke analyseres med hele teorier, hvorfor vi kun udvalgte præcis de teoretiske begreber, som var relevante. Det gør analysen mere fokuseret og pålidelig. Hvis specialet havde større omfang, kunne man have inddraget flere af de temaer, vi fandt i empirien, hvorfor også den teoretiske ramme ville være blevet udvidet. Vi kan på den baggrund kun sige noget om de temaer, vi har udvalgt; de specifikke elementer i de strukturelle rammer og de professionelles vurderinger.

Som tidligere nævnt i specialet har ét af gruppemedlemmerne tidligere arbejdet inden for feltet og i to af de fire inkluderede afdelinger, hvilket kan påvirkelig pålideligheden. Vi havde en forforståelse af, at neurorehabiliteringsområdet er et ressourcefyldt område, og at historien herom primært er positiv. Vi er bevidste om, at det kan have påvirket

vidensproduktionen, men vi ved som socialkonstruktivister, at forskeren er medproducent af data og ikke kan undgå denne påvirkning. Vi har derfor fremlagt vores forforståelser og undringer og har brugt dem aktivt og bevidstgjort læseren om dem.

7.3 Gennemsigtighed

Gennemsigtighed er et vigtigt valideringskriterie, for det skal være tydeligt og gennemsommeligt, hvordan vi som forskere er kommet frem til resultaterne (Pedersen, 2012, s. 228). I specialet har vi gennem hele processen fremstillet vores metodiske overvejelser samt til- og fravalg. Vi har hele tiden forholdt os til konsekvenserne af vores valg og beskrevet indvirkninger heraf. Vi har gennemsigtiggjort vores proces ved at beskrive og synliggøre fx vores valg af aktører og indsnævring af casens organisatoriske kontekst. Ved fremlæggelse af alle vores metodiske valg og begrundelser herfor giver det læseren mulighed for at tage stilling til, om vores valg er velbegrundede. Trods den transparente proces er vi bevidste om, jf. socialkonstruktivistiske ståsted, at processen ikke kan gennemføres med fuldstændig samme resultat. Processen vil altid blive påvirket af den person og de sociale interaktioner, som sker i dataindsamling og databearbejdningen (Pedersen, 2012, s. 227). Ligeledes vil forskningsprocessen blive influeret af, at den kvalitative forskningsproces er cirkulær (ibid.).

7.4 Anvendelighed

Anvendelighed handler om, at ens resultater er anvendelige i forhold til andre personer eller kontekster (Monrad & Olesen, 2018, s. 307). Valget af casestudie som forskningsdesign har bidraget til en afgrænsning af konteksten for undersøgelsen, hvilket kan diskuteres at påvirke anvendeligheden. Vi ser dog vores udvalgte case som et eksempel på, at strukturelle rammer og professionelles vurderinger har indflydelse på, at der potentielt kan skabes social ulighed. Vi argumenterer således for, at strukturelle rammer og professionelles vurderinger har indflydelse på potentiel social ulighed på andre områder inden for det sociale arbejdes område, men også på sundhedsområdet i både kommuner og regioner, når velfærdsydelser skal fordeles mellem borgere.

8 Perspektivering

I dette afsnit diskuterer og perspektiverer vi specialets fund ift. socialt arbejdes praksis, sociale problemer og forskning indenfor det sociale arbejde.

8.1 Socialt arbejdes praksis

Når vi i specialet belyser potentiel social ulighed, kan det være med til at skabe refleksion over, at der selv i ressourcefyldte områder i det sociale arbejdes praksis potentielt kan være social ulighed. Selvom vi som praktikere tror, vi handler ud fra borgernes behov, så viser fundene, at vi i høj grad er styret af strukturelle rammer for vores arbejde – Og måske mere end vi er bevidste om. Derfor må vi som professionelle være opmærksomme på, at strukturelle rammer kan være begrænsende og medbestemmende for, at vi kun til en vis grad kan foretage individuelle vurderinger. Men også i de individuelle vurderinger, kan der være indlejret en potentiel social ulighed, da hver vurdering påvirkes af individorienterede faktorer. De professionelle kan fx have en dårlig dag, blive påvirket af borgerens situation eller have præferencer, som vil påvirke den professionelles vurdering. Professionelles vurderinger er dog vigtige, da de i højere grad kan tage højde for borgernes kompleksitet, det helhedsorienterede blik, og fordi ikke alle borgere har lyst til eller behov for alle indsatser.

Vi har i processen undret os over, hvorfor de professionelle kun fortæller den gode historie om kommunal neurorehabilitering? Hvorfor er de ikke mere kritiske over for kriterierne, og det faktum, at ikke flere borgere kan få tilbud på Hjerneskadecentret? En forklaring kan være, at kriterierne er så integreret en del af arbejdet, at de overser det. En anden forklaring kan være, at de ser sig selv som ubetydelige i det store kommunale system og tænker, at det ikke nytter at gøre opmærksom på det. De kan måske også frygte, at for meget kritik af den ulige adgang til Hjerneskadecentret, kan betyde forringelse af forløbene på Hjerneskadecentret, da indsatsen er dyr, og som alle derfor ikke kan få tilbudt i sin nuværende form. Skal flere have adgang, kan det betyde, at forløbene forkortes, så kvaliteten måske forringes. Og hvis de professionelle begynder at åbne op for de mindre gode elementer i de kommunale neurorehabiliteringsindsatser, kritiserer de også deres egen indsats, som leder til en fjerde forklaring. Det kan være svært at forholde sig kritisk til

egen praksis, og man ønsker helst ikke at finde, at man selv eller ens handlinger potentielt bidrager til social ulighed. Det kan være nemmere at identificere de strukturelle årsager til den sociale ulighed. Vi mener dog, at med bevidsthed om forskellige potentielle kilder til social ulighed, kan praktikere være med til at italesætte den potentielle sociale ulighed både på arbejdspladsen og i offentligheden og kan med dette forsøge at reducere den i det sociale arbejdes praksis.

I empirien kan vi se, at der konstrueres en forestilling om en bestemt type borger, som får adgang til et forløb på Hjerneskadecentret. Forestillingen konstrueres ud fra indsatsernes kriterier og informanternes udsagn. Med et socialkonstruktivistisk blik er vi bevidste om, at vi som forskere også er med til at konstruere denne forestilling i analysen af empirien. Konstruktionen af bestemte typer borger til bestemte indsatser, er ikke kun noget, der sker på neurorehabiliteringsområdet, men også på andre områder i det sociale arbejdes praksis. Selvom forestillingen kan gøre det sociale arbejde nemmere at udføre, må vi som professionelle reflektere over, at der ikke kun må være én herskende virkelighedsopfattelse af, hvem der er de "rigtige" borgere, eller hvad der er det rigtige at gøre. Hvis vi lader os styre af en bestemt virkelighedsopfattelse, er der risiko for, at vi som professionelle bliver blinde for borgernes behov og kompleksitet i deres situation, og at de derfor ikke får den støtte, de har behov for. Det kan bidrage til social ulighed.

8.2 Sociale problemer

Fundene i specialet kan være med til at belyse, hvor der kan opstå sociale problemer som følge af den potentielle sociale ulighed i neurorehabiliteringsforløb. Med manglede adgang til Hjerneskadeteamet og Hjerneskadecentret vil borgerne have mindre mulighed for at få hjælp til at håndtere sociale problemer, som er opstået efter hjerneskaden. Det er også sandsynligt, at nogle grupper af borgere, der fx efter hjerneskaden har en dobbeltdiagnose eller ikke taler dansk, er i større risiko for at udvikle eller forværre sociale problemer. Da de ikke får adgang til neurorehabilitering på Hjerneskadecentret og ikke får den ekstra støtte, der er i forløbene, er de i risiko for at blive mere socialt udsatte, end før de fik hjerneskaden. Ud fra det perspektiv er det problematisk, at ikke alle borgere har lige adgang til indsatserne, da det kan øge den sociale ulighed.

En måde man evt. ville kunne forebygge sociale problemer på, er hvis organiseringen af forløb på Hjerneskadecentret var mere fleksibel. Lige nu passer forløbene kun til en lille gruppe af borgerne, men organiserede man forløbene mere individorienteret, så ville flere borgere kunne få adgang til netop de dele af rehabiliteringsindsatserne, de havde behov for. På nuværende tidspunkt ligger en gruppe borgere i gråzonen mellem de to erhvervsafklarende indsatser: de opfylder ikke kriterierne for et forløb på Hjerneskadecentret, men får måske ikke nok støtte i virksomhedspraktikken. Som i mange andre offentlige indsatser har de økonomiske ressourcer betydning for, hvor brede indsatsernes kriterier er. Hvis kriterierne var bredere, ville flere borgere blive inkluderet, og hvis indsatserne blev mere individorienteret ville det betyde en markant ændring af forløbene. På den måde ville forløbene være mere målrettet den enkelte men formentlig også indeholde færre elementer. Begge forandringer vil øge de økonomiske krav. De opsatte kriterier kan derfor anses som at handle mere om økonomi, end de handler om retten til eller behov for et forløb. På den måde styrer økonomien også de individuelle vurderinger. Men hvis professionelles vurderinger tog mere udgangspunkt i borgernes behov fremfor de strukturelle rammer, så ville flere borgere inkluderes, hvilket ville mindske potentialet for social ulighed.

8.3 Forskning i socialt arbejde

Selvom neurorehabiliteringsområdet er ressourcefyldt og velkoordineret med et bredt samarbejde på tværs, så finder vi alligevel potentiel social ulighed. Derfor er vi overbeviste om, at man også vil kunne finde det samme i andre kontekster, og her kan forskning belyse andre dele af områder. Det kunne fx være interessant at undersøge det regionale neurorehabiliteringsområde for potentiel social ulighed. Også her er der et begrænset antal pladser, borgerne kan få adgang til, så her spiller kriterier og professionelles vurderinger også ind, når det skal besluttes, hvilke borgere der skal visiteres til en plads.

I empirien finder vi, udover fundene, som vi har anvendt i specialet, at de jobkonsulenter, der ved mest om målgruppen, sidder med de nemmeste opgaver, da hjerneskadekoordinatorerne varetager vurderingen af borgernes behov for

neurorehabilitering og beslutter, hvilken erhvervsafklaring de skal tilbydes. Det vil sige, at borgere som har forløb, der ikke passer ind i standardrammer og dermed er en mere udfordrende gruppe, fordeles ud til jobkonsulenter, som sjældent har med gruppen at gøre og dermed mindre erfaring med den. Det vil være interessant at belyse, hvad det betyder for borgernes neurorehabiliteringsforløb og den potentielle sociale ulighed, at borgerne fordeles på denne måde i Jobcentret. Forskning i indflydelse af organiseringen internt på Jobcentret ville kunne bidrage med perspektiver på forskellene på medicinsk og organisatorisk kompleksitet.

Specialets fund leder også til en interesse i at forske i betydningen af neurorehabiliteringsforløbene, som borgere på Hjerneskadecentret får, og om borgere, der ikke får den, har større sandsynlighed for at få sociale problemer. Fokus kan være på, at de borgere, der får adgang til forløbene gennem en længere periode, har støtte fra professionelle og har kontinuitet i forløbet. Det vil fx kunne undersøges ved et komparativt studie, hvor man følger de to målgrupper over tid.

9 Litteraturliste

6, P., & Bellamy, C. A. (2013). Case-Based Research Designs. I *Principles of methodology: Research design in Social Science* (s. 102–116). SAGE Publications Ltd.

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press.

Beskæftigelsesministeriet. (2020). *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge*. retsinformation.dk. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/107>

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (Red.). (2015a). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I *Kvalitative metoder: En grundbog* (2., s. 29–53). Hans Reitzel.

Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015b). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. I *Kvalitative metoder: En grundbog* (2., s. 13–24). Hans Reitzel.

Bundesen, P. (2008). Fra velfærdsstat til social investeringsstat. *Nordisk sosialt arbeid*, 28/2008(2), 121–124. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.18261/ISSN1504-3037-2008-02-05>

Carlsen, L. T. (2018). Forskningsetik i praksis. I M. Monrad & S. P. Olesen (Red.), *Forskningsmetode i Socialt Arbejde* (s. 253–272). Hans Reitzels Forlag.

Dahler-Larsen, P. (2005). Dokumenter som objektiveret social virkelighed. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (s. 235–254). Hans Reitzel.

Eisenhardt, K. M. (2021). What is the Eisenhardt Method, really? *Strategic Organization*, Vol. 19(1), 147–160. <https://doi.org/s://doi.org/10.1177/1476127020982866>

Frederiksen, M. (2018). Design. I M. Monrad & S. P. Olesen (Red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 83–106). Hans Reitzel.

Glintborg, C. (2015). *Grib mennesket: En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: Objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørende oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination* [Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet].

<https://vbn.aau.dk/en/publications/grib-mennesket-en-konceptuel-og-empirisk-undersøgelse-af-koordine>

Guldager, R. (2018). *Inequality in neurorehabilitation: Different practices among patients and relatives during rehabilitation after stroke and severe traumatic brain injury: A qualitative study* [Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet].

<https://vbn.aau.dk/en/publications/ulighed-i-neurorehabilitering-patienter-og-pårørendes-forskellige>

Hjerneskadeforeningen. (u.å.). *Hvor mange får hjerneskade? Få tal og fakta om hjerneskader*. Hentet 4. maj 2021, fra <https://hjerneskadet.dk/viden-om-hjerneskade/hjerneskader-i-tal/>

Hutchinson, G. S., & Oltegal, S. (Red.). (2019). Socialt arbejde og teoretiske perspektiver. I *Teoretiske perspektiver i socialt arbejde*. Hans Reitzel.

KL. (2021). *Jobcentret*. kl.dk. <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/beskaeftigelse/jobcentret/>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015a). Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview. I *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3., s. 105–126). Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015b). Introduktion til interviewforskning. I *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3., s. 19–41). Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015c). Transskription af interview. I *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3., s. 235–247). Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015d). Udførelse af et interview. I *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3., s. 177–217). Hans Reitzels Forlag.

Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. I M. Monrad & S. P. Olesen (Red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 107–143). Hans Reitzel.

Monrad, M., & Olesen, S. P. (2018). Kvalitet og Kritik. I *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 293–318). Hans Reitzel.

Olesen, S. P. (2018). Analysestrategi. I M. Monrad & S. P. Olesen (Red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 145–169). Hans Reitzel.

Olesen, S. P., & Monrad, M. (2018). Indledning. I S. P. Olesen & M. Monrad (Red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 9–31). Hans Reitzel.

Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. I S. Juul & K. B. Pedersen (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori* (s. 187–232). Hans Reitzels Forlag.

Skytte, M. (2017). Socialt arbejde. I J. Guldager & M. Skytte (Red.), *Socialt arbejde: Teorier og perspektiver* (2., s. 12–50). Akademisk Forlag.

Socialstyrelsen. (2019, januar 31). *Voksne med erhvervet hjerneskade*. Socialstyrelsen.dk.
<https://socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskade/om-hjerneskade/voksne-med-hjerneskade>

Strauss, A. L. (1985). Work and the Division of Labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1–19.

Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (Red.). (1985a). Illness Trajectories. I *Social Organization of Medical Work* (s. 8–39). University of Chicago Press.

Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (Red.). (1985b). *Social Organization of Medical Work*. University of Chicago Press.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. (2020, april 28). *Ansvar for beskæftigelsesindsatsen*. star.dk. <https://star.dk/om-styrelsen/ansvar-for-beskaeftigelsesindsatsen/>

Sundhed.dk. (2021, marts 12). *Hovedskader og hjernerystelse—Patienthåndbogen på sundhed.dk*. Sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/akutte-sygdomme/foerstehjaelp/hoved--hjerne--rygskader/hovedskader-og-hjernerystelse/>

Sundhedsdatastyrelsen. (2020, september 4). *Erhvervet hjerneskade—Sundhedsdatastyrelsen*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/erhvervethjerneskade>

Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade: Apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2021, marts). *Genoptræning og rehabilitering ved erhvervet hjerneskade—Sundhedsstyrelsen*. sst.dk. <https://www.sst.dk/da/Viden/Hjerneskade/Genoptraening-og-rehabilitering-ved-erhvervethjerneskade>

Thompson, J. D. (1967). Technology and structure. I *Organizations in action: Social Science of Administrative Theory* (s. 51–65). McGraw-Hill.

Aarhus Kommune. (2019a, september 12). *Opfølgning på sygefravær*. aarhus.dk. <https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sygedagpenge/opfoelgning-paa-sygefravaer/>

Aarhus Kommune. (2019b, september 12). *Sådan styres Aarhus*.
<https://www.aarhus.dk/demokrati/politik/byraadet/saadan-styres-aarhus/saadan-styres-aarhus/>

Aarhus Kommune. (2019c). *Neurocenter: Aarhus Kommunes tilbud om genoptræning og rehabilitering. Information til borgere*. <https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/traening-og-rehabilitering/har-du-faaet-en-hjerneskade/neurocenteret/#1>

Aarhus Kommune. (2020a). *Hjerneskadecentret: Center for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. <https://www.aarhus.dk/media/40567/hjerneskadecentret-ydelser-og-services-2020.pdf>

Aarhus Kommune. (2020b, februar 11). *Hvor længe kan jeg være i praktik?* aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/borger/job-og-ledighed/loentilskud-og-praktik/virksomhedspraktik/hvor-laenge-kan-jeg-vaere-i-praktik/>

Aarhus Kommune. (2020c, februar 20). *Virksomhedspraktik*. aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/borger/job-og-ledighed/loentilskud-og-praktik/virksomhedspraktik/>

Aarhus Kommune. (2020d, oktober 26). *Organisation*. aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/om-kommunen/sociale-forhold-og-beskaeftigelse/organisation/>

Aarhus Kommune. (2020e). *HJERNESKADETEAMET: Aarhus Kommunes Koordinerings- og Rådgivningsfunktion for voksne borgere med erhvervet hjerneskade*.
<https://www.aarhus.dk/media/50139/hjerneskadeteamet-december-2020.pdf>

Aarhus Kommune. (2020f, november). *Tilbud til borgere*. aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/traening-og-rehabilitering/har-du-faaet-en-hjerneskade/hjerneskadeteam-for-voksne/tilbud-til-borgere/>

Aarhus Kommune. (2021a, februar 3). *Neurocentret*. aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/traening-og-rehabilitering/har-du-faaet-en-hjerneskaade/neurocenteret/>

Aarhus Kommune. (2021b, februar 3). *Virksomhedspraktik*.
<https://www.aarhus.dk/borger/job-og-ledighed/dagpenge/dine-muligheder/virksomhedspraktik/>

Aarhus Kommune. (2021c, april 13). *Fastholdelsesplan*. aarhus.dk.
<https://www.aarhus.dk/virksomhed/ansatte-og-rekruttering/fastholdelse-af-medarbejdere/stoettemuligheder-sygemeldte-medarbejdere/fastholdelsesplan/>

Aarhus Kommune. (2021d, april 13). *Kontakt Fastholdelsesteamet*.
<https://www.aarhus.dk/virksomhed/ansatte-og-rekruttering/fastholdelse-af-medarbejdere/kontakt-fastholdelsesteamet/>

Aarhus Kommune. (2021e, april 21). *Organisation*. aarhus.dk. <https://www.aarhus.dk/om-kommunen/sundhed-og-omsorg/organisation-og-politisk-ledelse/organisation/>

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Indledende litteratursøgning 1

Bilag 2: Indledende litteratursøgning 2

Bilag 3: Senere litteratursøgning

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Kodning

Bilag 6: Kondensering af koder

Bilag 7: Samtykkeerklæring

Bilag 8: Mail ang. antal forløb på Hjerneskadecentret

Bilag 9: Mail ang. antal pladser i Hjerneskadeteamet