

Rehabiliteringsteams i førtidspensionsreformen



- En undersøgelse af de politiske aktørers betragtninger omkring organiseringen af rehabiliteringsteams

Udarbejdet af Mischa Rastad Andersson

Vejleder: Dorte Caswell

Speciale ved Kandidatuddannelsen i socialt arbejde

Aalborg Universitet, København, marts 2013

Antal anslag: 237.492

Abstract

For many years, the number of citizens awarded disability pension has increased. To break this trend the Danish Government adopted a reform of early retirement in 2012. This reform intends to limit the number of citizens awarded early retirement in the future. A key part of this reform deals with the new rehabilitation teams whose function is to ensure a coordinated effort across agencies, administration and professional groups.

Surveys and responses from the consulted expert parties in the field of early retirement points out that several problems exist related to the way in which rehabilitation teams should be organized. The criticisms about the organization of the rehabilitation team indicate a disagreement on how the framework for social work in these rehabilitation team should be organized.

Given these disagreements, the desire of this thesis is to map the considerations of the various political stakeholders in regard to the organization of rehabilitation teams, and examine the impact which these considerations ultimately have had on the law adopted in the field.

The methodology of the thesis is based on a qualitative research method where the explorative approach has provided a theoretical framework for analysis. The aim of the analysis is to highlight the considerations of the political stakeholders on the organization of rehabilitation teams and the importance recitals have had for the organization of rehabilitation teams.

This study shows that the political stakeholders represent many different considerations depending on their political origins. Likewise, the study reveals that the macro policy level, namely the government and the opposition politicians have had the greatest impact on the outcome of the final bill. It appears that the micro-political level consisting of consulting parties and their considerations has been irrelevant to the final bill. Consequently it appears that if the micro-political stakeholders want to make their considerations applied, it should be done either through cooperation among the consulting parties or through local government.

Therefore this thesis propose to investigate further how the micro-political level will respond to their lack of political influence on the organization of rehabilitation teams, and thereby provide insight into the relationship between policy and practice.

Indholdsfortegnelse

1.0 INDLEDNING	6
1.1 REHABILITERING SOM FOKUSOMRÅDE.....	7
1.2 REHABILITERING SOM OMDREJNINGSPUNKT FOR DET SOCIALE ARBEJDE	7
1.3 DEN POLITISKE PROCES INDFLYDELSE PÅ RAMMERNE FOR DET SOCIALE ARBEJDE.....	8
2.0 PROBLEMFELT	10
2.1 FØRTIDSPENSIONSOMRÅDET.....	10
2.1.1 REHABILITERINGSTEAM	10
2.1.2 SAMARBEJDE MELLEM KOMMUNEN OG REGIONEN.....	11
2.1.3 DEN KLINISKE FUNKTION OG SUNDHEDSKOORDINATOREN.....	12
2.1.4 OPSAMLING	12
2.2 PROBLEMSTILLINGER OM ORGANISERINGEN AF REHABILITERINGSTEAMS	12
2.2.1 DISTANCE MELLEM BEHANDLING OG ANBEFALINGER.....	13
2.2.2 SAMARBEJDSUDFORDRINGER MED LÆGER, SUNDHEDSKOORDINATOR OG KLINISK FUNKTION	13
2.2.3 SAMFUNDSSTRUKTURELLE UDFORDRINGER PÅ TVÆRS AF REGIONER OG KOMMUNER	16
2.2.4 ØKONOMISKE INCITAMENTER.....	16
2.2.5 OPSAMLING	17
2.2.6 OPSAMLING PÅ PROBLEMFELT	17
2.3 PROBLEMFORMULERING.....	18
2.3.1 BEGREBSAFKLARING.....	18
2.3.2 AFGRÆNSNING	18
3.0 VIDENSKABSTEORETISK POSITION	20
3.1 KRITISK REALISME	20
4.0 METODE.....	22
4.1 METODOLOGISKE VALG	22
4.2 KVALITATIV UNDERSØGELSESMETODE	23
4.3 EKSPLOLATIV TILGANG	23
4.4 EMPIRISK MATERIALE.....	24
4.4.1 DOKUMENTER	24
4.4.2 RAPPORT OG UDSPIL FRA TIDLIGERE REGERING	25
4.4.3 LOVFORSLAGET PÅ FØRTIDSPENSIONSOMRÅDET	25
4.4.4 HØRINGSSVAR	26
4.4.5 REFERATER/ BEHANDLING I BESKÆFTIGELSESDVALGET	26
5.0 TEORI.....	28

5.1 BAGGRUND FOR VALG AF TEORI	28
5.2 AKTØR-NETVÆRKSTEORI	30
5.3 BEGREBER I ANT	32
5.3.1 AKTØR/AKTANT	32
5.3.2 NETVÆRK.....	33
5.3.3 TRANSLATIONER.....	33
5.3.4 BLACK BOX.....	34
5.3.5 OPSAMLING	35
6.0 ANALYSEAFSNIT	36
6.1 ANALYTISKE BETRAGTNINGER	36
6.2 EMPIRIENS ANVENDELSE I ANT-ANALYSEN	37
6.2.1 BEHANDLING AF DOKUMENTER.....	38
6.3 ANALYTISKE PRÆMISSER	39
6.4 ANALYSE	40
6.4.1 DELANALYSE 1- REGERINGSPOLITISKE BETRAGTNINGER.....	40
6.4.2 OPSAMLING PÅ DELANALYSE 1 – REGERINGSPOLITISKE BETRAGTNINGER.....	46
6.4.3 DELANALYSE 2- HØRINGSPARTERNES BETRAGTNINGER	47
6.4.4 OPSAMLING PÅ DELANALYSE 2 – HØRINGSPARTERNES BETRAGTNINGER	71
6.4.5 OPSAMLING PÅ 1. OG 2. DELANALYSE.....	71
6.4.6 DELANALYSE 3- BEHANDLINGEN AF LOVFORSLAGET I FOLKETINGET	72
6.4.7 OPSAMLING PÅ DELANALYSE 3 -BEHANDLINGEN AF LOVFORSLAGET I FOLKETINGET	79
6.5 OPSUMMERING PÅ ANT-ANALYSEN	80
6.6 ANT SOM ANALYSEREDSKAB	81
6.7 STRUKTURER OG GENERATIVE MEKANISMER	82
6.8 VÆSENTLIGE FUND I ANALYSEN	83
6.8.1 MAGTFORHOLDET MELLEMLIGT DE POLITISKE AKTØRER PÅ MAKRO-/MIKRONIVEAU.....	83
6.8.2 HØRINGSPARTERNES UENIGHED OM ORGANISERINGEN AF REHABILITERINGSTEAM.....	83
6.8.3 DET POLITISKE SPIL	83
6.8.4 OPSAMLING	84
7.0 DISKUSSION	85
7.1 DISKUSSION AF FUND	85
7.1.1 ER MAGTFORHOLD ET UDTRYK FOR POLITISK TOPSTYRING?	85
7.1.2 ANDRE VEJE IND	86
7.1.3 DET POLITISKE SPIL	88
7.2 OPSAMLING PÅ DISKUSSION	89
7.3 METODEREFLEKSION	90
7.3.1 GENERALISERBARHED.....	90
7.3.2 EMPIRI	91
7.3.3 RELIABILITET.....	92
7.4 KONKLUSION	93

7.5 PERSPEKTIVERING 94

8.0 LITTERATUR 95

1.0 Indledning

I Danmark er hensigten med førtidspension at have et socialt sikkerhedsnet, som garanterer, at borgere uden arbejdsevne har et ordentligt økonomisk levestandard. Muligheden for at få tilkendt førtidspension er således et centralt element i det velfærdssystem, som støtter samfundets borgere, når tilværelsen ikke følger den normale rute på arbejdslivets vej. Beregninger viser, at der i dag er 245.000 borgere på førtidspension. Det er et sikkerhedsnet, som årligt koster 42 milliarder kr. i form af overførelsesindkomster, hvilket udgør en betydelig post på det samlede regnskab for statskassen. Endvidere er antallet af borgere på førtidspension steget med 19 % i perioden fra 2001 til 2010, hvilket svarer til, at der i 2010 var 17.100 nye tilkendelser (Beskæftigelsesministeriet, 2012c). Det er ikke en bæredygtig udvikling økonomisk set. Udover de økonomiske konsekvenser viser undersøgelser, at borgere, som ender på førtidspension, ofte også har en ringere livskvalitet og et dårligere helbred end resten af befolkningen (Caswell, Kleif, Thuesen & Dall, 2012; 124). Det stigende antal af borgere på førtidspension opfattes derfor også som et socialt problem (Møller, 1996, Jacobsen & Lindstrøm, 2011; 83).

For at sikre, at der i fremtiden er økonomi og ordentlige levevilkår for denne målgruppe, er der bred politisk opbakning til at reformere førtidspensionsområdet. Et område der i dag er præget af ineffektive, langstrakte og ukoordinerede forløb (Caswell et al., 2012; 124). Det sociale problem, omkring det stigende antal af borgere som får tilkendt førtidspension, anser de danske politikere således som en problemstilling, som samfundet skal medvirke til at løse:

”Ingen er tjent med at blive efterladt på passiv forsørgelse uden for fællesskabet. Vi skylder de unge, der har det svært, en chance for at få balance i tilværelsen, så de kan komme videre i livet og bidrage med det, de kan.”

(Arbejdsmarkedsordfører Mai Henriksen (K))

”Vi ved, at visse kommuner har haft en interesse i at parkere borgere på førtidspension, selv om de ikke har været permanent uarbejdsdygtige. - Det skal der sættes en stopper for, for det er ikke alene ualmindeligt dyrt, det er også en borgerlig tragedie for de mennesker, der bare bliver opgivet.”

(Politisk ordfører Simon Emil Ammitzbøll (LA))

(DRs hjemmeside, juni 2012)

Den politiske interesse for førtidspensionsområdet er imidlertid ikke ny. I 2003 blev den daværende førtidspensionsreform vedtaget. Formålet med reformen var blandt andet at styrke indsatsen for at hjælpe borgere til at forblive på arbejdsmarkedet (Socialministeriet, 2002). Fakta viser, at det mål

ikke er nået, og at der skal tages nye politiske virkemidler i brug, hvis ikke vi som samfund skal se frem til en tid, hvor udgifterne til førtidspension og de menneskelige omkostninger fortsat bliver større. I den forbindelse kom SRSF-regeringen, i foråret 2012, med et forslag til en ny reform på førtidspensionsområdet. I reformforslaget bliver der blandt andet stillet skarpt på de unge potentielle førtidspensionister og på samarbejdet på tværs af forvaltninger og myndigheder. Med de nye tiltag i førtidspensionsreformen håber regeringen, at langt flere med nedsat arbejdsevne får mulighed for at opkvalificere kompetencer og fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet sideløbende med, at den rette langsigtede indsats iværksættes (Beskæftigelsesministeriet, 2012b). Reformen skal altså både forbedre livskvaliteten for den enkelte samt sikre en reduktion i samfundets udgifter til området ved at forebygge permanente tilkendelser af førtidspension.

1.1 Rehabilitering som fokusområde

Et af de nye og centrale tiltag i regeringens førtidspensionsreform er de såkaldte *rehabiliterings-teams*, som skal etableres i alle landets kommuner. Formålet med rehabiliteringsteams er, at de skal:

”[...] sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder og med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte borger så vidt muligt får fodfæste på arbejdsmarkedet.”

(Beskæftigelsesministeriet, 2012a, § 25a stk. 2)

Koordinering og indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder har været et politisk fokusområde igennem en årrække. Særligt har sundhedssektoren arbejdet tværgående og intensivt med rehabiliteringsbegrebet i forbindelse med at optimere og effektivisere samarbejdet omkring patientforløbene. Tilbage i 2009 aftalte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og KL således en fælles strategi for udbredelse af initiativer, der kunne bidrage til målrettede, veltilrettelagte og sammenhængende forløb for patienter med behov for rehabilitering (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, 2010). I juli 2011 evaluerede man indsatsen på baggrund af et litteraturstudie gennemført af Syddansk Universitet, og man kunne i den forbindelse konkludere, at tværfagligt samarbejde på en række områder fremmer effekten af rehabiliteringen (Lund, Rasmussen, Momsen, Nielsen & Iversen, 2012; 51).

1.2 Rehabilitering som omdrejningspunkt for det sociale arbejde

Inden for det sociale arbejdes område er der ligeledes stigende fokus på at skabe forløb, hvor borgeren er i centrum for indsatsen på tværs af forvaltninger og myndigheder. Ifølge Dansk Socialrådgiverforening er der et åbenlyst behov for et tæt og tværfagligt samarbejde:

”Et stigende antal borgere har sammensatte problemer af både helbredsmæssig, social og beskæftigelsesmæssig karakter. Denne udfordring kræver nytænkning og en ny bred, sammenhængende rehabilitering, der kombinerer en sundheds- og genoptræningsindsats med løsningen af sociale problemer og relevante tilbud i forhold til tilknytningen til arbejdsmarkedet.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2011)

I juni 2011 udsendte Indenrigs- og Sundheds-, Social-, Beskæftigelses- og Undervisningsministeriet, en fælles vejledning om kommunal rehabilitering. Hensigten med vejledningen var at inspirere og understøtte den indsats, der sker i kommunerne og at sikre samarbejde og koordination mellem de fag- og forvaltningsområder, der har ansvaret for, at der er sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers forløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011; 4).

Med regeringens nye forslag om rehabiliteringsteams i den nye førtidspensionsreform fortsætter det stigende fokus på samarbejde på tværs af myndigheder og forvaltninger. Men selvom der er flere gode eksempler på, at det tværfaglige samarbejde kan bidrage positivt til rehabiliteringen, og at man rent politisk tror på, at det er vejen frem, er der visse afgørende forudsætninger, som skal have opmærksomhed, når man tilskynder arbejde på tværs af organisationer. Undersøgelser viser blandt andet, at afklaringen af de organisatoriske strukturer, herunder rolle- og ansvarsfordelingen, har afgørende betydning for samarbejdet mellem organisationer og faggrupper, og i sidste ende også den indsats, som skal til for at løse de sociale problemer i praksis (Hagensen, Brasch, Christensen, Henriksen, Larsen, Sørensen, Zeuthen, 2011; 58), (Caswell et al., 2012; 108). De organisatoriske rammer, der etableres for samarbejdet på tværs af de forskellige myndigheder og forvaltninger, er således af stor betydning for, hvorvidt den nye førtidspensionsreform vil bidrage til at bringe flere borgere i beskæftigelse. Således tyder det på, at hvis ikke man får etableret velfungerende rehabiliteringsteams, er der overhængende fare for, at de politiske mål om en hurtig og effektiv indsats, som skal bringe flere i arbejde og færre på førtidspension, ikke kan indfries.

1.3 Den politiske proces indflydelse på rammerne for det sociale arbejde

Der er bred enighed blandt både politikere, fagforeninger mv. om at tværgående samarbejde er vejen frem, for at færre ender på førtidspension. Sammenholdes det faktum med, at de kendte organisatoriske problemstillinger som tværgående samarbejde rummer, er det interessant at se nærmere på, hvordan de forskellige politiske parter, som er involveret i den nye førtidspensionsreform, forholder sig til netop organiseringen af de nye rehabiliteringsteams. Sammenhængen mellem den politiske proces og de udfordringer der ligger i organiseringen af de rammer hvori det sociale arbejde foregår, er således relevante for at forstå hvordan det politiske

niveau gennem sine intentioner med førtidspensionsreformen i sidste ende påvirker det praktiske sociale arbejde.

Formålet med specialet er derfor at give indblik i, de forskellige holdninger og betragtninger der er til den måde, hvorpå SRSF-regeringen har valgt at organisere rehabiliteringsteams, og hvilken betydning disse holdninger og betragtninger i sidste ende har for udfaldet af rehabiliteringsteamets organisering. Ønsket er dermed at få indsigt i, hvordan den politiske proces udspiller sig og hvilke elementer, der i denne proces bliver det centrale for udformningen af rammerne for dét sociale arbejde, som skal laves i rehabiliteringsteamet.

I det følgende afsnit vil førtidspensionsreformen - herunder rehabiliteringsteams og de problemstillinger, der knytter sig til organiseringen af dem - blive belyst yderligere.

2.0 Problemfelt

I den første del af problemfeltet gives en kort introduktion til den nye førtidspensionsreform og de tiltag, som omhandler rehabiliteringsteams. Derefter vil de problemstillinger, som adresseres i forhold til organiseringen af rehabiliteringsteams, blive præsenteret. Præsentationen indledes med de problemstillinger, som findes i den interne organisering af rehabiliteringsteams, hvorefter der kigges på udfordringerne i samspillet med omgivelserne, og afslutningsvis vil de samfundsstrukturelle problematikker i organiseringen blive belyst. Afdækningen af problemstillingerne tager udgangspunkt i de høringssvar, som er afgivet under lovgivningsprocessen samt relevante undersøgelser af organiseringen af blandt andet socialt arbejde.

2.1 Førtidspensionsområdet

Den nye førtidspensionsreform blev d. 19. december 2012 vedtaget i Folketinget. Reformen er trådt i kraft d. 1. januar 2013. De politiske mål med reformen er, at færre unge tilkendes førtidspension, flere skal tage del i arbejdslivet og få et aktivt liv på arbejdsmarkedet, og flere med lille arbejdsevne skal i fleksjob (CABI, 2012). En af de helt store forskelle på den førtidspensionsreform, som blev vedtaget tilbage i 2003, og den nye reform er, at der fra politisk hold er lagt op til, at der i reformen er en fast ramme for, hvordan kommunerne og regioner skal organisere og planlægge deres arbejde. Både i forhold til det tværgående samarbejde og til hvilke værktøjer, som skal anvendes, er der i reformen indarbejdet retningslinjer, som skal sikre, at langt flere kommer i beskæftigelse. Introduktionen af rehabiliteringsteams er et centralt element blandt rækken af nye tiltag. I det følgende vil rehabiliteringsteamet og dets formål blive uddybet.

2.1.1 Rehabiliteringsteam

Et rehabiliteringsteam er et tværgående team, som skal sikre en helhedsorienteret og tværfaglig indsats for beskæftigelse eller uddannelse rettet mod borgere med komplekse problemer. Formålet er at reducere antallet af borgere, som ender på permanent førtidspension. Indsatsen skal koordineres på tværs af beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet. Desuden skal en klinisk funktion i regionen være repræsenteret i teamet ved en sundhedskoordinator (se afsnittet Den kliniske funktion og sundhedskoordinatoren, s. 12). Det er kommunalbestyrelserne i landets kommuner, som er ansvarlige for at oprette og drive rehabiliteringsteams.

Teamet beskrives som et dialog- og koordineringsforum, som afgiver en anbefaling i alle sager inden beslutning om og tilkendelse af ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Hvor fleksjob og førtids-

pension er konkrete afklaringer på en borgeres beskæftigelsesrettede situation, er *ressourceforløb*¹ en længerevarende indsats, som udspringer af en samlet *rehabiliteringsplan*².

Teamet har intet myndighedsansvar og kan derfor ikke træffe afgørelser i de sager, det behandler. Rehabiliteringsteamet er derimod ansvarlige for at drøfte og give anbefaling af, hvilke beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige indsatser, der er nødvendige for at give den enkelte borger mulighed for at opnå fodfæste på arbejdsmarkedet. Ligeså er det ansvarligt for, hvordan indsatserne koordineres (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 39). Derudover skal der tages stilling til, hvorvidt borgeren skal tildeles ressourceforløb, fleksjob, anden beskæftigelsesrettet indsats eller førtidspension.

Borgere i ressourceforløb skal have én gennemgående og koordinerende sagsbehandler, som er ansvarlig for, at indsatsen foregår som planlagt. Ligeledes er teamet ansvarlig for, hvordan opfølgningen på ressourceforløb tilrettelægges, så borgeren støttes i at fastholde uddannelses- eller beskæftigelsesmålet (Ibid.; 35). Det er meningen, at alle parter - herunder sagsbehandler og borger - skal deltage i rehabiliteringsteamets møder, hvor borgerens sag behandles (Ibid.; 39). Arbejdet i rehabiliteringsteamet skal medvirke til, at der sker en samtidig afklaring af den enkeltes beskæftigelsesmæssige, sociale og helbredsmæssige ressourcer, og at der iværksættes en koordineret indsats på tværs af forvaltninger med ét fælles mål i forhold til arbejdsmarkedet.

2.1.2 Samarbejde mellem kommunen og regionen

Reformens tydelige fokus på det tværgående arbejde afspejler sig i de krav, der stilles til kommunernes og regionernes samarbejde. Så for at understøtte det tværfagligt sammensatte rehabiliteringsteam er der lagt op til, at kommunerne og regionerne udarbejder aftaler i forhold til det lægefaglige samarbejde, som i fremtiden skal ligge i regionerne. Af samarbejdsaftalen skal det fremgå, hvordan kommunens rehabiliteringsteam får adgang til rådgivning og vurdering fra en *klinisk funktion* i regionen, herunder adgang til en sundhedskoordinator. Kommunen kan i sagsbehandlingen, i sager som skal behandles i rehabiliteringsteamet samt i sager om ressourceforløb og fleksjob, kun benytte lægefaglig bistand fra regionens kliniske funktion. Kommunen betaler for de ydelser, der rekvireres fra

¹ Ressourceforløbet er forankret i rehabiliteringsteamet og planlægges først efter, det har været igennem det tværgående rehabiliteringsteam. Borgere, der er i risiko for at få tilkendt førtidspension, skal have en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i form af et individuelt tilrettelagt ressourceforløb. Ressourceforløbene vil ofte bestå af en kombination af beskæftigelsestilbud, sociale tilbud og sundhedsmæssige tilbud. Forløbene kan vare fra et til fem år og skal i form, indhold og varighed tilpasses den enkeltes mål og behov. (Beskæftigelsesministeriet, 2012a, kap. 12, § 68)

² En rehabiliteringsplan består af en forberedende del og en indsatsdel. Den forberedende del skal udarbejdes for alle, der skal have deres sag behandlet i et rehabiliteringsteam. Indsatsdelen skal udarbejdes for personer, der visiteres til et ressourceforløb efter kapitel 12 a i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (Beskæftigelsesministeriet, 2012a, kap. 2 § 2)

regionen, herunder for sundhedskoordinatoren deltagelse i rehabiliteringsteamet. Der vil i den forbindelse blive fastsat modeller for kommunernes finansiering af regionernes ydelser (Beskæftigelsesministeriet, 2012a, kap. 3b).

2.1.3 Den kliniske funktion og sundhedskoordinatoren

Den enkelte region kan i samarbejde med kommunerne fleksibelt tilrettelægge de organisatoriske rammer for den kliniske funktion under hensyntagen til regionernes allerede eksisterende organisering. Den faglige ekspertise i funktionen vil typisk være lægefaglig. Ligeså kan det fleksibelt aftales mellem region og kommuner, at sundhedskordinatorfunktionen, som repræsenterer den kliniske funktion i rehabiliteringsteamet, varetages af én eller flere fagpersoner. Koordinatorens opgave i teamet er, udover at repræsentere den kliniske funktion, at bidrage med en sundhedsfaglig vurdering af den konkrete sag. Den kliniske funktion udgør koordinatorens faglige bagland til brug for denne opgave. Herudover kan koordinatoren i særligt helbredsmæssigt komplekse sager anbefale, at sagen henvises til rådgivning og vurdering i klinisk funktion. Sundhedskoordinatoren vurdering indgår som en del af teamets anbefaling i den enkelte sag (Ibid.; 40).

Fremover kan kommunerne kun benytte lægefaglig rådgivning fra regionens kliniske funktion i alle sager, som hører til under rehabiliteringsteamet, hvorfor der skabes en entydig indgang til det regionale sundhedsvæsen på beskæftigelsesområdet. Det betyder endvidere, at speciallægeattester alene kan rekvireres via regionens kliniske funktion. Hermed afskaffes kommunernes adgang til at hente lægefaglig rådgivning fra kommunalt ansatte lægekonsulenter eller eksterne lægekonsulenter. Sundhedskoordinatoren skal endvidere sikre, at borgerens praktiserende læge inddrages og informeres i alle relevante situationer (Ibid.; 36, 41).

2.1.4 Opsamling

Den nye førtidspensionsreform består af en række nye og omfattende tiltag, som kræver, at kommunerne og regionerne omlægger deres vante arbejdsgange og indgår nye samarbejds-konstellationer. Særligt vil de nye rehabiliteringsteams lægge op til en ny form for tværgående samarbejde, hvor kun anbefalinger og vurderinger bliver en del af den koordinerede indsats, og hvor myndighedsansvaret ikke følger arbejdet.

2.2 Problemstillinger om organiseringen af rehabiliteringsteams

I forbindelse med høringen af den nye førtidspensionsreform peger flere høringsparter på, at der er en del udfordringer, som knytter sig til den måde, politikerne foreslår organiseringen af rehabiliteringsteams. De udfordringer, som høringsparterne peger på, understøttes af undersøgelser, som

netop har set nærmere på organiseringen af tværgående samarbejdskonstellationer. I det følgende afsnit vil nogle af de centrale problemstillinger blive skitseret.

2.2.1 Distance mellem behandling og anbefalinger

Det er en væsentlig ambition med rehabiliteringsteamet, at borgeren oplever et sammenhængende forløb. SIND og Danske Patienter anfægter i den forbindelse, at de sundhedsfaglige behandlingsmæssige indsatser ikke er en del af forløbet i rehabiliteringsteamet. Dermed er der ingen direkte sammenhænge mellem de behandlere, som borgeren behandles af i sundhedssektoren, og rehabiliteringsteamet. De fremhæver, at borgere med eksempelvis psykiske lidelser modtager 2/3 af deres behandling i regionen, og at behandlingen er en stor del af indsatsen for at få borgerne tættere på arbejdsmarkedet. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at der er flere led mellem rehabiliteringsteamet og den egentlige sundhedsfaglige behandling (SIND, 2012).

En anden problemstilling, som fremhæves i høringssvarene, er indstillings- og beslutningskompetencer i rehabiliteringsteamet. Både LO, Danske Patienter, Dansk Socialrådgiverforening og Danske Handicaporganisationer er enige om, at rehabiliteringsteamet hurtigt kan blive endnu en bureaukratisk foranstaltning, idet teamet kun må komme med anbefalinger og vurderinger. Forvaltningen kan - sådan som lovforslaget er fremlagt - vælge at træffe en anden afgørelse i sagen end den, som rehabiliteringsteamet har fremlagt. Man kan forestille sig, at det kan føre til, at fagligheden i rehabiliteringsteamet bliver undergravet. Danske Patienter foreslår derfor, at rehabiliteringsteamet får selvstændigt bevillings- og budgetansvar, så ressourceplanen bliver økonomisk og bevillingsmæssigt uafhængig af forvaltningen.

En anden del af problemet med den manglende beslutningskompetence i rehabiliteringsteamet er, at beslutningerne skal godkendes i de forvaltninger og sektorer, hvor en indsats skal iværksættes (Danske Patienter, 2012, Roskilde Kommune, 2012). Så selvom beskæftigelsesforvaltningen godkender en ressourceplan, skal de enkelte elementer i planen, som vedrører andre forvaltningsområder - eksempelvis socialområdet - også godkendes i de pågældende forvaltninger. En hurtig og effektiv sagsbehandling i rehabiliteringsteamet er altså ikke ensbetydende med godkendelse og iværksættelse af en indsatsplan i forvaltningssystemet.

2.2.2 Samarbejdsudfordringer med læger, sundhedskoordinator og klinisk funktion

Blandt høringssvarene er der påpeget en række udfordringer, som knytter sig til de funktioner, rehabiliteringsteamet skal samarbejde med. Problemstillingerne er både faglige og ressourcemæssige.

I forhold til de faglige problemstillinger har der i de seneste år været fokus på samarbejdet mellem jobcenter og læger. I undersøgelsen ”Veje til førtidspension”, (Caswell et al., 2012; 14) påpeges, at der er flere udfordringer, når sagsbehandlere og læger skal samarbejde om at få borgere afklaret i forhold til arbejdsmarkedet. Blandt andet fremhæves det i undersøgelsen, at kommunikation og opfattelsen af, hvad der er det fælles mål for borgeren, kan være problematisk og varierende. KL påpeger i deres høringssvar, at der fortsat er behov for en bred forståelse af rehabiliteringsbegrebet, og at en diagnose ikke er ensbetydende med en nedsat arbejdsevne. De gør opmærksom på, at der fortsat er læger, der kommer med anbefalinger om tilkendelser af sociale ydelser, og de ser i den forbindelse, at både den praktiserende læge og sundhedskoordinatoren risikerer at skabe urealistiske forventninger hos borgeren (KL, 2012). Således er der noget, der tyder på, at bare fordi man nedlægger de kommunale lægekonsulentordninger og lægger ydelsen over i regionerne, så løser man ikke nødvendigvis samarbejdsudfordringerne mellem sagsbehandlere og læger.

Sundhedskoordinatorfunktionen er et andet område, hvor der er stor uenighed og usikkerhed blandt de parter, som har indgivet høringssvar. Funktionen hører organisatorisk set ind under regionerne, og derfor vil det også være naturligt, at regionerne udvælger de professioner, som de mener, har de rette kompetencer til at løfte opgaven. Hvorvidt kommunerne vil være enige med regionerne om bemandingen af både sundhedskoordinatorfunktionen og den kliniske funktion er på nuværende tidspunkt svært at udtale sig om. Dog viser undersøgelsen af Caswell et al. (2012), at samarbejdet mellem læger og sagsbehandlere kan være kompliceret på grund af lægernes og sagsbehandlerens forskellige udgangspunkter og kompetencer, hvilket i sig selv burde være en del af betragtningerne, når regionerne skal bemande de nye funktioner (Caswell et al., 2012; 99).

I lovforslaget har man ikke direkte taget stilling til hvilken faggruppe, der skal bestride stillingerne som sundhedskoordinatorer. Der er dog givet eksempler på, at en medarbejder med medicinsk baggrund er oplagt til at varetage denne opgave. Det er derfor også oplagt, at Lægeforeningen finder det naturligt, at det er læger, som skal bestride denne rolle (Lægeforeningen, 2012).

På trods af eksemplerne - hvor der lægges op til, at det er læger, som skal bestride rollen som sundhedskoordinator - ser socialrådgiverne det imidlertid som et arbejde, der bedst bestrides af socialrådgivere med erfaring fra hospitalssektoren, da de har kendskab til både sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet (Dansk Socialrådgiverforening, 2012). Endelig mener Odense Kommune, som i en del år har haft deres egen socialmedicinske enhed i kommunen, at de i form af den funktion bedre selv kan varetage sundhedskoordinatorfunktionen end regionen (Odense Kommune, 2012).

I 2011 lavede Socialt Udviklingscenter, SUS, en undersøgelse af kommunernes og regionernes indsats over for mennesker med sindslidelse og misbrug. Undersøgelsen giver både et indblik i, hvordan nogle kommuner og regioner allerede har igangværende samarbejdsaftaler på tværs af det sociale område og behandlingssektoren og hvilke udfordringer, der kan være i denne type af samarbejde. Blandt andet viser undersøgelsen, at de regionale tilbud i socialpsykiatrien er økonomisk pressede, hvilket betyder, at tiden til samarbejdet med kommunen tilsidesættes (Hagensen et al., 2011; 58). Netop det økonomiske pres og det efterfølgende spørgsmål omhandlende prioritering af ressourcer til samarbejde er et centralt tema i de høringssvar, som er kommet i forbindelse med behandlingen af den nye førtidspensionsreform. Både Lægeforeningen og Dansk Socialrådgiverforening peger på, at samarbejdet mellem kommunerne og regionerne hurtigt kan vanskeliggøres netop på grund af ressourcetilførselsproblemer inden for den kliniske funktion. Lægeforeningen og Dansk Socialrådgiverforening skriver i deres høringssvar:

”Lægeforeningen har i den forbindelse en bekymring for, at en regional klinisk funktion kan blive en ”flaskehals” på området, og at der kan opstå meget uens modeller i regionerne, som ikke sikres de nødvendige ressourcer til at løse opgaven.”

(Lægeforeningen, 2012)

” [...] sagen trækker i langdrag grundet kapacitetsproblemer. Det kan være såvel manglende kapacitet hos sundhedskoordinatorer, på lægelig rådgivning eller ved de speciallæger, som skal udfærdige attesterne.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Ligeså påpeger Danske Handicaporganisationer, at ikke kun regionerne har problemer med de lange ventetider og prioritering af ressourcer. Deres medlemmer oplever ofte ressourceproblemer hos kommunerne, hvilket også betyder lange sagsbehandlingstider dér (Danske Handicaporganisationer, 2012).

Kapacitetsmæssige problemstillinger er tilsyneladende noget, som både regioner og kommuner kæmper med, og som har betydning for det tværgående samarbejde. Umiddelbart er der i den nye reform ikke taget højde for den problemstilling, at de lange ventetider på nogle former for behandling udgør et flaskehalsproblem, som kan betyde, at ressourceforløbene ikke kan blive iværksat eller vil blive usammenhængende og præget af lange ventetider. Det tyder således på at prioritering af ressourcer - herunder de økonomiske midler til prioritering af behandling og sagsbehandling i

både regioner og kommuner - kan blive en hæmsko og forhindre den hurtige afklaring og indsats, som der ellers er lagt op til i den nye reform.

2.2.3 Samfundsstrukturelle udfordringer på tværs af regioner og kommuner

En del af høringssvarene anfører ligeledes, at der i lovforslaget ikke er taget højde for ansvarsfordelingen mellem regioner og kommuner. Som eksempel kan samarbejdet om en borger, der skal flytte kommune eller overgår til behandling i anden kommune eller region, illustrere nogle af udfordringerne om ansvarsområder og konkrete handleplaner.

Danske Regioner oplever det som et hyppigt problem, at indsatsen - efter beskæftigelseslovgivningen og lov om aktiv socialpolitik - påhviler borgerens folkeregisterkommune, mens handleforpligtigelsen - efter lov om social service - som hovedregel påhviler den oprindelige kommune (Danske Regioner, 2012). Med tilførelsen af nye aktører - som følge af førtidspensionsreformen - er der på kort sigt stor risiko for, at allerede udarbejdede planer ikke bliver fulgt eller, at der udarbejdes nye planer. Det er en ressourcekrævende arbejdsproces og forvirrende for både borgere og fagpersoner omkring borgeren.

2.2.4 Økonomiske incitamenter

LO, Dansk Socialrådgiverforening, Danske Handicaporganisationer - og en række andre aktører herunder en række kommuner - gør opmærksom på, at den økonomiske betalingsmodel, hvor kommunerne betaler regionerne for ydelser, knyttet til sundhedskoordinatorer og den kliniske funktion, kan komme til at danne beslutningsgrundlag for, hvilke foranstaltninger, man træffer i sagerne. Således er LO bekymret for, at det kan betyde, at kommunerne vil være mindre tilbøjelige til at sende borgere til yderligere udredning i den kliniske funktion for at reducere kommunens udgifter til området (LO, 2012).

På den anden side udtrykker et par kommuner i deres høringssvar også bekymring for betalingsmodellen, da kommunerne bliver underlagt de beslutninger, som foretages af regionens sundhedskoordinator og kliniske funktion i forbindelse med, hvornår der skal indhentes speciallægeerklæringer, eller hvornår en borger skal til yderligere udredning. Således bliver det en umulig opgave for kommunerne at styre deres samlede udgifter til området, da de ikke selv kan beslutte, hvornår der skal indhentes lægelige oplysninger i sagen (Odense Kommune, 2012; 8). De forskellige økonomiske incitamenter kan blive et reelt problem for samarbejdet, da man kan risikere, at kommunerne - for at holde omkostningerne nede - vil arbejde mod, at en borger henvises til den kliniske funktion. Ligeledes er der også risiko for, at regionerne benytter monopolet, hvor

kommunerne udelukkende må anvende sundskoordinatoren og den kliniske funktion i det lægefaglige arbejde til at sikre en økonomisk indtægt, som regionerne ikke tidligere har haft.

2.2.5 Opsamling

Der er flere elementer, som er problematiske omkring de nye rehabiliteringsteams, hvor en del handler om den uklarhed, der er om organiseringen. Høringssvarene problematiserer således både prioriteringen af ressourcer, ansvarsfordelingen, betalingsmodellen, m.v.. Høringssvarene og deres påpegning af problemstillingerne understøttes af undersøgelser, som ligeledes fremhæver nogle essentielle samarbejdsvanskeligheder, når forskellige myndigheder, forvaltninger og fagpersoner skal arbejde sammen om den samme borger.

2.2.6 Opsamling på problemfelt

Den nye førtidspensionsreform er en stor og omfattende restrukturering af organiseringen af den del af beskæftigelsesområdet, som har med de svageste ledige at gøre. De mange nye begreber, roller, samarbejdskonstellationer og arbejdsopgaver er overvældende, og i høringssvarene er det tydeligt, at høringsparterne har mange spørgsmål og kritikpunkter samt konstruktive betragtninger om, hvilke fokusområder, der er vigtige, for at rehabiliteringsteams organiseres efter intentionerne: at forhindre det stigende antal borgere på førtidspension.

Førtidspensionsreformen er - med introduktionen af rehabiliteringsteams - et nyt bud på, hvordan det skal lykkes at færre tilkendes førtidspension. Og som det ser ud lige nu, er der mange forskellige holdninger til, hvad der skal ændres i reformen, om organiseringen af rehabiliteringsteams, for at arbejdet med borgeren kan få de bedste rammer. Med de mange betragtninger og holdninger fra de forskellige høringsparter er der forudsætninger for at udarbejde en lov, hvor refleksioner fra forskellige politiske aktører kan bidrage til at arbejdet i rehabiliteringsteamet udspringer af de bedst mulige organisatoriske rammer. Det er derfor interessant at se nærmere på, hvordan de forskellige aktører - både politikerne og høringsparterne - betragter organiseringen af rehabiliteringsteams, og hvilken betydning betragtningerne har for den endelige politiske organisering. Således er håbet, at denne viden kan bidrage til en forståelse af tilblivelsen af den organisatoriske del af førtidspensionsreformen, som har med rehabiliteringsteams at gøre, samt hvilken betydning betragtningerne i sidste ende har for rammerne omkring det sociale arbejde i rehabiliteringsteamet. Med det som udgangspunkt for specialet, vil følgende problemformulering søges besvaret:

2.3 Problemformulering

Hvilke betragtninger gør de politiske aktører sig om organiseringen af rehabiliteringsteams, og hvilken betydning har betragtningerne for organiseringen af rehabiliteringsteams?

2.3.1 Begrebsafklaring

I specialet skal *betragtninger* forstås som de overvejelser og udsagn de politiske aktører kommer med, og hvor interesser, holdninger og opfattelser er indlejret. Således er de politiske aktørers betragtninger et udtryk for de synspunkter og holdninger, som de ønsker at påvirke omgivelserne gennem.

Begrebet *politiske aktører* dækker over de aktører, som foruden medlemmer af Folketingets partier og regeringen, også dækker over politisk styrede organisationer som fagforeninger, patientforeninger mv.

Organisering skal i denne sammenhæng forstås som, hvordan rehabiliteringsteamet, dets rammer og opgaver tilrettelægges. Således er der i forbindelse med den nye førtidspensionsreform krav om en ny måde at arbejde på, som stiller krav til en redefinering af, hvordan arbejdet bedst muligt struktureres med afsæt i en række organisatoriske overvejelser, herunder ansvars- og rollefordeling, betalingsmodeller mv.

Rehabiliteringsteams er de nye tværgående teams, som skal etableres i forbindelse med førtidspensionsreformen. Rehabiliteringsteamet er beskrevet i afsnittet Problemfelt.

Begrebet *betydning* skal i specialet ses som en forståelsesramme, der skaber relation mellem en handling og et udfald. Hermed ses handlingerne som en aktivitet der har betydning for et givet udfald. For eksempel vil udarbejdelsen og indsendelse af et hørings svar i forbindelse med en offentlig høring være en handling, som kan påvirke udfaldet af politikernes måde at forholde sig til en lov på og dermed have betydning.

2.3.2 Afgrænsning

Specialet afgrænser sig til kun at beskæftige sig med det politiske niveau. Dvs. at de betragtninger, som undersøges, ses som politiske udtalelser, der ønsker at påvirke den politiske proces på flere niveauer i forhold til hvordan rehabiliteringsteamet i sidste ende skal organiseres jf. den vedtagne lovgivning.

Førtidspensionsreformen dækker over forskellige målgrupper og indsatser. I specialet vil der ikke blive skelnet mellem forskellige målgrupper og indsatser. Således vil de politiske aktørers betragtning, som omhandler en diskussion af ovenstående elementer, som udgangspunkt være sorteret fra, med mindre det vurderes at have indflydelse på organiseringen.

3.0 Videnskabsteoretisk position

Inden de metodologiske og teoretiske overvejelser præsenteres vil der kort blive gjort rede for valg af videnskabsteoretisk position samt den betydning, valget har for den viden, som specialet ønsker at indsamle.

Formålet med specialet er at afdække de betragtninger, som de politiske aktører gør sig om organiseringen af rehabiliteringsteams, samt hvilken betydning betragtningerne har for organiseringen af rehabiliteringsteams. Således søger specialet igennem den videnskabelige forskningsproces at kortlægge og synliggøre, hvilke betragtninger som er i spil, og hvordan betragtningerne bidrager til at forstå processen bag skabelsen af en central del af førtidspensionsreformen: organiseringen af rehabiliteringsteams. Udgangspunktet er derfor at undersøge betragtninger, som eksisterer, men hvis indhold og relationer er ukendt, samt undersøge hvilke mekanismer og strukturer der ligger bag betragtningerne. Derved udspringer specialet af en opfattelse af, at der findes en objektiv social verden udover den verden, som vi kender til, og som eksisterer uafhængigt af vores viden om den.

3.1 Kritisk realisme

Opfattelsen af, at virkeligheden har en objektiv eksistens - at der findes en virkelighed, som virker uafhængigt af de begreber, vi har om den – er den kritiske realismes ontologiske og epistemologiske udgangspunkt. Idet specialet deler den kritiske realismes forståelse af virkeligheden, vil specialet tage afsæt i denne videnskabsteoretiske position. Ifølge den kritiske realisme er det samfundsvidenskabernes opgave at identificere et forskningsobjekt og de kausale eller generative mekanismer, der ligger bag. Med den normative kritiske tilgang bliver det desuden videnskabens opgave, på baggrund heraf, at kritisere de eksisterende strukturer og understøtte handlinger, der bidrager til at fjerne eller ændre disse. Opgaven inden for den kritiske realisme er derfor at søge at identificere generative mekanismer og fastslå, hvordan de kommer til udtryk og former konkrete hændelser og processer, og dermed hvordan fænomener konstitueres. (Andersen, 2007; 116). Med det som udgangspunkt er fokus således at identificere og beskrive de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams og ud fra det undersøge, hvordan betragtningerne, gennem deres betydning, konstituerer begrebet rehabiliteringsteams set i et organisatorisk perspektiv.

Kritisk realisme tillægger beskrivelsen af genstandsfeltets ontologi stor betydning. Hvad er de sociale strukturer, normer, institutioner, der karakteriserer virkeligheden, og som må lægges til grund for besvarelsen af problemformuleringen? Ontologien bliver herved bestemmende for valg af analysemetode og –model og dermed også for epistemologien (Jespersen, 2012; 145). Ud fra denne

betragtning ansues specialets genstandsfelt som den centrale ramme for forskningsområdet, og dermed er den styrende for de metodologiske valg, der træffes undervejs i specialet.

4.0 Metode

4.1 Metodologiske valg

Den kritiske realisme forsøger at bryde den stereotype tilgang, hvor man enten bekender sig til modellen med de gentagne laboratorieforsøg eller de absolutte krav om metodologisk ensrettethed, hvor fokus lægges på den subjektivt tolkede case-story og den tilknyttende diskurs. Således ønsker den kritiske realisme at bryde med den videnskabsteoretiske enten/eller-fortolkning gennem sin præcisering af det ontologiske genstandsfelt, der anses som afgørende for valget af den mest hensigtsmæssige analytiske fremgangsmåde (Jespersen, 2012; 163).

Ønsket med specialet er - med afsæt i den kritiske realisme - at undersøge, hvilke betragtninger de politiske aktører gør sig om organiseringen af rehabiliteringsteams, samt hvilken betydning betragtningerne har for organiseringen af rehabiliteringsteams. Det betyder, at valg af undersøgelse skal afspejle muligheden for at afdække den virkelighed, som kan gennemskue strukturer og kausale sammenhænge og dermed belyse den observerede udvikling inden for specialets genstandsfelt. Det overordnede formål med en kritisk realistisk sociologisk undersøgelse er at fastslå, hvad der genererer (producerer) en specifik social hændelse. Inden for den kritiske realisme sonderer man mellem tre overlappende domæner af virkeligheden: Empiriens domæne, det faktiske domæne og det reale domæne. Ifølge Roy Bhaskar, som anses for at være grundlægger af den kritisk realisme, er disse tre ontologiske domæner ikke umiddelbart sammenfaldende, hvorved der i stedet opstår en ontologisk kløft, som videnskaben har til opgave at bygge bro over. Således bliver opgaven i specialet at tage udgangspunkt i en metode, som kan afdække sammenhængen mellem 1. Det, vi erfarer (empiriens domæne), 2. Det, der faktisk sker (det faktiske domæne), og 3. Det som får tingene til at ske (det reale domæne) (Andersen, 2007; 13, 29)

Da det ontologiske genstandsfelt i specialet udspringer af en viden om politiske aktører og deres betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams, er det essentielt at anvende en metode som både kan bidrage til at afdække netop de sammenhænge, der er mellem empiriens -, det faktiske og det reale domæne. Den kritiske realisme lægger sig ikke op af konkrete metoder og analyser, men fastholder det ontologiske genstandsfelt som bærende for det valg (Jespersen, 2012;163). Således skal metoden bidrage til både at afdække de politiske aktørers betragtninger i sammenhængen mellem empiriens og det faktiske domæne samt give indsigt i de mekanismer, som inden for det reale domæne får tingene til at ske.

Den kritiske realisme arbejder ud fra en erkendelse af, at den objektivt eksisterende virkelighed altid er begrebsligt formidlet. Begreber medierer vort forhold til verden (Andersen, 2007; 15). Bhaskar foreslår, at begrebsklarhed får samme status i samfundsvidenskaberne, som målinger har inden for naturvidenskaben og hælder således mod anvendelsen af den kvalitative forskningsmetode (Buch-Hansen & Nielsen, 2005; 63). I specialet anses de politiske aktørers betragtninger for noget, der er begrebsmæssigt formidlet, og som i sidste ende skal bidrage til vores forståelse af fænomenet rehabiliteringsteams. For at kunne finde frem til de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams, og hvordan betragtningerne kan anskues som en proces, hvori forskningen foregår, er det således nødvendigt at gøre brug af en undersøgelsesmetode, som lægger vægt på: ”*[...]entiteters kvaliteter og på processer og betydning, der ikke kan undersøges eksperimentelt eller måles*” (Justesen & Mik-Meyer, 2010; 17). Med udgangspunkt i både Bhaskar og Justesen & Mik-Meyer lægges der op til, at den kvalitative undersøgelsesmetode vil være den bedste egnede til at indfange de empiriske data, som bedst muligt kan bidrage til besvarelsen af specialets problemformulering.

4.2 Kvalitativ undersøgelsesmetode

Den kvalitative undersøgelsesmetode er velegnet i forbindelse med specialet, idet den først og fremmest retter sig mod det unikke, det kontekstafhængige samt det menings- og forståelsesorienterede (Højberg, 2012; 340). Således lægger den op til en beskrivelse af fænomenerne i deres kontekst og på den baggrund leveres en fortolkning, der giver en øget forståelse af fænomenet (Justesen & Mik-Meyer, 2010; 17-20). Metoden kan ud fra det perspektiv bidrage til at give den bedste mulige indsigt i de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams og bidrage til at få belyst de særlige kendetegn, som kommer til udtryk.

4.3 Eksplorativ tilgang

Specialet bærer præg af at have et eksplorativt ærinde med vægt på processen og med et mål om at finde frem til de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams. Således anlægges et *nedefra perspektiv* med ønsket om at tage afsæt i en tilgang, hvor empirien er præget af åbenhed i den forstand, at empirien *taler sit eget sprog* (Olsen, 2003; 70). Dermed er der ikke på forhånd valgt en retningsgivende teori, som gennem tolkning af teoretiserede begreber udstikker retningslinjer for, hvad der søges efter i analysen, som man ser det inden for den deduktive tilgang. I stedet tilsluttes en mere metodisk tilgang, hvor teorien danner rammen for det analytiske afsæt. Teorien har dermed til hensigt at skabe en tolkningsramme for analysen, som skal sikre, at de

processer og strukturer - som repræsenterer de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams - bliver synlige.

4.4 Empirisk materiale

Valget af empirisk materiale har været en proces, der er startet som en del af den research, der er lavet i forbindelse med specialets problemfelt. Vandringen gennem problemfeltet har således bidraget til overvejelserne om det empiriske grundlag og skabt et overblik over det genstandsfelt, som danner udgangspunkt for undersøgelsen. Således har det været overvejet, hvilken type af empirisk materiale, der gennem en kvalitativ undersøgelsesmetode, bedst bidrager med indsigt i de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteamet. Derudover har det været centralt, at det empiriske materiale har bidraget til så stor en åbenhed som muligt. Således er adgangen til empirien, og den kontekst den fremstår i, af vigtig betydning i et kritisk realistisk perspektiv. Det er gennem undersøgelser af, hvordan konteksten spiller ind på den genstand, som udforskes, at man får en så nøjagtig og rigtig viden om denne genstand, som det er muligt (Justesen & Mik-Meyer, 2012; 20). Således bliver grundigheden i valget af det empiriske materiale afgørende for, hvorvidt adgangen til de strukturelle forhold og de generative mekanismer fremstår tydeligt.

Overvejelserne om det empiriske materiale er både gået på interviews af relevante politiske aktører og observationer af fora, hvor emnet er blevet diskuteret. Disse tilgange har vist sig både at være omfattende i forhold til mængden af politiske aktører, der skulle interviewes / observeres, og muligheden for at få de rette politiske aktører i tale ville blive udfordrende, endda formentligt umuligt. I stedet har den politiske proces, som har dannet ramme for lovens tilblivelse i Folketinget, givet adgang til en række offentlige dokumenter - herunder høringssvarene fra forskellige høringsspartner, referater fra Beskæftigelsesudvalgets møder og referater fra behandlingerne i Folketingssalen.

4.4.1 Dokumenter

Adgangen til de mange dokumenter har åbnet for et bredt empirisk felt, hvor alle tænkelige politiske aktører, som har ønsket at påvirke den politiske beslutningsproces om organiseringen af rehabiliteringsteams, er at finde.

I et kritisk realistisk perspektiv vil dokumenter typisk blive anskuet som en form for kildemateriale, der skal give forskeren indblik i bestemte forhold i verden, sådan som disse er i sig selv, dvs. uafhængigt af både forskningsprocessen og dokumentets tilblivelseskontekst. Dokumentlæsning anskues i den forbindelse som et redskab, der formidler adgang til virkeligheden. Selvom det kritisk realistiske perspektiv arbejder ud fra en ontologisk præmis om, at virkeligheden – og dermed også

analysegenstanden - har en bestemt form forud for undersøgelsen, er man ud fra det perspektiv opmærksom på, at dokumenter kan referere til flere forskellige aspekter af virkeligheden. Hermed rettes opmærksomheden mod, at der i en dokumentanalyse gives adgang til en viden, der ligger uden for teksten i dokumentet (Justesen & Mik-Meyer, 2010; 130, 131). Netop denne forståelse af at dokumenter både giver adgang til virkeligheden, men også retter sin opmærksomhed mod den viden, der ligger uden for teksten, bidrager med en yderligere dimension som understøtter forbindelsen mellem problemformuleringens to undersøgelsesdele og forholdet mellem den kritiske realismes tre domæner. Således kan dokumenterne give adgang til både den åbenlyse virkelighed, hvor aktørernes betragtninger er synlige, samt den dybere forståelse af hvad betragtningerne har af betydningen for udfaldet af den politiske proces.

Det empiriske materiale udgøres således af en række dokumenter, der består af det nye lovforslag på førtidspensionsområdet, en række udvalgte hørings svar samt referater og spørgsmål fra lovprocessen i Folketinget. Fælles for dokumenterne, som vil blive præsenteret nedenfor, er, at de alle udtrykker en række betragtninger, som har med organiseringen af rehabiliteringsteams at gøre.

De første dokumenter, som præsenteres, er de dokumenter, som ligger til grund for de første tanker om en ny førtidspensionsreform. Derefter kommer en beskrivelse af lovforslagene, der knytter sig til reformen. Til sidst præsenteres hørings svar og referater fra Folketinget og Beskæftigelsesudvalget.

4.4.2 Rapport og udspil fra tidligere regering

Førtidspensionsområdet har været et politisk fokusområde i mange år, og i den forbindelse er det relevant at udvælge et standpunkt, som udspringer af de første tegn på den nye førtidspensionsreform. Med det udgangspunkt har det derved været muligt at påbegynde den empiriske vandring i de dokumenter, som ligger år tilbage i forbindelse med en undersøgelse af området, som den tidligere VK-regering iværksatte. Dokumenterne består af:

- Arbejdsmarkedskommissionens rapport fra 2009 (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009)
- VK-regeringens udspil til en førtidspensionsreform fra 2010 (Regeringen, 2010)

4.4.3 Lovforslaget på førtidspensionsområdet

Lovforslaget foreligger i to udgaver. Den første udgave er fremlagt ved førstebehandling i Folketinget og ligger til grund for høringsparternes kritik i hørings svarene og debatten ved de to førstebehandlinger i Folketinget samt i Beskæftigelsesudvalget. Det lovforslag er blevet gennemgået med henblik på at få en forståelse af den måde, regeringen ser rehabiliteringsteams organiseret. Det andet

lovforslag er anvendt i forbindelse med opfølgningen på de ændringer, der er sket, fra loven blev fremsat ved førstebehandling, og til den endelige lov blev vedtaget i forbindelse med tredjebehandling.

- Forslag til Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksjob, løntilskud m.v.) (Beskæftigelsesministeriet, 2012a)
- Lovforslag som optrykt efter andenbehandling (Folketingets hjemmeside, 2012c)

4.4.4 Høringssvar

I alt har Beskæftigelsesministeriet modtaget 72 høringssvar fra politiske, faglige og frivillige organisationer og private borgere omhandlende hele reformen - både førtidspensions- og fleksjobområdet. Alle høringssvar er blevet gennemlæst og screenet med udgangspunkt i de problemstillinger, som i første omgang har med førtidspensionsområdet at gøre, og dernæst behandler emnet vedrørende rehabiliteringsteams og organiseringen af disse. Høringssvarene er - udover den første systematiske gennemgang i forhold til at indkredse de politiske aktørers betragtninger - også blevet vurderet på baggrund af aktørerne bag høringssvarene.

- 12 høringssvar er udvalgt, idet de forholder sig til rehabiliteringsteams og de problemstillinger, der ligger i forbindelse med disse teams og deres organisering, og hvor de politiske aktører bag må betragtes som havende en vis politisk indflydelse (udddybes yderligere i afsnit 6.4.1 Behandling af dokumenter) (Borger.dk, 2012).

4.4.5 Referater/ behandling i Beskæftigelsesudvalget

Alle tre referater fra behandlingerne i Folketinget samt alle spørgsmål og svar, Betænkningssdokument mv. er blevet gennemlæst og sorteret med henblik på at finde betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams. Hvor der i udvælgelsen af høringssvarene er taget højde for høringssvarernes baggrund og relevans, er alle dokumenter som er brugt i forbindelse med behandlingen i Beskæftigelsesudvalget og referater fra behandlingerne i Folketinget medtaget som empiri. Årsagen til det ligger i beskæftigelsesministerens svar på spørgsmålene i forbindelse med udvalgsbehandlingen. Således har de direkte spørgsmål, som er sendt til Beskæftigelsesudvalget, fået en konkret besvarelse, som det vurderes er lige relevant, uanset spørgerens status.

Idet den politiske proces i Folketinget har fundet sted under analysen af hørings svar, har processen haft indflydelse på, hvornår empirien har været tilgængelig. Bruttolisten af dokumenter har således udgjort:

- Spørgsmål og svar (144 spørgsmål og svar) (Folketingets hjemmeside, 2012a)
- Samrådsspørgsmål (A-I) (Folketingets hjemmeside, 2012b)
- Betænkninger (Betækningsdokument, 2012)
- Referater fra alle tre behandlinger i Folketinget (Folketingets hjemmeside, 2012d)

5.0 Teori

5.1 Baggrund for valg af teori

Den valgte teori har, ud fra den kritiske realismes perspektiv, en særlig rolle i specialet: at bidrage til at afdække sammenhængen mellem de tre domæner. Således skal teorien fungere som analyse-redskab, hvor dokumenterne og deres indhold udgør det empiriske materiale, og hvorigennem de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams, kortlægges, og dermed giver adgang til de generative mekanismer. Valget af teori skal ligeledes ligge i forlængelse af den eksplorative tilgang. Således skal teorien bidrage til at fastholde en analytisk ramme og derigennem sikre en gennemsigtig analysemetode.

Idet specialet i første omgang søger at beskrive de betragtninger, som de politiske aktører gør sig i forhold til organiseringen af rehabiliteringsteams, har udgangspunktet for valg af teori i første omgang skulle forenes med den kritiske realisme og dens fokus på synliggørelsen af det observerbare. Ønsket med anvendelsen af teorien er altså ikke at finde forklaringsårsager eller tendenser i relation til teoretiske begreber, men i stedet at kortlægge processerne over, hvordan de politiske betragtninger fremstår i forhold til organiseringen af rehabiliteringsteams, og dermed gøre det muligt at få indsigt i de generative mekanismer, som konstituerer fænomenet rehabiliteringsteams. Samtidig skal teorien kunne frigøres fra en strukturel forståelse som det afgørende for, hvordan samfundet skabes, men i stedet vise den struktur gennem en analyse af forandringer. Vægten ved valg af teori skal således ligge på, hvordan noget udvikler og forandrer sig i retninger, som vi på forhånd ikke kender til. Empirien skal i den forstand *tale sit eget sprog*, hvilket teorien skal tillade.

På baggrund af betragtningerne er det teoretiske valg faldet på Aktør-Netværks-Teorien (i det følgende kaldet ANT). Denne teori repræsenterer netop en forskningstilgang, hvor fokus er på at følge det, som skaber forandringsprocesserne. Således kan ANT bidrage til at synliggøre de strukturer, hvori aktører gennem deres aktiviteter holder samfundet sammen i et aktør-netværk (Fuglsang, 2012, 418).

En af grundtankerne i ANT, som også ligger i forlængelse af specialet og den kritiske realisme, er, at hverken samfundet eller det sociale foreligger fra begyndelsen. Udgangspunktet for såvel ANT som den kritiske realisme er derfor at få adgang til en objektiv virkelighed, der eksisterer uafhængigt af vores viden om den. Da den kritiske realisme ikke har en entydig metodisk tilgang til, hvordan man får adgang til virkeligheden, kan ANT ses som en mulig metode til at skabe denne adgang.

Både ANT og den kritiske realisme deler en processuel forståelse, hvor handlinger og generative mekanismer er determinerende for vores forståelse af et fænomens tilblivelse (Jespersen, 2012; 150, Fuglsang, 2012, 419). Dog udspringer denne processuelle forståelse af forskellige udgangspunkter, der har betydning for, hvad der er det centrale for undersøgelsen. Målet i ANT er at opspore det sociale i kraft af hårfine forandringer ved at forbinde ikke-sociale ressourcer gennem et empirisk objektive materiale. ANT arbejder ud fra en flad ontologisk forståelse og forholder sig ikke til andet end at kortlægge de synlige strukturer gennem objekters relationer til hinanden (Jensen, 2003: 6). Den kritiske realisme har i stedet en forestilling om, at objekter besidder kausale kræfter, generative mekanismer, som genererer hændelser (Andersen, 2007; 26). Således adskiller de to tilgange sig væsentligt fra hinanden ved at have fokus på enten det relationelle forhold mellem objekter eller på kausalitetsforklaringer.

Formålet med at anvende ANT i specialet er at få synliggjort de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams gennem en analyse af relationer og synlige strukturer. Ifølge Bruno Latour, som er en af hovedmændene bag ANT, er det aktørerne selv, der gennem deres indsigt i og reaktion på et aktør-netværk, kan bidrage til en *dybere struktur* via deres handlinger (Fuglsang 2012, 419). Dermed er det inden for ANT ikke forskeren, som skal konkludere eller finde årsager til en given udvikling. I stedet fastholdes aktørerne som de væsentlige forandringsagenter, der med udgangspunkt i en ANT-analyse gennem deres reaktioner udvikler og former et netværk inden for et givet forskningsfelt.

Omvendt ser den kritiske realisme det som essentielt, at man som forsker finder frem til de strukturer og generative mekanismer, som generer hændelser og processer. Ved at gå bag om det, som er synligt, får man adgang til, hvad det er, der konstituerer fænomener. Således giver denne forståelse om, hvordan noget skabes, mulighed for at anlægge et kritisk perspektiv på det, som man finder frem til. Modsat ANT bliver det inden for den kritiske realisme forskerens opgave at forholde sig kritisk til det fænomen, som konstitueres.

På trods af at kritisk realisme og ANT repræsenterer forskellige fokus på, hvad der er det centrale for den videnskabelig proces, har de den fordel, at de begge ud fra en række komplementære betragtninger kan bidrage til en metodisk fremgangsmåde, hvor problemformuleringen kan blive besvaret. Således har ANT grundet den flade ontologiske forståelse den fordel, at den gennem sin netværks-sporende tilgang kan synliggøre de politiske aktørers betragtninger og sætte dem i relation til hinanden. Således bidrager metoden til at afdække sammenhængen mellem det empiriske materiale - i form af dokumenter - og de begivenheder det afføder og er derfor egnet i forbindelse med besvarel-

sen af den første del af problemformuleringen: Hvilke betragtninger gør de politiske aktører sig om organiseringen af rehabiliteringsteams?

Idet ANT ikke kan anvendes som metode til besvarelse af den sidste del af problemformuleringen, grundet den flade ontologiske forståelse, er det nødvendigt at søge tilbage i den kritiske realisme. Således skal den kritiske realismes forståelse af sammenhængen mellem de generative mekanismer, det faktiske niveau og det empiriske niveau bidrage til at finde svaret på den sidste del af problemformuleringen: Hvilken betydning har de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams?

5.2 Aktør-Netværksteori

Latours forskningstilgang udspringer af hans etnografiske studier af laboratoriearbejde. Latour mente, at den etnografiske tilgang kunne vise, at den tidligere opfattelse af social- og naturvidenskab som to separate videnskabsområder, nu kunne betragtes under en fælles "videnskabskultur". Således blev det naturvidenskabelige felt og dets produkter opfattet som et resultat af en lang række andre forudgående sociale aktiviteter (Jensen, Lauritsen, Olesen, 2007; 64).

Målet med ANT er at producere en videnskab om *det sociale*, der nøjagtigt er tilpasset til det sociale specificitet. Hvis det sociale alene cirkulerer og bliver synligt, når det sender sit skin gennem sammenkædninger af mediatorer, så er det, ifølge Latour, dét, der skal gendannes, kultiveres, trækkes frem og komme til udtryk i de tekstlige redegørelser. Latour ser således den videnskabelige opgave som bestående i at iværksætte aktører som netværk af medieringer (Latour, 2008; 163).

En central opfattelse i ANT, er at verden opfattes som en sammenhæng, hvor aktører af enhver tænkelig art indgår i indbyrdes alliancer for at opnå nogle resultater, de kan tilslutte sig og have gavn af (Jensen et al., 2007; 72). Da det i specialet er valgt at lade de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams danne grundlag for undersøgelsen, giver teorien anledning til at definere aktørernes indbyrdes forhold og dermed sætte dem i relation til hinanden.

Idet ANT betragter netværk som noget, der dannes gennem en vedvarende sammenvævning af menneskelige og ikke-menneskelige aktører i knuder og forbindelser, distancerer den sig fra den traditionelle sociologi, som enten er optaget af samfundets aktører eller deres strukturer (Ibid.; 71). Ud fra denne betragtning kan alt i princippet figurere som politiske aktører, og teorien åbner op for den mulighed at se på relationerne mellem såvel politiske organisationer, høringsvar som førtidspensionsreformen. På denne baggrund udelukker ANT derfor enhver fortolkning af verden, hvor mennesker og ting bliver delt op i prædeterminerede kategorier, og lader i stedet aktørerne definere

deres egne forhold til hinanden gennem relationerne. Dermed ikke sagt, at ANT ikke anerkender mikro- og makroaktører, for det gør den. Forskellen mellem dem er bare, at de er fremkommet igennem konstruktionen af netværket (Ibid.; 73). Ifølge Lars Fuglsang (2012), lektor fra RUC, kan man forstå det således, at ANT tilstræber at vise, hvordan mikrouniverser gennem forskellige *translationsprocesser* (vil blive uddybet i det næste afsnit) udvikler sig til makrouniverser frem for den anden vej rundt. Dog adskiller ANT sig på flere punkter fra andre mikrosociologiske tilgange ved også at interessere sig for, hvad der holder makrosociale sammenhænge sammen - herunder ud fra et særlig magt- og politikperspektiv. Fuglsangs enkle beskrivelse af sammenhængen mellem mikro/makroniveauer er en interessant og anvendelig måde at forholde sig til specialets forskellige niveauer på. Således giver den anledning til at vurdere, hvornår der er tale om, at aktører taler på mikro- eller makroniveau, og hvornår et mikroniveau er *stærkt nok* til at udgøre et makroniveau. Betragtningerne om det er relevante i forhold til, hvordan analysen gribes an og dermed, hvordan man kan anskue aktørernes handlinger og magtforhold.

I modsætning til andre mikrosociologiske tilgange er ANT ikke socialkonstruktivistisk, idet den opfatter det, som den beskriver, som konstruktioner og repræsentationer af reelt eksisterende objekter, ikke som produkter af *sociale* relationer. Konstruktioner forstås derfor ikke ontologisk entydigt, men som mangfoldige og omskiftelige i den forstand, at de kan beskrives fra forskellige perspektiver, og at de hele tiden ændrer sig (Fuglsang, 2012; 421).

En af de store udfordringer ved anvendelsen af ANT er de mange begreber, hvis almene gyldighed og forståelse i den traditionelle socialvidenskab, er ophævet. En aktør i ANT er ikke en aktør i den traditionelle forstand, og et netværk er ikke et netværk. Således kan det være svært at se, om ANT er en teori eller en metode. Latour selv opfatter ANT som en teori, men en teori om, hvordan man studerer ting, og hvordan man giver aktørerne plads til at udtrykke sig, som de selv vil (Latour, 2012; 170). Teorien danner altså grundlag for den metode, man vælger som udgangspunkt for sin undersøgelse. Således vil de teoretiske betragtninger, der ligger bagved ANT, fungere som inspiration til den analysemetode, som anvendes senere i specialet.

Ifølge Torben E. Jensen, professor ved Aalborg Universitet, kan ANT opfattes som en bred analytisk tilgang, med en vis grad af kreativ fortolkning (Jensen, 2003; 8,9). Og netop bredden på den analytiske tilgang - og ANT's fokus på de konstante handlinger mellem aktørerne, som skaber bevægelser i netværket - anses perspektivet som en styrke. Idet ønsket med specialet er at undersøge, hvilke politiske betragtninger, de forskellige aktører gør sig om organiseringen af rehabiliteringsteams i forbindelse med den nye førtidspensionsreform, kan ANT som metode bidrage til at analysere og

beskrive de politiske betragtninger, som i sidste ende vil udgøre et nyt aktør-netværk. Ud fra den antagelse anerkendes det - ligesom i ANT - at de politiske aktørers betragtninger eksisterer. Men hvordan de gennem relationer udvikler deres eget aktør-netværk, kræver kortlægning og analyse af aktørernes vandring.

I nedenstående afsnit gennemgås nogle centrale begreber i ANT med henblik på deres konkrete brug i analysedelen. Som beskrevet tidligere anvendes ANT-litteraturens begreber - som eksempelvis *aktør* og *netværk* - anderledes end de normalt gør inden for socialvidenskaben. Det findes derfor relevant at fremhæve, hvilket perspektiv ANT anlægger på disse begreber, hvordan begreberne anvendes i specialet og danner grundlag for den valgte analysestrategi.

5.3 Begreber i ANT

5.3.1 Aktør/Aktant

En aktør inden for ANT kaldes også en aktant og beskrives som noget, der handler, eller hvortil aktivitet gives af andre (i specialet vil betegnelsen *aktør* blive anvendt). En aktør kan bogstaveligt talt være hvad som helst (et dokument, et organ, en global organisation, en maskine), når bare den kan tilskrives at være kilden til handling. Denne radikalt åbne definition, som adskiller sig fra hovedparten af den sociologiske tænkning, kan give anledning til forvirring, da de fleste andre teorier kun bruger aktørbegrebet om mennesker individer eller grupper. I ANT er aktørerne ikke defineret i kraft af sig selv - som man f.eks. ser det inden for diskursteorien - men i stedet i kraft af den handling, de tilskrives af andre. Dermed menes også, at aktørerne er netværket, som fra et givent perspektiv har opnået stabilitet og forudsigelighed, og dermed fremstår som det, man kalder en *black box* (black box begrebet er beskrevet i et senere afsnit) (Fuglsang, 2012; 426). Inspirationen om aktørbegrebet er hentet fra en artikel af Torben E. Jensen, *Aktør-Netværksteori- en sociologi om kendsgerninger, karakter og kammuslinger* (2003). I artiklen dækker aktørbegrebet over de knudepunkter i et netværk, som tilskrives handling. Derudover vil aktørbegrebets meget brede anerkendelse af, hvad der kan være en aktør ligeledes blive anvendt. I forhold til at inkludere forskellige typer af aktører, både menneskelige og ikke menneskelige - som f.eks. hørings svar, høringsparter, rehabiliteringsteams mv. - skelnes der mellem aktørbegrebet, som anvendes i problemformuleringen og det analytiske begreb i analysen. Hvor begrebet aktør i problemformuleringen er forklaret som de politiske aktører i form af menneskelige grupperinger, vil aktørbegrebet i specialets analysedel referere til den meget brede definition af begrebet i ANT.

5.3.2 Netværk

Ifølge Latour er netværksbegrebet i virkeligheden et uheldigt valg, da begrebet har været anvendt i mange andre sammenhænge - ligesom aktørbegrebet - idet dets betydning inden for ANT er anderledes, end man normalt betragter. Han foreslår derfor, at man med fordel, gennem anvendelse af det engelske sprog, kan bytte om på ordene i *network* og i stedet kalde fænomenet *work-net*, med vægt på *work*. For netværk er ikke noget, der findes, men et arbejde (*work*) der gøres af nogen, nemlig arbejdet med at repræsentere noget (Latour, 2008; 171, Fuglsang, 2012; 430). Netværk skal derfor ikke opfattes som et givent afgrænset fænomen, hvor netværket kan spores, men derimod skal det opfattes som en *netværksspirende* aktivitet. Latour forklarer, at det er aktører, hvis definitioner af verden skitserer, sporer, skildrer, arkiverer, katalogiserer, registrer og afmærker en bane, som kaldes et netværk. Intet net eksisterer uafhængigt af den handling, der sporer det, og ingen sporing kan foretages af aktører uden for nettet. Et net skal altså ikke forstås som en *ting*, men i stedet en registreret bevægelse af ting. Fokus i forhold til netværk handler derfor ikke om, hvorvidt et net er en ting, en repræsentation, en del af samfundet, en del af en diskurs eller en del af naturen. Det drejer sig om, hvad der bevæger sig, og hvordan denne bevægelse bliver registreret (Fuglsang, 2012; 430). Og netop denne forståelse af, hvordan et netværk skabes, vil udgøre en analytisk præmis i forbindelse med kortlægningen af de politiske aktørers betragtninger

Et andet væsentligt aspekt, som analysedelen vil lade sig inspirere af, er Torben E. Jensens antagelse af, at netværket ikke kun skal bestå af én type relationer - tværtimod beskæftiger ANT-analyser sig typisk med heterogene netværk, som består af mange typer af relationer (Jensen, 2003; 7). Således ses der i specialet bort fra disse *enkeltyper af relationer*. I stedet vil fokus være på at lade alle typer af relationer få mulighed for at få plads i netværket. Forståelsen af disse typer af relationer kan bidrage til at løsrive sig fra det almindelige samfundsvidenskabelige syn på relationer som en menneskelig handling og i stedet se mulighederne i, at alle former for handlinger kan forstås som en relation og dermed få mulighed for at frembringe aspekter, som ikke vil have været synlige, hvis valget af teori havde været en anden.

5.3.3 Translationer

Begrebet *translationer* er et tredje begreb fra ANT, som er vigtigt at forstå. I ANT bruges translation, i bred forstand, om de processer, hvormed en aktør opnår styrke ved at associere sig med andre. Styrkelsen af en aktør opnås ved, at denne aktør indtager en position, hvor den kan tale eller virke på vegne af en anden. Således skal translationer forstås som en lang kæde af aktiviteter eller handlinger, som forbinder aktørerne i et netværk (Jensen, 2003; 8). Ifølge Latour skabes der igennem denne

række translationer en form for tilpasning, hvorved mange aktører ensartes (eks. regeringsgrundlagets tilblivelse). Hver gang en aktør udviser aktivitet, som repræsenterer flere aktører, oversættes de mange aktører til en enkelt vilje og taler på vegne af de mange: ”Vi mener det samme”, ”Vi har de samme interesser”, ”Vi ønsker det samme” (aktørerne går fra mikro- til makroniveau) (Jensen et al., 2007; 78). I analysen vil translationsbegrebet blive anvendt med inspiration fra Latour. Således vil translationerne i princippet danne det empiriske grundlag, idet det er dér betragtningerne, mellem de forskellige aktører synliggøres og dermed igangsætter rækken af translationer.

Rækken og mængden af translationer vil, afhængig af de aktører, som sætter handlingerne i gang, enten udgøre en mængde af mikroaktører eller udgøre en makroaktør. Såfremt en mængde af mikroaktører deler fælles betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams, kan de udgøre en makroaktør. Således vil analysen forholde sig til, hvorvidt aktørerne kan betragtes som handlende på egne eller fælles vegne gennem den aktivitet, der er at spore i relationerne mellem aktørerne. I den forbindelse er translationsbegrebet i høj grad forbundet med situationer, som er karakteriseret ved uoverensstemmelser, politiske konflikter, skiftende alliancer og strategiske forsøg på at mobilisere allierede mv. (Blok & Jensen, 2009; 271). Inden for ANT er man interesseret i et hvilket som helst element og en hvilken som helst relation, som bidrager til at stabilisere eller destabilisere et netværk gennem kontroverser. Dermed er ANT ikke en ren beskrivelse af de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams, men også en synliggørelse af de interessekonflikter, der må være mellem aktørerne. (Ibid.; 79). Aktørerne vil ikke alene engagere sig i en kontrovers om, hvilken handlingsinstans, der tager over, men også om de måder, hvorpå denne instans gør sin indflydelse gældende (Latour, 2008; 83). Og dermed repræsenterer ANT således et magtfokus, som kan blive relevant for analysen.

5.3.4 Black box

Black box er det begreb, Latour anvender, når mange elementer er bragt til at virke som ét. En black box indeholder det, som ikke længere er nødvendigt at overveje. Det vil sige det, hvis virkning vi tager for givet og hvis indhold, vi derfor ikke behøver at beskæftige os med. Jo flere ting, en aktør kan placere i en black box, f.eks. tankebaner, vaner, kræfter og genstande, jo større konstruktioner kan der bygges. Selvom en black box som udgangspunkt ikke kan betragtes som lukket, vil aktører på makroniveau forsøge at holde den hermetisk lukket. På den måde reduceres de komplikationer, som aktører ikke har gavn af at diskutere, og i stedet opstår ”selvfølgeligheder”. Hvis processen lykkedes, har makroaktøren opnået en forsimpning af verden, som ingen sætter spørgsmålstegn ved, og på den måde kan aktøren vokse sig endnu større. (Jensen et al., 2007; 83, 84). Som beskrevet i

afsnittet "Aktør-Netværk", kan makroaktører bestå af en samling af mikroaktører. Makroaktører er hverken større eller mindre end mikroaktører. De har blot fået tildelt større styrke, fordi de har opbakning fra mange allierede i et netværk. På baggrund af denne opfattelse foreslår Latour derfor, at man undlader at tale om aktørernes størrelse, men derimod om netværkets længde eller udbredelse (Ibid.; 83). Forholdet mellem mikro og makro analyseres som en proces, hvor aktør-netværket oversættes til andre aktørers perspektiver, hvorved disse bliver præsenteret i aktør-netværk. Jo mere aktør-netværket kan *blackboxe* sådanne repræsentationer i tingslige relationer, desto mere varigt og solidt bliver det (Fuglsang, 2012; 433).

Med udgangspunkt i Fuglsangs fortolkning af Latours antagelse af black box-begrebet, vil begrebet primært blive anvendt som analytiske afsæt. Begrebet dækker derfor over dét, man kan betragte som aktør-netværkets analytiske udgangspunkt. Udover at udgøre det analytiske udgangspunkt, giver begrebet også mening at anvende som form for afgrænsning af analysen, idet analysen vil støde på translationer, som udspringer af aktører med black box-status, som ikke hører til det aktør-netværk, som ønskes afdækket.

5.3.5 Opsamling

Latour betragter ANT som en teori, der kan anvendes som en metode i den videnskabelige forskning. I specialet vil ANT som metode, blive anvendt som analysestrategi, hvor fokus ligger på, hvordan de politiske aktørers betragtninger repræsenteres i en konkret socialt sammenhæng og skaber translationer mellem hinanden i forbindelse med vedtagelsen af lovforslaget på førtidspensionsområdet. ANT består af en række begreber som aktør, netværk, translationer og black box. Begreber, som alle betragtes som centrale elementer, når man skal lave en ANT-analyse, og som derfor danner grundlag for den analytiske tilgang i specialet.

6.0 Analyseafsnit

Idet både ANT og den kritiske realisme bidrager med inspiration til specialets analysemetode inden for problemformuleringens to spørgsmål, vil analyseafsnittet tage afsæt i det princip. Således vil de indledende afsnit omhandle de analytiske betragtninger og strategier, der knytter sig til ANT-analysen, og hvorefter ANT-analysen præsenteres. Da ANT-analysen ses som den metode, der skal afdække sammenhængen mellem det empiriske og faktiske domæne - og på denne baggrund skabe grundlag for at udforske det reale domæne - vil analysestrategien afspejle både ANT og den kritiske realisme.

6.1 Analytiske betragtninger

Den analytiske kreativitet i ANT udfoldes i forbindelse med beskrivelsen af, hvordan aktør-netværk opbygges og stabiliseres. Og selvom ANT fremstår som en bred analytisk ramme, er det centrale i analysestrategien, at følge den netværkssporende aktivitet gennem de translationer, der bidrager til at bygge netværket op. Helt konkret skal analysen være en beskrivelse af, hvordan det lykkes på et konkret og praktisk niveau, at noget kommer til at tale på vegne af noget andet. Analysen i specialet vil med det udgangspunkt søge at afdække og beskrive de translationer, som ud fra de politiske aktørers betragtninger giver mening i forhold til organiseringen af rehabiliteringsteams. Translationerne sættes i denne analyse i relation med de betragtninger, som de politiske aktører gør sig. Hermed fremstår betragtningerne som en række narrativer, hvori de politiske aktørers handlinger, interesser og opfattelser er indlejret. Således forstås betragtningerne som dem, der sætter translationerne i gang, og hvormed en aktør opnår styrke ved at associere sig med andre aktører. Som tidligere beskrevet, vil nogle typer af aktører oftest være funderet i andre netværksrelationer - hvilket anses som en vigtig pointe i forhold til specialets genstandsfelt - og dermed bygge på en eksisterende viden. Startpunktet for en ANT-analyse må ud fra denne anskuelse derfor bygge videre på en indlejret forståelse hos de aktører, hvorfra perspektivet på specialets genstandsfelt anskues. Aktørerne kan betragtes som en black box, idet de i kraft af deres stabilitet skaber det første indhold til nye aktører i netværket. Nedslagspunktet ses derfor som stabilt på det givne tidspunkt. man vælger det, og vil, fra det øjeblik det anvendes som udgangspunkt for analysen, ikke ændre indhold. I analysen betragtes både de forskellige regeringer, Arbejdsmarkedskommissionens rapport og høringsparterne som aktører, der alle har status som en black box, og dermed repræsenterer et indhold, som analysen bygger videre på.

Ligesom med startpunkter er det ligeledes svært at finde et slutpunkt for ANT-analysen. Ifølge Latour indeholder ANT ingen rammemæssige begrænsninger, idet aktørerne konstant vil udvikle

netværket gennem nye translationer. Således kan en ANT-analyse i princippet fortsætte i det uendelige, idet forandringer er en præmis for vores verden. Da en videnskabelig proces selvfølgelig må slutte på et tidspunkt, forklarer Latour, hvor han ser analysen ender, med disse ord:

”Det skriftlige har alt at gøre med metode. Man skriver en tekst på så og så mange ord i så og så mange måneder, baseret på så og så mange interviews, så og så mange timer med observation, så og så mange dokumenter. Og det er så det. Man foretager sig ikke yderligere.”

(Latour, 2008; 178)

Latours tilgang er enkel, men også en anelse unuanceret. Så selvom det er svært ikke at anerkende den tekst- og tidsmæssige begrænsning i forhold til, hvornår den videnskabelig proces afsluttes, er det omvendt svært at acceptere en præmis om, at en videnskabelig proces aldrig afsluttes. I specialet vil analysen og dens længde afhænge af den politiske proces. Dermed afsluttes analysen, når lovforslaget er vedtaget i Folketinget.

Et andet vigtigt element i analysen er at fastholde det fokus, der er på den aktivitet, der giver mening til en aktør. Det er derfor vigtigt at fastholde, at organiseringen af rehabiliteringsteams ikke skal forstås som et konstrueret fænomen, men i stedet bliver et forsøg på at vise, *hvordan* rehabiliteringsteams bliver konstrueret i praksis gennem de politiske betragtninger om organiseringen. Ved at have for øje at det er beskrivelsen af de betragtninger, som de politiske aktører gør sig om organiseringen af rehabiliteringsteams, er det muligt at sikre sig en analytisk fremgangsmåde, som afspejler hensigten med ANT, men som også giver adgang til det reale domæne, hvor anerkendelsen af både strukturen og de generative mekanismer er det centrale.

6.2 Empiriens anvendelse i ANT-analysen

I ANT er en væsentlig pointe, at det er aktørerne og deres translationer, der styrer formen på det genstandsfelt, der skal udforskes. Ifølge Latour kender vi på forhånd ikke den vandring, vi skal ud på: *”Det er som et kort over et land i det 16. århundrede: Ingen er rejst ind i det, ingen er vendt tilbage, så for himlens skyld, lad det være blankt!”* (Latour, 2008; 181). Med det som udgangspunkt kan det være en udfordring at udvælge alt sit empiriske materiale på forhånd, idet empirien og de kilder, der repræsenterer empirien, ifølge Latour, må betragtes som en form for aktører, der gennem deres translationer udvider netværket og derigennem skaber nye adgange til nye aktører. Og da man på forhånd ikke ved hvilket indhold, der ligger i translationerne, og hvilken aktør translationerne fortæller noget om, er det begrænset hvor meget af empirien, der kan forudbestemmes. Som beskrevet i afsnittet ”Empiri”, er en del af specialets empiriske grundlag fundet i forbindelse med afdæk-

ningen af problemfeltet. Således kan man på pragmatisk vis sammenligne Latours rejse til det ukendte med afgrænsningen af problemfeltet og dermed som retningsgivende i forhold til den endelige problemstilling. Selvom udgangspunktet for analysen er, at det empiriske datagrundlag er tilgængeligt, vil der ifølge ANT opstå nye empiriske data som et led i analysen, da aktørerne sætter nye spor til aktører via deres translationer. For at være tro mod det ANT-princip, har det undervejs i analysen været muligt at inddrage mere empirisk materiale, såfremt det blev relevant. Som tidligere beskrevet har analysen været påbegyndt, inden al det empiriske materiale har været tilgængeligt. Eksempelvis har både behandlingen af førtidspensionsreformen i Beskæftigelsesudvalget og i Folketinget først fundet sted efter påbegyndelsen af analysen. Det har gjort det praktisk muligt at følge netværkssporene gennem de tidlige aktører i netværket frem til loven blev vedtaget og dermed følge udvidelsen af netværket gennem aktørerne og deres translationer.

Da det empiriske grundlag er et centralt element for den kritiske realisme, har hensigten med indsamlingen af empiri derfor båret præg af en åben tilgang, hvor store mængder af empiri er blevet gennemgået, ud fra devisen, at jo mere empirisk baseret viden, man kan få, jo bedre et grundlag har man for at diskutere den del af virkeligheden, som ligger skjult for os (Justensen & Mik-Meyer, 2010; 20).

6.2.1 Behandling af dokumenter

Lovforslaget, reformudspil fra både den nuværende og tidligere regering, Arbejdsmarkedskommissionens rapport og alle referater fra aktiviteter i Folketinget er blevet gennemlæst med henblik på at kunne beskrive de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams. Høringssvarene er, som beskrevet under afsnittet ”Empiri”, udvalgt på baggrund af deres informationsniveau i forhold til at se på de politiske betragtninger, som omhandler organiseringen af rehabiliteringsteams. I første omgang er alle høringssvarene blevet printet og gennemlæst. Derefter er alle relevante citater blevet noteret i et dokument og sorteret i forhold til gennemgående emner, der kunne relateres til organisering og rehabiliteringsteams. Ved første gennemgang blev citaterne inddelt efter kategorier - baseret på de betragtninger, som de gav til kende i høringssvarene. Efter den første sortering er alle citaterne blevet printet og fordelt på hver sin lap papir, inden for de førnævnte kategorier. Igen er alle citaterne blevet gennemlæst, og kategorierne er blevet lagt sammen dér, hvor der umiddelbart har været en meningsgivende forbindelse mellem dem. Gennem denne proces har det været muligt at nedbringe antallet af kategorier. Alle kategorierne er derefter igen blevet inddelt under tre forskellige arbejdstitler, som alle dækker over en primær holdning til organiseringen af rehabiliteringsteams.

Alle dokumenterne er blevet behandlet i den rækkefølge, der har været adgang til dem. Det vil sige at de dokumenter, som har været tilgængelige først, også er blevet gennemlæst og behandlet først. Og de dokumenter som der først har været adgang til senere - eksempelvis referater fra Beskæftigelsesudvalget og den endelige lov - er blevet gennemlæst og behandlet sidst. Dermed afspejler opbygningen af analysen blandt andet denne rækkefølge.

6.3 Analytiske præmisser

Efter den systematiske behandling af det empiriske materiale, har det været overvejet, hvorvidt høringsvarene kunne behandles som én aktør på makroniveau, der repræsenterer høringsparternes hørings svar som en samlet enhed, eller om hver høringspart skulle repræsenteres gennem eget hørings svar. I første omgang virkede det nærliggende at anskue høringsvarene ud fra et makroniveau, men under behandlingen af empirien blev det tydeligt at translationerne mellem høringsparterne og deres hørings svar udgjorde væsentlige betragtninger, som var unikke i forhold til høringsparternes aktørstatus. For at sikre at høringsparterne og deres position som aktører i netværket ikke ville blive overset, gav det bedst mulig indsigt i translationerne at betragte dem alle som aktører på mikroniveau.

Translationerne i denne analyse forstås som de handlinger, der skabes gennem de politiske aktørers betragtninger, og derfor beskrives de med udgangspunkt i betragtningerne i de pågældende dokumenter. Betragtningerne ses her som *narrativer*, som de politiske aktører udtrykker sig gennem. I denne sammenhæng er inspirationen om narrativer hentet fra den amerikanske psykolog Jerome Bruner, som mener, at narrativer fungerer som et instrument i konstruktionen af virkeligheden. Ifølge Bruner former narrativer og historier sig med udgangspunkt i menneskets oplevelser og minder, hvorfor sproget fungerer som produkt af dette (Bruner, 1994; 19). I den sammenhæng skal dokumenterne forstås som det *sprog* de politiske aktører taler, og dermed søges betragtningerne gennem aktørernes fortællinger om rehabiliteringsteams i høringsvarene. Betragtningerne ansues som det indhold, der udgør høringsvarene, og som bærer præg af den kontekst, de er udformet i. Steiner Kvale taler i den forbindelse om det *specifikke*, hvor konkrete erfaringer, der hører til bestemte sammenhænge og situationer, beskrives gennem tilegnelsen af empiri (Christensen, 1994; 14). Således bidrager både Bruner og Kvale med at tydeliggøre, at de betragtninger, som søges afdækket og synliggjort i analysen, udspringer af en narrativ forståelse, hvor betragtningerne ses indlejret i høringsvarene, og hvor høringsvarene og høringsparterne er determinerende for konteksten. Konteksten i denne forbindelse knytter sig således til høringsparternes betragtninger om, hvordan rehabiliteringsteams skal organiseres.

Analysen udspringer af de aktører, som har status af black box og, hvor det er muligt at spore aktiviteter, som forholder sig til organiseringen af rehabiliteringsteams, tilbage i tiden. Den første del af analysen vil være en beskrivelse af, hvordan de regeringspolitiske betragtninger fører til den måde, som SRSF-regeringen mener, at rehabiliteringsteams skal organiseres på i forbindelse med den nye lov på førtidspensionsområdet.

Idet det, ifølge Latour, er aktørerne, der styrer formen på analysen, har det ikke på forhånd været muligt at inddele resten af analysen i afsnit. Afsnittene er derfor blevet til i takt med, at analysen er blevet lavet, beskrivelsen nedfældet og aktør-netværket udvidet.

For at kunne følge logikken bag analysen er begreberne fra ANT blevet anvendt og udfoldet med udgangspunkt i den måde, de er beskrevet i afsnittet "Begreber i ANT". Således vil aktørbegrebet dække over både menneskelige og ikke-menneskelige aktører, som gennem translationer giver mening til hinanden. Translationerne vil blive sat i relation med de narrativer, som udgør de betragtninger, de politiske aktører gør sig. Netværket anses som den samlede beskrivelse af de bevægelser, der holder sammen på aktørerne.

For at synliggøre, hvornår der er tale om en aktør, er alle aktører - såvel objekter som subjekter - som menes at få mening eller give mening gennem translationer, sat i *kursiv* og understreget første gang de præsenteres. Således burde det være muligt at følge opbygningen og beskrivelsen af aktør-netværket undervejs i analysen.

I det følgende afsnit vil analysen - gennem en beskrivelse af aktør-netværket - blive præsenteret. Den første analyse, udspringer således af de første politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteam i forbindelse med den nye førtidspensionsreform. Resten af analysen er blevet til på baggrund af den retning, aktørerne og translationerne peger.

6.4 Analyse

6.4.1 Delanalyse 1- Regeringspolitiske betragtninger

I den første delanalyse vil de regeringspolitiske betragtninger - som har betydning for, hvordan organiseringen af rehabiliteringsteams fremstår i lovforslaget på førtidspensionsområdet - blive beskrevet. De regeringspolitiske betragtninger skal forstås som de translationer, der bidrager til at holde aktør-netværket sammen, og gennem disse translationer aktiverer og bringer andre og nye aktører i spil.

Da en del af de politiske beslutninger, som er truffet i forbindelse med den nye førtidspensionsreform, bygger på translationer, som strækker sig længere tilbage i tiden, er det relevant at lade specialets genstandsfelt strække sig tilbage til disse første politiske betragtninger, som formodes at danne grundlag for rehabiliteringsteamet. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at en ANT-analyse i disse sammenhænge ikke er en historisk analyse. Ønsket er derfor heller ikke at fremstille en kronologisk oversigt over, hvordan forløbet omkring den nye reform har været. I stedet er ønsket at se på de tidlige translationer i et retroperspektiv og lade dem bidrage til at forstå, hvordan aktørerne og netværket gennem den politiske proces har udviklet og vokset sig større over tid og dermed givet mening til senere politiske aktører.

På denne baggrund vil formålet med den første delanalyse være at belyse de translationer, der er sket over en længere periode, og som kan bidrage til at åbne området op og dermed skabe en forståelse af det tidlige grundlag for det aktør-netværk, som ønskes analyseret. Udgangspunktet for analysen - og ståstedet for perspektivet på det aktør-netværk, som ønskes analyseret i denne første delanalyse - udspringer af den daværende VK-regering og dens nedsættelse af en Arbejdsmarkedskommission i 2009. Arbejdsmarkedskommissionen fik under den daværende VK-regering en central rolle. Den havde til opgave at komme med en række forslag til, hvordan de offentlige finanser kunne styrkes gennem en øget arbejdsindsats. I den færdige rapport, "Velfærd kræver arbejde", som Arbejdsmarkedskommissionen udarbejdede, kom der foruden en række forslag til, hvordan Danmark sikrer sig en velfungerende arbejdsstyrke på sigt, blandt andet også en række anbefalinger til førtidspensionsområdet. Arbejdsmarkedskommissionen skriver i den forbindelse i rapporten:

"[...] som tidligere understreget, kan arbejdsudbuddet fra borgere med nedsat arbejdsevne øges, men det forventes ikke at bidrage nævneværdigt til holdbarheden af de offentlige finanser. Deres overordnede vurdering er, at mens nogle i målgruppen blot behøver tid til at få det bedre, kræver det for andre en betydelig – og dermed omkostningstung – indsats, før de bliver i stand til at varetage et arbejde. Gevinsten ved at få flere i arbejde opvejes dermed i vid udstrækning af udgifterne til indsatsen. Dertil kommer, at langt fra alle i målgruppen vil blive i stand til at arbejde, mens de, som kommer i arbejde, ofte vil være i støttet beskæftigelse, som ikke bidrager til holdbarheden i samme grad som ordinær beskæftigelse."

(Arbejdsmarkedskommissionen, 2009; 143).

På trods af at Arbejdsmarkedskommissionen ikke forventer, at borgere med nedsat arbejdsevne kan bidrage til holdbarheden af de offentlige finanser, og at den heller ikke kan sætte præcise tal på, i forhold til antallet af tilkendelser af førtidspension, som kan forbygges, fremhæver den alligevel, at der er flere forhold, som indikerer, at der er et potentiale i forhold til at begrænse antallet af førtids-

pensionstilkendelser. Blandt andet peger den på, at en del førtidspensionister oplever en forbedring af funktionsevnen over tid, hvilket tyder på, at nogle får førtidspension før, der er sikkerhed for, at arbejdsevnen er varigt nedsat. Derudover får stadig flere førtidspension med en psykisk lidelse som hoveddiagnose, hvoraf mange af de hyppigst angivne psykiske lidelser har gode prognoser for helbredelse (Ibid.; 144). På denne baggrund finder Kommissionen det alligevel nødvendigt at forbedre forløbene omkring behandlingen af borgere, som er på vej mod førtidspension. Og et af deres forslag lød derfor på, at man skulle sætte ind med såkaldte udviklingsforløb. Kommissionen beskrev i sin rapport udviklingsforløbene som følgende:

”Udviklingsforløbet består af en individuel, sammenhængende indsats på tværs af arbejdsmarkeds-, social- og sundhedsområdet samt en fast kontaktperson, der koordinerer og har ansvar for at fastholde sigtet: At udvikle arbejdsevnen.”

(Ibid.; 152).

Arbejdsmarkedskommissionens formulering og beskrivelse af udviklingsforløb betragtes i denne analyse som den første betragtning, og dermed translation, som fortæller noget om de muligheder, der er i forbindelse med at nedbringe antallet af borgere, som får tilkendt førtidspension.

I Arbejdsmarkedskommissionens rapport fremhæves tre vigtige elementer, som udviklingsforløbene skal indeholde:

- individuelle forløb, som skal sikre at udviklingsforløbet er tilpasset den enkelte,
- sammenhængende indsats på tværs af arbejdsmarkeds-, social- og sundhedsområdet,
- og en langsigtet strategi for tilbagevenden til arbejdsmarkedet (Ibid.; 154).

Udover at Kommissionen foreslog, at borgere, som var i risiko for at få på førtidspension, skulle tilbydes et udviklingsforløb, foreslog de også dét som de kalder for en udviklingsplan. Målet med udviklingsplanen er at bringe deltagerne i udviklingsforløb til det punkt, hvor det er muligt at udarbejde en jobplan (Ibid.; 155). Hvor udviklingsforløbet, ifølge Arbejdsmarkedskommissionen, skal forstås som en ramme for det helhedsorienterede, tværfaglige arbejde, skal udviklingsplanen forstås som den konkrete beskrivelse af den indsats, som borgeren skal igennem for at kunne komme nærmere arbejdsmarkedet (Ibid.; 152,154). Både Arbejdsmarkedskommissionen og dens rapport bliver i denne sammenhæng betragtet som aktører, i det translationen fra Arbejdsmarkedskommissionen til rapporten indeholder konkrete betragtninger om de samfundsmæssige og økonomiske forhold, det tværfaglige samarbejde samt udviklingsforløb og udviklingsplaner på førtidspensionsområdet.

Efter Arbejdsmarkedskommissionen havde offentliggjort deres rapport i 2009, lancerede den daværende VK-regering, med beskæftigelsesminister Inger Støjberg i spidsen, et udspil til en ny reform på førtidspensionsområdet. Reformen bygger blandt andet på de forslag og betragtninger, som Arbejdsmarkedskommissionens rapport indeholdt på førtidspensionsområdet, og lægger op til, at udviklingsforløbene bliver en central forløbstype for borgerne. Forløbene beskrives som en: ”tværfaglig indsats, der skal hjælpe unge videre i livet, så de på sigt kan komme i arbejde eller i gang med en uddannelse.” (Regeringen, 2010; 10). VK-regeringens udspil omkring udviklingsforløbene er således påvirket gennem translationer, som stammer fra de betragtninger og forslag, som Arbejdsmarkedskommissionen startede med at beskrive i sin rapport.

Foruden udviklingsforløbene gjorde VK-regeringen sig nogle politiske betragtninger om organiseringen af den opgave, som er forbundet med udviklingsforløbene. I udspillet foreslår de, at jobcentre får ansvaret for at udarbejde en udviklingsplan for den enkelte og koordinere indsatsen i udviklingsforløbene. Ligeså lægger de op til, at jobcentre også får ansvar for at understøtte og undersøge, hvilke tilbud i andre sektorer, der kan forbedre borgerens arbejdsevne. Det kan f.eks. betyde hjælp med kontakten til de relevante myndigheder, der kan tilbyde borgeren misbrugs- eller alkohol-behandling, udredning på et sygehus eller kontakt til den praktiserende læge (Ibid.; 10).

Den tidligere VK-regering fik ikke opbakning til deres reform, hvorfor reformen ikke kunne gennemføres (Folketinget, 2012d, Inger Støjberg (V), førstebehandling), og arbejdet med reformen inden for førtidspensionsområdet har derfor ligget i dvale indtil regeringsskiftet i efteråret 2011, hvor SRSF kom til magten, og der atter blev stillet skarpt på de mange modtagere af overførelsesindkomster i Danmark.

Der er netværksspor, som tyder på, at SRSF-regeringen - herunder beskæftigelsesminister Mette Frederiksen - har ladet sig inspirere af både Arbejdsmarkedskommissionens rapport og VK-regeringens udspil til forbedringer på området. Og i sommeren 2012 kom SRSF så med deres udspil til en reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, flekslønstilskud (Beskæftigelsesministeriet, 2012a). Reformudspillet betragtes som endnu en aktør i netværket, som gennem SRSF-regeringens betragtninger på førtidspensionsområdet, har fået indhold. Både indhold som udviklingsforløbene og udviklingsplanerne - der også blev nævnt i Arbejdsmarkedskommissionens rapport og i VK-regeringens reformudspil - har bevæget sig videre gennem aktørerne og fremgår af det nye lovforslag - dog under andre betegnelser. I stedet for udviklingsforløb og udviklingsplan kalder SRSF-regeringen det nu ressourceplan og rehabiliteringsplan - indholdet i begreberne er mere eller mindre det samme, hvis man tager udgangspunkt i de over-

ordnede beskrivelser. Hermed kan translationerne på reformområdet, som det ser ud i dag, trækkes tilbage til aktører som Arbejdsmarkedskommissionens rapport og VK-regeringens udspil og dermed betragtes som meningsgivere til den nye reform.

Udover indholdet er der også en økonomisk betragtning, som er relevant. Arbejdsmarkedskommissionen vurderer i dens rapport: *at forslaget om udviklingsforløb ikke vil bidrage nævneværdigt til holdbarheden af de offentlige finanser*" (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009; 158). Denne betragtning deler SRSF-regeringen ikke. De skriver:

*"Samtidig sikrer regeringen, at udspillet bidrager betydeligt til at forbedre de offentlige budgetter. Reformen bidrager med ca. 1,9 milliarder kroner i 2020 og knap 3,5 milliarder kroner på lang sigt."*³

(Regeringen, 2012; 7)

Mellem de to aktører er der således uenighed om, hvorvidt denne omfattende reform overhovedet kan bidrage samfundsøkonomisk.

Selvom flere elementer i førtidspensionsreformen kan tilskrives translationer, der fører tilbage til Arbejdsmarkedskommissionens rapport og VK-regeringens 2010 - udspil til en reform på området, er der flere nye elementer i lovforslaget, som er interessante at følge nærmere, som et led i udvidelsen af aktør-netværket. Idet specialet er afgrænset til at se på det aktør-netværk, der dannes på baggrund af de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af de nye rehabiliteringsteams i det nye lovforslag på førtidspensionsområdet, vil analysen fremadrettet følge de netværkssporende aktiviteter, der centrer sig om det felt.

Udover at SRSF-regeringen fortsat har arbejdet med ideen om at lave ressourceforløb og rehabiliteringsplaner, bringer de en ny aktør i spil i lovforslaget, nemlig *rehabiliteringsteam*. Inden beskrivelsen af, hvad rehabiliteringsteam dækker over, er det relevant at inddrage en væsentlig analytisk præmis. Idet flere *elementer* (ressourceforløb, rehabiliteringsplaner mv.), er indlejret i førtidspensionsreformen, bliver det nødvendigt at *åbne* reformen op og lade de forskellige elementer udfolde sig, således at detaljeniveauet i aktør-netværket bliver tydeligere. Analysen går altså fra at arbejde på, hvad der kan anskues som makroniveau, hvor de politiske betragtninger og positioneringen af førtidspensionen i aktør-netværket bliver beskrevet i et større perspektiv, til at blive delt op som enkeltstående elementer. Meningen er ikke, at elementerne skal forstås som aktører på mikro-niveau, da de ikke har status som aktører. I stedet skal elementerne ses som et samlet indhold, der

³ Dette omfatter også fleksjobområdet og de tiltag, der er fremlagt der.

udgør en aktør - altså det indhold som aktøren tillægges gennem translationer fra andre aktører. Således gør denne opdeling af elementer det muligt at tydeliggøre, hvordan de politiske aktørers betragtninger trækker spor til de enkelte elementer, og dermed hvordan der skabes stabilitet om f.eks. en aktør som førtidspensionsreformen gennem disse forskellige elementer. Rehabiliteringsteams betragtes i det tilfælde som en særskilt aktør, som i princippet ligeså godt kunne høre under førtidspensionsreformen. Men idet rehabiliteringsteamet udgør en helt central rolle for undersøgelsen, findes det nødvendigt at rette analysen ind efter dette. I de tilfælde, hvor et element viser sig at have nok styrke til at udgøre en aktør, og hvor det vurderes, at det vil have betydning for aktørnetværket, vil det blive beskrevet i analysen.

Rehabiliteringsteamet anses for at være en ny aktør, som hverken Arbejdsmarkedskommissionen eller den tidligere VK-regering tidligere har omtalt, og derfor findes der ingen direkte spor fra disse aktører til rehabiliteringsteamet. I stedet har begge disse to tidligere aktører været fortalere for det tværfaglige og koordinerende samarbejde, men har ud fra et organisatorisk perspektiv, set det indlejret i de eksisterende organisationsformer under jobcentrene og andre sektorer. SRSF-regeringen bryder med forestillingen om, at de eksisterende offentlige organiseringer kan løse opgaven og foreslår derfor rehabiliteringsteams som de centrale tovholdere for ressourceforløb og rehabiliteringsplaner.

”Der er behov for, at forvaltningerne i kommunen arbejder bedre sammen, og at der etableres samarbejdsmodeller mellem kommunen og det regionale sundhedsvæsen [...] Det foreslås derfor, at der som noget nyt skal etableres rehabiliteringsteam i alle kommuner. Formålet med rehabiliteringsteamet er med udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation at sikre, at der sker den nødvendige tværfaglige koordinering i sager om ressourceforløb.”

(Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 39)

Ud fra betragtningerne om, hvordan det tværfaglige og koordinerende samarbejde skal organiseres, er det således kun betragtningerne om det tværfaglige og koordinerende samarbejde fra VK-regeringens reformudspil, der kan spores til SRSF-regeringens lovforslag. Gennem SRSF-regeringens lovforslag får rehabiliteringsteamet status som aktør, som tilskrives en væsentlig organisatorisk rolle.

SRSF-regeringen får gennem deres translationer til rehabiliteringsteamet anbragt nogle retningslinjer for, hvordan teamet skal organiseres og samarbejde. Der er i lovforslaget beskrevet, hvordan alle landets 98 kommuner skal etablere rehabiliteringsteams, som skal sikre, at borgere med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, og at indsatsen bliver koordineret på tværs

af beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet. Desuden skal en klinisk funktion i regionen være repræsenteret i teamet ved en sundhedskordinator. Det er kommunalbestyrelserne rundt om i landets kommuner, som er ansvarlige for at oprette og drive rehabiliteringsteams. Teamet beskrives som et dialog- og koordineringsforum, som afgiver en anbefaling i alle sager inden beslutning om og tilkendelse af ressourceforløb, fleksjob og førtidspension (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 39).

Som rehabiliteringsteamet og dets indhold er beskrevet i lovforslaget, er der endnu engang mange elementer i spil, når man vælger - som det gøres i denne analyse, at *åbne* aktørerne op og se på de elementer, de består af. Rehabiliteringsteamet kan, ligesom førtidspensionsreformen, betragtes som en aktør, hvor det endnu engang er nødvendigt at anlægge den analytiske præmis, som sikrer at analysen kommer i dybden, så kortlægningen og beskrivelserne af de politiske betragtninger synliggør, hvordan aktør-netværket holdes sammen. Aktører og translationer, som kan sættes i relation til rehabiliteringsteamet og dets organisering, vil blive analyseret og beskrevet i næste afsnit.

Som ved et hvert andet fremsat lovforslag i Folketinget, skal lovforslaget omkring førtidspensionsloven sættes i høring og efterfølgende behandles i Folketingssalen og ved samråd i Beskæftigelsesministeriets politiske udvalg. Processen omkring vedtagelsen af lovforslaget betragtes derfor som en ydre ramme, der *driver* aktør-netværket fremad. Med det menes at *høringsparterne*, kun i kraft af den demokratiske tilgang til vedtagelse af love, har mulighed for at kommentere lovforslaget. Dermed er det ikke translationerne mellem aktørerne der i det tilfælde fører analysen videre, men i stedet den strukturelle proces, som er lovgivningsmæssigt bestemt. Lovforslaget omkring førtidspensionen var i høring i september 2012. Som beskrevet tidligere anses *høringsparterne* og *høringssvarene* ikke blot som centrale aktører i den demokratiske proces, men udgør også en stor del af det empiriske materiale. Høringssvarene betragtes derfor som en væsentlig aktør, hvor *høringsparterne* (som også betragtes som aktører) gennem translationer bidrager til at synliggøre deres politiske betragtninger om rehabiliteringsteams og organiseringen af disse.

6.4.2 Opsamling på delanalyse 1 – Regeringspolitiske betragtninger

I den første delanalyse er de overordnede politiske betragtninger om indsatsen i forhold til at bremse tilkendelserne af førtidspensioner, blevet beskrevet. Aktør-netværket udspringer af en bekymring over de mange tilkendelser af førtidspensioner, som fører til, at der nedsættes en Arbejdsmarkedskommission, som peger på at sammenhængende tværfagligt arbejde, udviklingsforløb og udviklingsplaner som det centrale for indsatsen. De centrale dele viser sig relevante både for den tidligere VK-regering, som indarbejder forslagene i en reform, der ikke bliver godkendt af den daværende sid-

dende opposition. Til gengæld lader den nuværende SRSF- regering, da den kommer til magten i 2011, sig inspirere af såvel Arbejdsmarkedskommissionens indsatsforslag som VK-regeringen, og får opbakning til en ny reform. Reformen indeholder foruden ressourceforløb og rehabiliteringsplaner (som erstatter begreberne udviklingsplaner og udviklingsforløb) også et nyt tiltag, som er rehabiliteringsteams. Rehabiliteringsteams beskrives som et tværgående team, som er forankret i kommunerne, og skal sikre en tværgående og koordinerende indsats for borgere, der er i risiko for at få tilkendt førtidspension.

Udgangspunktet for den næste analyse kan betragtes som et nyt niveau i analyseprocessen, hvor der foruden bevægelsen på et mere detaljeret og dybdegående analyseniveau - i forbindelse med at rehabiliteringsteamet bliver *åbnet op* - også inddrages hørings svar og deres høringsparter som centrale aktører. Gennem deres betragtninger tillægges organiseringen af rehabiliteringsteams en anden politisk vinkel end den, som er beskrevet i delanalyse 1. I det følgende analyseafsnit, delanalyse 2, vil analysen fortsætte i de netværksspor, der relaterer sig til rehabiliteringsteams og hørings svar, og som dermed kan bidrage til at beskrive den proces, der gennem denne synliggørelse udbygger aktør-netværket.

6.4.3 Delanalyse 2- Høringsparternes betragtninger

Som det fremgår af delanalyse 1 har det været nødvendigt at fastholde en analytisk præmis, der sikrer, at analysen bevæger sig på flere niveauer. Latours tilgang til niveauinddelingerne er præget af en forståelse af, at mange mikroaktører, som har en fælles opfattelse af samme aktør og derfor bidrager til den samme translation, kan anskues som en samlet enhed, og dermed udgøre en aktør på makroniveau. I denne analyse er der dog behov for at udvide perspektivet på niveaudelingen, idet ANT ikke umiddelbart forholder sig til kompleksiteten og diversiteten af det indhold, som en aktør tillægges af andre aktører (her er der særligt tale om ikke-menneskelige aktører). Således kan der være elementer i en aktør, som gennem translationer fra andre aktører *gøres stærke*, mens andre elementer i selv samme aktør ikke får den samme opbakning. Så med udgangspunkt i den kreativitet, der ligger i ANT-analysens tilgang, og ligesom tidligere nævnt betragtes en aktør således som *åben*, og dermed bliver det muligt at synliggøre de elementer, som aktøren består af.

6.4.3.1 Myndighedsafgørelser

I SRSF-regeringens lovforslag skal alle landets kommuner etablere rehabiliteringsteams, som skal sikre, at borgere med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats:

”Formålet med rehabiliteringsteamet er med udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation at sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder og med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte borger så vidt muligt får fodfæste på arbejdsmarkedet.”

(Beskæftigelsesministeriet, 2012a, kap. 3a § 25a, stk. 2)

Teamet beskrives som et dialog- og koordineringsforum, som afgiver anbefalinger om indsatsen i alle sager, inden beslutning om og tilkendelse af ressourceforløb, fleksjob og førtidspension (Ibid., § 25a). Flere høringsvar adresserer problemstillingerne ved at rehabiliteringsteamet beskrives som et dialog- og koordineringsforum, som kan indstille til en myndighedsafgørelse i kommunen, men ikke selv kan træffe en. Til det skriver Dansk Socialrådgiverforening i deres høringsvar: *”Dette er problematisk, da det kan betyde at teamet opfattes som (endnu) et bureaukratisk krumspring, som ikke reelt har nogen funktion”* (Dansk Socialrådgiverforening, 2012). Dansk Socialrådgiverforening påpeger her en central problemstilling, som flere aktører bakker op om via translationer gennem høringsparter og høringsvar. Alle betragter de det som problematisk, at rehabiliteringsteamet ikke er i stand til at træffe myndighedsafgørelser. Roskilde Kommune anfægter ligesom Dansk Socialrådgiverforening, at rehabiliteringsteamet ikke har kompetencer til at træffe afgørelser i forhold til, hvorvidt en borger kan få iværksat en konkret indsats, men at det er de enkelte forvaltninger, som har det. Som Roskilde Kommune påpeger, betyder det, at det fortsat er en udfordring at løse de snitfladeproblemer der kan opstå, når forskellige forvaltninger og lovgivninger skal samarbejde om indsatsen for den samme borger. Det betyder også, at teamet kan komme med en eller flere anbefalinger f.eks. bevilling af botræning, mentor eller hjemmevejleder, som der gives afslag på i de enkelte forvaltninger, hvorefter sagen må behandles på ny i rehabiliteringsteamet (Roskilde Kommune, 2012; 2). Og Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer følger op:

”Hvordan vil man sikre, at der skabes sammenhæng, når beslutningskompetencerne bliver fastholdt i de forskellige enheder og sektorer og ikke tildeles det arbejdende team?[...] Danske Patienter vurderer desuden, at der kan være en udfordring i forbindelse med, at de nye rehabiliteringsteam ikke får et selvstændigt bevillings- og budgetansvar. Det giver ikke mening at have et team, der bruger anseelige kræfter på at lægge en plan sammen med borgeren, hvis forvaltningerne efterfølgende ikke følger den.”

(Danske Patienter, 2012; 7)

”Det er også både uambitiøst og uhensigtsmæssigt, at medlemmerne af rehabiliteringsteams ikke kan træffe myndighedsbeslutninger, men kun kan indstille.”

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 2)

6.4.3.2 Opsamling

Aktørernes translationer består af en række betragtninger, hvor aktørerne, gennem deres hørings svar giver udtryk for, at de ser det særskilte myndigheds- og indsatsansvar som en u hensigtsmæssig snitflade i forhold til, hvor man placerer det samlede ansvar for borgerens forløb. Derved kan rehabiliteringsteamet ende med at komme med forslag til indsatser eller afgørelser, som ikke kan godkendes de steder, de skal iværksættes. Således har den enkelte medarbejder i teamet, som repræsenterer den givende forvaltning eller sektor, mulighed for at komme med forslag til, hvad vedkommende fagligt finder relevant som indsats. Til gengæld kan medarbejderen ikke træffe afgørelse om, hvorvidt indsatsen kan iværksættes. Aktørerne betragter denne organisering som en bureaukratisk foranstaltning, hvor rehabiliteringsteamet kan ende ud med ikke at have nogen reel funktion.

6.4.3.3 Samarbejde på tværs af kommuner og regioner

Foruden de problemstillinger, som knytter sig til myndighedsrollen, er der flere aktører, som peger på, at samarbejdet på tværs af kommuner/kommuner og kommuner/regioner er vanskeligt. I et hørings svar, udarbejdet af Danske Handicaporganisationer, ligger der en udfordring i de såkaldte handle-/betalingskommuneregler:

”De såkaldte handle-/betalingskommuneregler, som blev ændret i 2010 har den absurde konsekvens, at adskillige tusind borgere med handicap har en anden handlekommune end den, hvor vedkommende bor og har sit demokratiske medborgerskab.”

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 5)

Med et regelsæt liggende inden for et andet lovområde stilles der således krav til kommunerne om at organisere samarbejdet med hinanden inden for de gældende regler. Og ikke kun på det tværkommunale område er der disse typer af udfordringer. *Danske Regioner* finder det lige så udfordrende, i forhold til de borgere som er indskrevet på regionale socialtilbud, at handleforpligtigelsen ikke følger folkeregisteradresse:

”Det er i dag et velkendt problemområde for de regionale socialtilbud, som har indskrevet borgere fra mange kommuner, at indsatsen efter beskæftigelseslovgivningen og lov om aktiv socialpolitik påhviler borgerens folkeregisterkommune, mens handleforpligtigelsen efter lov om social service som hovedregel påhviler den oprindelige opholdskommune. Dette indebærer nogle vanskeligheder i forhold til at afstemme social handleplan og den kommunale aktiveringsindsats, jobplaner og rehabiliteringsplaner- ligesom der ikke mindst kan være tale om nogle overgangsproblemer/ en koordinationsbrist for borgere, som flytter tilbage til den oprindelige opholdskommune efter et midlertidigt døgnophold.”

(Danske Regioner, 2012; 3)

Danske Regioner understreger, at der - foruden rehabiliteringsteams som centrale omdrejningspunkter - er flere elementer i indsatsen, hvor det tyder på, at der ikke er taget højde for, hvem og hvordan disse indsatser på tværs af kommunegrænser og regionsgrænser koordineres. Dansk Socialrådgiverforening ser de samme udfordringer som Danske Regioner, når det omhandler flere kommuners behandling af en borgers sag:

”Lovforslaget tager ikke højde for, at der kan være flere sagsbehandlere fra forskellige kommuner involveret i en borgers sag. Det kan medføre usikkerhed om, hvilken plan der gælder, og hvem der har den primære opgave i forhold til borgeren. Det medfører risiko for, at der trods kravet om en rehabiliteringsplan alligevel er flere planer og en fatal risiko for, at borgeren mister overblikket og modet til at arbejde konstruktivt sammen med kommunen.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

6.4.3.4 Opsamling

Gennem høringssvarene betragter høringsparterne det som et problem, at der er en eksisterende lov - hvor organiseringen af ansvar for handling og betaling i forbindelse med borgere, der er i behandling på tværs af kommunegrænser - som ikke fungerer optimalt. Translationerne synliggør en åbenlys konflikt, som især hviler på tidligere erfaringer. Idet lovforslaget ikke tager stilling til det regelsæt, der i forvejen er på området, bidrager høringsparterne gennem deres betragtning i høringssvaret med et nyt spor til netværket, der i princippet bygger på et aktør- netværk, der ligger uden for undersøgelsens genstandsfelt. Sporet vil derfor ikke blive fulgt nærmere.

6.4.3.5 Organiseringen af det lægefaglige arbejde

Spørgsmålet om kommunernes brug af *lægekonsulenter* i sager om førtidspension og fleksjob har været genstand for meget opmærksomhed i medierne og fra Folketingets Beskæftigelsesudvalg. Det lægefaglige arbejde består af en række translationer som - ligesom i ovenstående afsnit - trækker på translationer og aktører, der ligger uden for det aktør-netværk, som analyseres i specialet. Aktørerne - som henvises til i afsnittet - anses derfor som aktører, der på baggrund af en eksisterende debat, danner en kobling mellem et aktør-netværk som eksisterer uafhængigt af det aktør-netværk som beskrives i afsnittet.

Mange *borgere* oplever, at samarbejdet mellem kommunens sagsbehandlere, kommunens lægekonsulenter og det øvrige sundhedsvæsen, herunder *praktiserende læger*, ikke fungerer optimalt. De oplever at komme i klemme mellem de forskellige fagpersoner med forskellige holdninger til helbred og job/arbejde (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 41, 42). Ved en forespørgselsdebat i Folketinget om lægekonsulenter i foråret 2012 var der bred tilslutning til vedtagelse af V 42, hvor partierne er

enige om, at problemerne med lægekonsulenterne skal løses gennem fastsættelse af bindende regler for lægekonsulenternes arbejde. V 42 betragtes i den forbindelse som en black box, da den er stabil, idet politikerne har lavet en aftale om, at man skal se nærmere på området. I den forbindelse ses en translation mellem V 42 og den nye reform på førtidspensions- og fleksjobområdet, idet reformen inkluderer en ændring i anvendelsen af lægekonsulenter i kommunalt regi i forhold til den målgruppe, som reformen dækker over. I reformen af førtidspension fra 30. juni 2012 ses følgende aftale: ”*Kommunen skal fremover alene benytte lægefaglig rådgivning fra regionen*” (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 40). Det foreslås, at kommunerne ved behov for lægefaglig rådgivning i sagsbehandlingen i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension fremover kun kan rekvirere rådgivning fra en klinisk funktion, som er forankret i regionen. Herved skabes en klar og entydig indgang til sundhedsvæsenet, da kommunerne herefter ikke kan rekvirere lægefaglig rådgivning fra kommunalt ansatte lægekonsulenter eller eksterne lægekonsulenter uden for klinisk funktion ved behandlingen af sager på disse områder (Ibid.; 41, 42).

Ifølge lovforslaget skal alle rehabiliteringsteams have en sundhedskoordinator tilknyttet. Sundhedskoordinatorens opgave i teamet er at bidrage med en sundhedsfaglig vurdering af den konkrete sag. Alle sundhedskoordinationer er forankret i regionerne og repræsenterer den kliniske funktion ude i jobcentre. Den kliniske funktion udgør sundhedskoordinatorens faglige bagland til brug for opgaven i rehabiliteringsteamet. Herudover kan koordinatoren i særlig helbredsmæssige komplekse sager anbefale, at sagen henvises til rådgivning og vurdering i den kliniske funktion (Ibid.; 40).

Der er flere aktører, som er skeptiske overfor den sundhedsfaglige organisering med hensyn til at lade den sundhedsfaglige ekspertise overgå til regionerne, idet de selv allerede har veletablerede ordninger liggende i kommunalt regi. Odense Kommune skriver i deres høringssvar: ”*Ordningen vedr. sundhedskoordinator og klinisk funktion bør gøres mere fleksibel. Således at velfungerende ordninger bevares.*” (Odense Kommune, 2012; 2). Ligesom Odense Kommune har også andre kommuner, heriblandt Faurskov og Norddjurs Kommuner, som repræsenterer i alt fem kommuner, svært ved at se formålet med at lægge de sundhedsfaglige kompetencer over i regionerne:

”*Kommunerne opruster i disse år på sundhedsområdet. Det vurderes på den baggrund, at kommunerne i vid udstrækning selv vil have kompetencen til at løfte koordinatorrollen.*”

(Faurskov & Norddjurs Kommuner, 2012)

Og Kommunernes Landsforening (KL) bakker op:

"[...] flere kommuner (har) allerede nu veletablerede socialmedicinske enheder, som løser opgaven med at rådgive beskæftigelsesmyndigheden om borgerens helbredsmæssige problemer."

(KL, 2012; 3)

Ligeledes udtrykker Lægeforeningen en faglig bekymring for den foreslåede begrænsning af anvendelsen af kommunalt ansatte lægekonsulenter:

"Lægeforeningen er stærkt bekymret for, at den foreslåede begrænsning i brugen af kommunalt ansatte lægekonsulenter vil svække det lægefaglige grundlag og den lægefaglige rådgivning i disse sager[...] Lægeforeningen foreslår, at kommunerne får større grad af valgfrihed med hensyn til, om den enkelte kommune kan løse opgaven selv eller købe ydelserne i regionalt regi."

(Lægeforeningen, 2012)

Både høringsvarene fra kommunerne, KL og Lægeforeningen er enige om, at det er u hensigtsmæssigt at igangsætte en omorganisering med regionen som lægefaglig partner i de tilfælde, hvor kommunen selv kan håndtere den lægefaglige indsats inden for de sager, som har med den specifikke målgruppe at gøre. Dog er det ikke alle aktører, som bakker op om denne betragtning. Danske Regioner, som ikke tidligere har været en del af den beskæftigelsesrettede indsats, ser det som et kvalitetsløft på det lægefaglige område, at den lægefaglige bistand fremadrettet skal ligge i regionerne:

"Forslaget om, at den lægefaglige bistand fremover skal leveres af regionen, giver endvidere et godt udgangspunkt for, at bistanden er velkoordineret med gældende praksis i de specialer, der bør inddrages i de enkelte sager, samt god konneks til sygehusenes forskningsmiljøer. Det vurderes, at give et kvalitetsløft på området, og således være til gavn for såvel patienterne, ligesom det vurderes at sikre en optimal udnyttelse af de samlede relevante ressourcer på området."

(Danske Regioner, 2012; 2)

Også Danske Handicaporganisationer erklærer sig enige i, at lade det sundhedsfaglige område styre af regionerne og mener, at alt lægefagligt arbejde i jobcentrene burde ligge i regionen:

"Fremover kan lægefaglig rådgivning i sagsbehandlingen kun rekvireres fra klinisk funktion i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, mens det fortsat vil være muligt for kommunerne at anvende egne lægekonsulenter i sager om kontanthjælp, sygedagpenge m.m. DH er uforstående over den forskel på, hvornår kommunerne kan bruge egne lægekonsulenter, og hvornår de skal bruge den kliniske funktion. Problemerne omkring sammenblanding af sundhedsfaglige og andre hensyn gælder, uanset hvilke ydelser og indsatser, der er tale om. Den kliniske funktion bør derfor helt erstatte brugen af de kommunale lægekonsulenter."

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 6)

Translationerne fra de forskellige aktører - i forhold til organiseringen af de lægefaglige tilbud - er i konflikt med hinanden i forhold til, hvilke betragtninger de gør sig på området. Hvor kommunerne, KL og Lægeforeningen peger på, at der ikke er brug for en omorganisering af den lægefaglige rådgivning i kommunerne, bakker både Danske Regioner og Danske Handicaporganisationer op om lovforslaget i forhold til at lægge det lægefaglige arbejde over til regionerne. Som det fremgår af citatet fra Danske Handicaporganisationer knytter deres syn på samlingen af de lægefaglige kompetencer i regionerne sig til de problemstillinger, som generelt har med de kommunale lægekonsulenter at gøre. Således trækker Danske Handicaporganisationer ligeledes på den eksisterende debat om lægekonsulenternes rolle i jobcentrene. Aktørens uenighed om løsningen af problemstillingerne med hensyn til lægekonsulenternes rolle, som fremgår af de forskellige translationer, udgør et væsentlig punkt i analysen, da translationerne bygger videre på en konflikt (V42 aftalen), som, alle politiske aktører mener, skal løses.

LO fortsætter kæden af translationer i forhold til debatten om lægekonsulenternes rolle og deres fremtidige virke i regionen, og giver i den forbindelse udtryk for, at den nye organisering - hvor lægekonsulenter erstattes af en sundhedskoordinator og en klinisk funktion - giver en større tillid til de lægefaglige afgørelses habilitet:

”Der har igennem længere tid været kritik af lægekonsulenternes rolle. Med lægekonsulentens ansættelse i kommunen har mange borgere følt, at konsulenten var mere på kommunens side end på borgerens. Ved at benytte lægekonsulenterne fra regionen kommer der en armlængde afstand ind i sagsbehandlingen, som forhåbentlig medfører større tillid til afgørelsens habilitet. Endvidere kan det mindske de kommunale forskelligheder i de konkrete afgørelser.”

(LO, 2012; 6)

KL er enig med LO i, at der fortsat er udfordringer i forhold til den lægefaglige indsats, men modsat LO mener de ikke, at en omorganisering løser de lægefaglige problemstillinger. KL skriver i deres høringsvar:

”[...]der (er) behov for en bred forståelse af, at en diagnose ikke er ensbetydende med en nedsat arbejdsevne, og at helbredsmæssige problemer ikke er adgangen til en of-fentlig forsørgelsesydelse. Der findes desværre stadig eksempler på læger, der kommer med anbefalinger om tilkendelser af sociale ydelser. Nye roller for både den praktiserende læge og sundhedskoordinatoren risikerer at skabe urealistiske forventninger hos borgeren om, at helbredsmæssige forhold er afgørende i forhold til, om der kan tilkendes sociale ydelser. Det vil trække en anden vej, end det har været hensigten med reformen.”

(KL, 2012; 3)

Overvejelserne om lægekonsulenternes nuværende og fremtidige rolle burde, ifølge KL, ikke gå på, hvordan man organiserer den sundhedsfaglige del, men i stedet, hvordan man helt grundlæggende løser de problemstillinger, der opstår, når de lægefaglige vurderinger - i stedet for at bidrage - hæmmer den beskæftigelsesrettede indsats.

Odense Kommune - som er en af de kommuner, der ikke ønsker at lægge det lægefaglige samarbejde over i regionen – ønsker at have egen sundhedskoordinator. De mener, at der i forbindelse med overførelsen af den sociallægelige opgave fra kommuner til regioner opstår en usikkerhed om, hvorvidt regionerne har samme stærke incitament til at arbejde på at få borgeren rehabiliteret til selvforsørgelse (Odense Kommune, 2012; 8). Roskilde Kommune og Dansk Socialrådgiverforening - som begge bygger deres betragtninger på de erfaringer, de har med de praktiserende læger - sætter ligeledes spørgsmålstegn ved, om den lægefaglige indsats retter et beskæftigelsesrettet fokus:

"[...] det (er) centralt, at den praktiserende læge ser på ressourcer og udviklingsmuligheder hos borgeren frem for at sygemelde denne fra aktiviteter, som det i visse tilfælde ses i dag. Dette fokus rettet mod uddannelse og arbejdsmarked bør ligeledes være omdrejningspunkt i klinisk funktion og hos sundhedskoordinator."

(Roskilde Kommune, 2012; 2)

"Forestillingen om at praktiserende læge altid vil se på ressourcer og muligheder hos sin patient er således ikke altid i overensstemmelse med realiteterne. Det ses ofte, at den praktiserende læge f.eks. snarere sygemelder borgeren fra aktiviteter, end anbefaler deltagelse."

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Mens aktører som Odense Kommune, Roskilde Kommune og Dansk Socialrådgiverforening, der - gennem deres høringssvar, betragter det lægefaglige samarbejde med forbehold i forhold til det fokus, de hidtil har oplevet med de praktiserende lægers syn på borgernes beskæftigelsessituation - mener Danske Regioner, at organiseringen af det sundhedsfaglige område i regionerne er en styrke for den beskæftigelsesrettede indsats:

"Det synes velovervejnet at etablere en regional forankret sundhedsfaglig indsats i rehabiliteringsteamet, som den der skal sikre en målrettet brug af sundhedsvæsenet og være brobygger til såvel det primære som det sekundære sundhedsvæsen. Organiseringen forventes betydeligt at forbedre mulighederne for en mere sammenhængende og styrket indsats overfor en borger, som de kommunale jobcentre har vanskeligt ved at sikre tilknytning til arbejdsmarkedet."

(Danske Regioner, 2012; 2)

6.4.3.6 Opsamling

Denne del af analysen bygger på translationer fra aktører, som kan føres tilbage til en debat om lægekonsulenternes rolle i jobcentrene. Kritikken af lægekonsulenterne er endt med en aftale, V 42, som i denne analyse betragtes som en aktør med black box-status. Analysen udspringer således af denne kritik, og gennem beskrivelsen er ønsket at synliggøre, hvordan aktørerne bringer kritikken videre gennem deres høringssvar og dermed udbygger aktør-netværket.

Aktørens translationer, i forhold til organiseringen af de lægefaglige tilbud i regionen, er modsatrettede. Hvor en del af aktørerne betragter kommunerne som fagligt kompetente til fortsat at varetage den lægefaglige opgave, er der andre aktører, som betragter den nye organisering i regionerne som et kvalitetsløft og en optimering af de lægefaglige ressourcer, som ligeledes giver større tillid til de lægefaglige afgørelser.

En anden betragtning på den nye organisering af det lægefaglige område omhandler de problemstillinger, der opstår, når de lægefaglige vurderinger, i stedet for at bidrage, hæmmer den beskæftigelsesrettede indsats. Således er der aktører, som betragter debatten om den nuværende og fremtidige lægefaglige indsats som en lægefaglig diskussion og ikke en diskussion om organiseringen af det lægefaglige arbejde.

En sidste translation fra en del af aktørerne i forhold til det lægefaglige område omhandler den usikkerhed, der i forbindelse med regionernes incitamenter til at arbejde hen imod, at borgeren bliver selvforsørgede. Således udtrykker flere aktører, at lægekonsulenterne - i kraft af deres ansættelse i jobcentret - i langt højere grad vil tilrettelægge en indsats med beskæftigelse som mål, end det vil være nærliggende at gøre for en læge ansat i regionen. Denne translation deles dog ikke af alle, idet Danske Regioner betragter den nye organisering som en forbedret mulighed for at sikre en mere sammenhængende og styrket indsats overfor en borger, som de kommunale jobcentre har vanskeligt ved at sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

6.4.3.7 Den kliniske funktion

Ifølge lovforslaget skal sundhedskoordinatorerne forankres i en klinisk funktion, der ligger under regionerne. Der er lagt op til, at den enkelte region - i samarbejde med kommunerne - kan tilrettelægge de organisatoriske rammer for den kliniske funktion under hensyntagen til regionernes allerede eksisterende organisation. Den faglige ekspertise i funktionen vil typisk være arbejds-, samfunds- og socialmedicinsk, psykiatrisk/psykologisk, neurologisk eller reumatologisk (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 40). Fremover kan kommunerne kun benytte lægefaglig rådgivning fra

regionens kliniske funktion i alle sager, som vedrører ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Det betyder endvidere, at speciallægeattester alene skal kunne rekvireres via regionens kliniske funktion. Hermed afskaffes kommunernes adgang til at hente lægefaglig rådgivning fra kommunalt ansatte lægekonsulenter eller eksterne lægekonsulenter i de nævnte sager samt muligheden for at rekvirere speciallægeerklæringer gennem de såkaldte offentlige-private partnerskaber, OPP. Selvom der i lovforslaget kommer nye retningslinjer for rekvisition af speciallægeerklæringer og lægefaglig rådgivning og vurderinger, er behandlingsadgangen til sundhedsvæsnet for borgere i ressourceforløb som for alle andre (Ibid.). Det er en væsentlig pointe, som vil blive behandlet i et senere afsnit.

Ifølge SRSF-regeringen er formålet med den kliniske funktion og sundhedskoordinatoren, at kommunerne fremover kun kan søge lægefaglig rådgivning via borgerens praktiserende læge og via sundhedskoordinatoren i regionens kliniske funktion, hvorfor der skabes en entydig indgang til det regionale på beskæftigelsesområdet (Ibid.; 36). Danske Regioner er tilfredse med denne nye ordning og skriver i deres høringsvar:

”Det er ligeledes meget positivt, at regionerne og almen praksis entydigt får opgaverne i forhold til den lægefaglige rådgivning og vurdering. Herunder, at speciallægeattester alene skal kunne rekvireres via regionens kliniske funktion. Det vurderes, at det vil betyde en sikkerhed for en mere ensartet sundhedsfaglig vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.”

(Danske Regioner, 2012; 2)

Dog peger Dansk Socialrådgiverforening på, at det ikke er entydigt positivt, at alle de sundhedsrelaterede beslutninger, hvor en lægefaglig vurdering indgår, skal gå gennem sundhedskoordinatoren:

”Der er fare for, at sundhedskoordinatoren bliver et dobbeltled, der skal inddrages i sagen, hver gang der skal foretages noget i forbindelse med den helbredsmæssige del i stedet for, at den koordinerende sagsbehandler kan indhente speciallægeerklæring direkte. Dette vil uden tvivl betyde længere sagsbehandlingstid.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Udover, at sundhedskoordinatoren kan betragtes som et forsinkende led i indhentningen af speciallægeerklæringer, er der også et økonomisk aspekt i samarbejdet mellem regionens sundhedskordinator/kliniske funktion og kommunerne. I lovforslaget fremgår det at:

*"[...] udgangspunktet for aftalen er, at kommunerne finansierer trækket på sundheds-
væsnets ressourcer i form af sundhedskoordinatorfunktionen samt rådgivning og
vurdering i øvrigt fra klinisk funktion."*

(Beskæftigelsesministeriet, 2012a, § 25 stk. 2)

Hvor kommunerne i dag afholder udgifterne til speciallægeerklæringer og lægekonsulenter, vil de fremover skulle betale for den ydelse, som regionen - gennem den kliniske funktion og sundhedskoordinatoren - leverer. Det har medført en del reaktioner fra høringsparterne, som gennem translationerne betragter denne økonomiske model uhensigtsmæssig. Roskilde Kommune udtrykker i deres høringssvar:

"Roskilde Kommune mener, at den nye konstruktion kan påføre kommunen en væsentlig merudgift på serviceudgiftsrammen, og i værste fald betyde, at en stor del af de afsatte midler vil blive brugt til at købe rådgivning i regionen."

(Roskilde Kommune, 2012; 1)

Ligeså mener Faurskov og Norddjurs Kommuner, at det vil indskrænke kommunernes mulighed for at styre udgifterne til speciallægelig bistand, og samtidig vil regionerne få et reelt monopol, som afmonterer den konkurrencesituation, der i dag er på udarbejdelsen af speciallægeerklæringer i kommunerne. Det vil medføre en risiko for stigende priser og forlængede sagsbehandlingstider (Faurskov & Norddjurs Kommuner, 2012). Også FSD (Foreningen af kommunale Social- sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark) udtrykker gennem deres høringssvar bekymring for den nye organisering og mener så, at med de nye regler vil kommunen miste muligheden for at styre sine udgifter til faglig bistand fra speciallæger (FSD, 2012). Odense Kommune finder det uhensigtsmæssigt, at regionen selv vurderer, hvornår dens egne kompetencer skal i spil:

"[...], vil Regionen få stor indflydelse på forløbets varighed og udfald, idet det vil være den kommende Kliniske enhed i Regionen, der beslutter, hvornår der skal indhentes speciallæge- og psykologerklæringer, og hvornår en borger skal til yderligere udredning hos enten læge, speciallæge, psykolog eller hos den kliniske enhed."

(Odense Kommune, 2012; 8)

Denne betragtning er der flere kommuner, der har. Faurskov og Norddjurs Kommuner ser det som en uholdbar løsning, at sundhedskoordinatoren ligefrem skal rådgive kommunen om brug af egne ydelser uden at have et økonomisk ansvar.

Som tidligere beskrevet, påpeger nogle af aktørerne, at man med den nye model ikke blot vil skabe et uhensigtsmæssigt økonomisk forhold mellem region og kommune, men i lige så høj grad arbejde

mod de konkurrencemæssige vilkår, som speciallægeområdet er drevet på baggrund af i dag. Hvor de konkurrencemæssige vilkår i dag er defineret på baggrund af pris og ventetid på speciallægeerklæringer, vil den nye konstruktion give den enkelte region en uhensigtsmæssig monopolstilling (FSD, 2012). FSD bakkes op af Lægeforeningen og Danske Socialrådgiverforening som i deres høringsvar skriver:

”Den kliniske funktion vil udgøre et reelt regionalt monopol på den sundhedsfaglige rådgivning til kommunerne på området og er således et helt centralt område, [...]”

(Lægeforeningen, 2012)

”Indførelse af ”monopol” på speciallægeerklæringer er et klart tilbageskridt i forhold til en effektiv og smidig sagsgang.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Odense Kommune er ligeledes bekymret for, at det bliver en dyr løsning for kommunerne at være bundet af regionernes prisfastsættelse på sundhedskoordinatorydelsen samt ydelsen i den kliniske funktion. De ønsker derfor, at ordningen gøres fleksibel, så region og kommune kan aftale forskellige modeller for samarbejdet. Samtidig peger de på, at prisen på den ydelse regionen tilbyder ikke må overstige de omkostninger, regionen har ved at levere ydelsen. Odense Kommune mener dermed, at regionerne ikke burde kunne tjene penge på de aftaler, de laver med kommunerne, men at omkostninger burde være neutrale (Odense Kommune, 2012; 9).

FSD undrer sig over, hvorfor man vælger at ændre på velfungerende ordninger. De mener, at man med den nye model vil undergrave OPP, som sikrer en hurtig og fleksibel adgang hos speciallægerne. Med disse ordninger har kommunerne forkortet tiden til den sundhedsfaglige afklaring, og dermed den samlede sagsbehandlingstid væsentligt, i særlige typer af sager (FSD, 2012).

Udover bekymringen for kommunernes øgede udgifter i forbindelse med etableringen af en regional klinisk funktion og sundhedskoordinator, gør KL og Odense Kommune ligeledes opmærksom på, at regionerne ingen incitament har i forhold til at skabe et attraktivt produkt og en fornuftig pris til kommunerne:

”Som forslaget ser ud, har regionerne ingen incitament til at sikre hverken pris, kvalitet eller sammenhæng mellem anbefaling om en sundhedsmæssig indsats og opfølgning i form af at tilbud om behandling.”

(KL, 2012; 3)

”Ligeledes bør man forholde sig til en evt. incitamentsstruktur, (sammenhænge mellem bestiller og budgetansvar), og sikre at den givne ordning ikke bliver mere omkostningsfuld.”

(Odense Kommune, 2012; 2).

Og omvendt peger Dansk Socialrådgiverforening på, at den merudgift, der bliver lagt på serviceudgiftsrammen, i værste fald kan betyde, at en stor del af de afsatte midler vil blive brugt til at købe rådgivning i regionen. Alternativt, frygter de, at hvis udgifterne bliver for høje, vil kommunen vægre sig ved at bruge de nødvendige midler på at få den fulde udredning. (Dansk Socialrådgiverforening, 2012). Også LO er bekymret: *”LO vil være modstander af, at tilbud bestemmes af kommunen udelukkende ud fra driftsøkonomiske hensyn”* (LO, 2012; 2)

Danske Handicaporganisationer, betragter den særskilte organisering af det sundhedsfaglige område kommunerne, som et positivt initiativ. Dog understreger de i deres høringssvar at:

”Rådgivning fra de kliniske funktioner skal alene baseres på relevante sundhedsfaglige kompetencer, og aftalegrundlaget skal derfor sikre, at funktionerne fungerer helt uafhængigt. Der må med andre ord ikke kunne stilles spørgsmålstejn ved, om den sundhedsfaglige rådgivning og vejledning er baseret på faglige eller kommunaløkonomiske overvejelser.”

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 6)

De indskærper hermed, i forlængelse af de andre aktører, at det er vigtigt, at organiseringen skal understøtte den sundhedsfaglige rådgivning og vejledning og dermed sikre, at kommunernes overvejelser ikke bliver styret af økonomien.

6.4.3.8 Opsamling

Både SRSF-regeringen og Danske Regioner betragter organiseringen af den kliniske funktion - og den dertil hørende entydige adgang til den lægefaglige rådgivning og vejledning - som positivt. Dog er der flere aktører, der gennem deres translationer, betragter denne form for organisering uhensigtsmæssig på mange områder. Således peger Dansk Socialrådgiverforening på, at sundhedskoordinatoren - i kraft af sin rolle som indgang til den kliniske funktion - bliver et ekstra bindeled og dermed risikere at forlænge sagsbehandlingstiden.

I lovforslaget lægges der op til, at kommunerne skal betale for sundhedskoordinatorernes arbejde i rehabiliteringsteamet samtidig med, at de også skal betale for den eventuelle ekstra udredning, som kun sundhedskoordinatoren kan henvise til i den kliniske funktion. Flere aktører betragter denne samarbejdskonstellation som uhensigtsmæssig, dels fordi sundhedskoordinatoren skal pege på sine

egne ”produkter” - og i den forbindelse intet økonomisk ansvar har for mængden af henvisninger, der laves - og dels fordi, at der er fare for, at kommunerne - som ingen økonomisk styring har - vil forsøge at sikre udgifterne ved at minimere anvendelsen af den kliniske funktion.

Den sidste væsentlige betragtning, som aktørerne kommer med om organiseringen af den kliniske funktion, er de monopollignende tilstande, som vil opstå i forbindelse med, at kommunerne ikke længere må rekvirere speciallægeerklæringer. Translationerne fra aktørerne peger mod en antagelse om, at den organisatoriske struktur udgør en reel mulighed i forhold til, at regionerne kommer til at tjene penge på kommunerne, hvilket vil få betydning for kommunernes økonomi. Ligeledes betragter aktørerne det også som en usmidig struktur, der i sidste ende kan have indflydelse på ventetiden til at få lavet en speciallægeerklæring og dermed i sidste ende en risiko for forlængelse af sagsbehandlingstiden.

6.4.3.9 Faglighed

Der er en vis usikkerhed forbundet med organiseringen og bemandingen af de faglige kompetencer i både rehabiliteringsteams og i den kliniske funktion. I lovforslaget fremgår det, at ekspertisen i den kliniske funktion typisk vil være arbejds-, samfunds- og socialmedicinsk, psykiatrisk/psykologisk, neurologisk eller reumatologisk (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 40). Ligeså kan det fleksibelt aftales mellem region og kommuner, at sundhedskoordinatorfunktionen, som repræsenterer den kliniske funktion i rehabiliteringsteamet, varetages af én eller flere fagpersoner. Og selvom koordinatorens opgave i teamet er - udover at repræsentere den kliniske funktion - er at bidrage med en sundhedsfaglig vurdering af en konkrete sag, er der ikke taget stilling til, hvilken faglig baggrund, sundhedskoordinatoren skal have. Danske Patienter stiller i den forbindelse et yderst relevant spørgsmål i deres høringsvar: *”Hvordan vil man sikre, at medlemmerne af teamet har de rette kompetencer?”* (Danske Patienter, 2012; 7).

Ifølge Odense Kommune er det vigtigt, at der stilles tydelige krav til sundhedskoordinatoren og den kliniske funktion i forhold til at levere de nødvendige sundhedsrelaterede kvalifikationer samt at sundhedskoordinatoren har tilstrækkelig viden om sundhedssystemet, gennemslagskraft og accept blandt behandlende læger for at kunne sikre den nødvendige koordinering (Odense Kommune, 2012; 8). Også Danske Handicaporganisationer har en holdning til, hvad der skal være centrale kompetencer hos sundhedskoordinatoren: *”[...] sundhedskoordinatorfunktionens faglige kompetencer skal matche borgerens behov – og ikke fastlægges i samarbejdsaftalerne.”* (Danske Handicaporganisationer, 2012; 7). Således betragter både Odense Kommune og Danske Handicaporganisationer, sundhedskoordinatorens rolle som en rolle, der beror på det behov, som skitseres ud

fra kommunernes og borgernes behov: ”Vi forventer, at der i forbindelse med udpegning af den sundhedsfaglige rådgivning i rehabiliteringsteamet tilknyttes lægefagligt uddannet personer.” (Ibid.; 7)

Lægeforeningen og Dansk Socialrådgiverforening mener i stedet, at deres faggrupper skal tilgodeses, når sundhedskoordinatorstillingerne skal besættes:

”Tilsvarende finder Lægeforeningen, at den regionale sundhedskoordinator, som deltager i rehabiliteringsteamet, bør være en lægefagligt uddannet person henset til de opgaver, som personen skal løse.”

(Lægeforeningen, 2012)

”Det fremgår ikke, hvilken faglighed sundhedskoordinatoren skal have. Det vil være naturligt, at funktionen varetages af en sygehussocialrådgiver, da socialrådgivernes faglige baggrund hviler på helhedssyn med bred viden[...]. Det er desuden uklart om sundhedskoordinatoren er en og samme person i alle sager, eller om vedkommende skifter.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Danske Regioner fokuserer ikke i samme grad på sundhedskoordinatorrollen, men betragter dog bemandsingsspørgsmålet af den kliniske funktion ud fra dette perspektiv:

”Det er endvidere væsentligt, at der ved den endelige udformning af loven gives frihed til, at regionerne sammensætter deres kliniske funktion af flerhed af lægefaglige kompetencer. Dels af hensyn til de begrænsede lægefaglige kompetencer i psykiatrien, der også skal prioriteres til de mest syge psykiatriske patienter.”

(Danske Regioner, 2012; 3)

Både Danske Handicaporganisationer og Dansk Socialrådgiverforening giver gennem deres translationer i deres høringssvar udtryk for, at de betragter fagligheden blandt sagsbehandlerne som vigtig, og at det derfor findes nødvendigt, at deres kompetencer vægtes højt i forhold til at vejlede borgerne inden for denne målgruppe: ”Endvidere skal der stilles krav om, at sagsbehandleren er en uddannet fagperson, som har de nødvendige kompetencer til at vejlede borgeren, når dette er nødvendigt.” (Danske Handicaporganisationer, 2012; 5)

”De koordinerende sagsbehandlere bør være sagsbehandlere med enten solid erfaring fra arbejdet i de kommunale forvaltninger eller med relevant efteruddannelse, for at sikre høj grad af faglighed i indsatsen.”

(Dansk Socialrådgiverforening)

6.4.3.10 Opsamling

I aktørernes translationer er det muligt at spore en bred enighed om at kompetencerne i rehabiliteringsteamet er vigtige i forhold til det faglige niveau blandt de fagpersoner, som skal repræsentere både rehabiliteringsteamet og den kliniske funktion. Dog er der uenighed blandt aktørerne om, hvad der skal bestemmes, hvilke kompetencer samt hvilken faglig profil sundhedskoordinatoren skal have. Hvor nogle aktører mener, at kompetencerne skal afhænge af behovet i kommunerne, betragter en aktør som Danske Regioner det som en mulighed, at de fordeler kompetencerne med udgangspunkt i de ressourcer, de har til rådighed.

De aktører, der repræsenterer faggrupperne, er ligeledes uenige om, hvilke kompetencer sundhedskoordinatoren skal have. Og både Lægeforeningen og Dansk Socialrådgiverforening betragter i deres høringssvar deres faggrupper som dem, der besidder den faglige profil, der skal til for at løfte opgaven som sundhedskordinator.

Både Danske Handicaporganisationer og Dansk Socialrådgiverforening betragter det som relevant, at også sagsbehandlerne faglighed prioriteres i forhold til at vejlede borgerne inden for denne målgruppe.

6.4.3.11 Kapacitet

Udover det bemandingspørgsmål, som knytter sig til sundhedskoordinatorens faglige profil og den kliniske funktion, giver Odense Kommune - gennem deres høringssvar - udtryk for, at der i lovforslaget er lagt op til, at for mange fagprofessionelle har pligt til at deltage ved rehabiliteringsteamets møder. Gennem denne translation gør de opmærksom på, at kun en mindre del af de borgere, der er omfattet af reformen i dag, modtager ydelser under Serviceloven. Ligesom at de påpeger, at der kan være tilfælde, hvor der tilsyneladende ikke er behov for en kommunal sundhedskompetence, idet sundhedskompetencen er repræsenteret ved den regionale sundhedskordinator. Odense Kommune skriver følgende i deres høringssvar: *Igen kunne det med fordel være den gennemgående sagsbehandler, der vurderer hvilke og hvor mange kompetencer, der skal være repræsenteret i det rehabiliterende team*” (Odense Kommune, 2012; 7). Således lægger Odense Kommune op til, at ansvaret for at nedsætte det rigtige team omkring en borger pålægges den ansvarlige og gennemgående sagsbehandler. Derved ser Odense Kommune, at den koordinerende opgave forbliver hos den enkelte sagsbehandler, som så bliver ansvarlig for at indhente de relevante kompetencer inden for de andre faglige retninger, når der er et behov. Også KL giver i deres høringssvar udtryk for, at fagpersoner inddrages, også selvom det ikke nødvendigvis er relevant. De skriver i deres høringssvar:

"I rehabiliteringsteamet skal der indgå en repræsentant for undervisningsområdet i alle sager vedrørende borgere under 30 år og ad hoc i sager vedrørende borgere, der er fyldt 30 år. Det må primært være relevant for borgere uden en erhvervskompetencegivende uddannelse."

(KL, 2012; 5)

Både Odense og KL giver udtryk for, at de mange møder - hvor alle fagfolk skal mødes, når en borgers sag skal behandles - vil udgøre store kapacitetsmæssige omkostninger.

Af SRSF-regeringens lovforslag forventes, at når loven er fuldt indfaset i 2020 vil der være 43,500 borgere i gang med ressourceforløb (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 89). Dog fremgår det ingen steder, hvor ofte man skal mødes i rehabiliteringsteamet. Da kapacitet er en væsentlig pointe i hørings svarene, findes det nødvendigt, at der kommer et bud på, hvor meget tid det må forventes, at rehabiliteringsteams bruger på møderne. Arbejdsmarkedskommissionens udgangspunkt er, at jobcentret løbende - eller mindst én gang årligt - skal tage stilling til, om forudsætningerne for at fortsætte i et ressourceforløb fortsat er til stede. (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009; 156). Med udgangspunkt i Arbejdsmarkedskommissionens forventning om mindst ét møde årligt og SRSF-regeringens egne tal på, at der fuldt indfaset vil være 43.500 forløb kørende, vil det betyde et minimum antal møder á 43.500 (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; 89). Og med deltagelse af fem forskellige faggrupper stilles der store krav til mødestruktur, forberedelse og mødekoordinering. KL understreger netop denne pointe: *Det er en opgave, der binder medarbejderressourcer i intern koordinering frem for borgerrettede indsats, og det koster penge.*" (KL, 2012; 2).

I lovforslaget fremgår det, at borgeren og dennes sagsbehandler skal deltage ved alle møderne i rehabiliteringsteamet. Både SIND og LO ser det som noget positivt, at borgeren skal være til stede, når møderne finder sted i rehabiliteringsteamet:

"Det er positivt/nødvendigt, at borgeren har ret til at være inddraget og være til stede når hans/hendes sag behandles. Det kan imidlertid forekomme voldsomt, hvis man som borger indkaldes til møde med rehabiliteringsteamet, der har mange medlemmer. SIND foreslår, at borgere, der har en sag til behandling får tilbud om at medbringe bisidder."

(SIND, 2012; 4)

"LO støtter en tæt kontakt mellem borgerne og det nye rehabiliteringsteam gennem deltagelse i teammøderne. LO foreslår, at det præciseres, at borgeren kan medbringe en bisidder ved disse møder jf. retsikkerhedslovens bestemmelser."

(LO, 2012; 5)

Begge forslår de, at borgeren får mulighed for at medbringe en bisidder, som kan være en støtte under og efter møderne. Såfremt borgeren medbringer en bisidder, betyder det således, at en ekstra ressource bliver inddraget i møderne. Andre aktører ser det som en udfordring, at borgerne skal deltage i alle møderne i rehabiliteringsteamet

”Der er typisk tale om meget svage borgere, der ikke er vant til og vil have svært ved at fremføre egne ønsker overfor så stor en gruppe af fag- og myndighedspersoner. Derfor er det centralt, at der ikke på mødet opstår drøftelser om indsats, finansiering, snitflader m.v. Dette kan undgås ved, at sagen har været drøftet i teamet, inden borgeren møder op, således at evt. uklarheder om muligheder for indsats, så vidt det er muligt, er afstemt.”

(Roskilde Kommune, 2012; 2)

”Det vil for mange borgere være en udfordring at møde op hos et rehabiliteringsteam og deltage aktivt i drøftelserne om fremtidige muligheder[...] Dette kan undgås ved, at sagen har været drøftet i teamet, inden borgeren møder op, således at evt. uklarheder om muligheder for indsats, så vidt muligt er afstemt.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

Aktørerne giver gennem translationerne udtryk for, at det kan være nødvendigt, at rehabiliteringsteamet taler sammen uden borgerne. Dermed stilles der yderligere krav til det tidsmæssige forbrug i teamet, da der i lovgivningen kun er lagt op til, at teamet skal mødes med borgerne og dennes sagsbehandler.

6.4.3.12 Opsamling

Translationerne peger i retning af, at nogle aktører betragter møderne i rehabiliteringsteamet som omfattende, idet alle de nævnte faggrupper i lovforslaget skal indgå i møderne - også selvom de måske ikke kan bidrage med noget relevant til sagen. De ser hellere, at ansvaret for at få samlet de rette faggrupper ligger hos den gennemgående sagsbehandler. Ved et årligt møde om en borgers sag betyder det, at rehabiliteringsteams skal mødes som minimum 43.500 gange årligt.

Flere aktører betragter sagsbehandlerens og borgerens tilstedeværelse under møderne i rehabiliteringsteamet som noget positivt. Dog er der andre aktører, som mener, at det ikke er hensigtsmæssigt at diskutere eventuelle uoverensstemmelser i sagen, når borgeren er tilstede. I stedet foreslår de, at teamet også mødes uden borgeren, og når til enighed dér.

6.4.3.13 Ventetider i behandlingssektoren

Som det fremgår tidligere i analysen, er det regionens rolle at give adgang til speciallægeerklæringer samt lægefaglig rådgivning og vurdering. Dermed nævner lovforslaget intet nyt om den sundhedsfaglige behandling i regionerne. Således er der lagt op til, at borgerne fortsat skal behandles gennem det eksisterende behandlingssystem. Flere aktører betragter dette som et problem:

”En af de allerstørste barrierer for at reducere tilgangen til førtidspension, er at alt for mange borgerer er på offentlig forsørgelse, fordi de ikke bliver udredt og behandlet for deres psykiske lidelser eller venter for længe på det.”

(KL, 2012: 2)

Ligesom KL finder Danske Patienter det afgørende, at den sundhedsfaglige behandling er til stede, for at borgerne kan blive klar til arbejdsmarkedet:

”[...] for at kunne udvikle sin arbejdsevne skal (man) have adgang til en ordentlig behandling af sine psykiske problemer (jf. den landsdækkende udfordring med kapaciteten i psykiatrien).”

(Danske Patienter, 2012; 2)

Opmærksomheden omkring ventetiderne i psykiatrien er tidligere nævnt i forbindelse med Danske Regioners holdning til, at de selv skal have mulighed for at disponere over deres ressourcer på det psykiatriske område. Således italesættes en væsentlig problemstilling, som relaterer sig til et område uden for undersøgelsens genstandsfelt, da behovet for psykiatrisk udredning og psykiatrisk behandling er to store lægefaglige områder, som, der er behov for, bliver dækket. Endnu en gang forlænges en translation, som ikke betragtes som en del af det aktør-netværk, som specialet har fokus på. Og endnu engang er det translationer, hvis forbindelser kan trækkes over til aktører inden for sundhedsvæsnet.

Flere aktører påpeger, at det er en væsentlig udfordring for indsatsen, hvis det ender med, at der opstår kapacitetsproblemer hos sundhedskoordinatoren og i den kliniske funktion. Lægeforeningen og Roskilde Kommune skriver:

”Lægeforeningen har i den forbindelse en bekymring for, at en regional klinisk funktion kan blive en ”flaskehals” på området, og at der kan opstå meget uens modeller i regionerne, som ikke sikres de nødvendige ressourcer til at løse opgaven.”

(Lægeforeningen, 2012)

"[...]kan sagen trække i langdrag grundet kapacitetsproblemer. Det kan være såvel manglende kapacitet hos sundhedskoordinatorerne, på lægelig rådgivning eller ved de speciallæger, som skal udfærdige attesterne [...]."

(Roskilde Kommune, 2012;2)

FSD peger på, at det er afgørende for en hurtig og smidig sagsbehandling, at regionerne dækker det behov, som kommunerne har for lægefaglige kompetencer:

"Foreningen ser med bekymring på risikoen for, at de fem regioner ikke vil være i stand til at stille den fornødne kapacitet til rådighed for alle de kommuner, der trækker herpå - selv om kommunerne skal betale for trækket på regionens ressourcer til denne opgave. Hvis den kapacitet ikke viser sig at være til stede, vil det være en væsentlig barriere for en hurtig og smidig sagsbehandling i de kommunale rehabiliteringsteams."

(FSD, 2012)

Det er ikke kun det sundhedsfaglige område, der kan vise sig at være en hæmsko for det hurtige og smidige sagsforløb. Danske Handicaporganisationer peger på, at "flaskehalse", også meget vel kan forekomme i det kommunale regi. De skriver i deres høringsvar:

"Det fremgår desuden af lovforslagets bemærkninger, at sagsbehandlingstiden i forhold til rehabiliteringsteamets behandling af sagen skal være så kort som muligt. Det er afgørende, at der i de kommunale forvaltninger fastlægges effektive procedurer for den samlede koordinering og styring af sager. Det fremgår imidlertid allerede af Retssikkerhedsloven, at sager skal behandles hurtigst muligt. Det afholder ikke kommunerne fra at have endog meget lange sagsbehandlingstider. DH har derfor grund til at være skeptisk over for, om hensigtserklæringer er tilstrækkeligt til at få kommunerne til at gennemføre hurtig sagsbehandling."

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 8)

6.4.3.14 Opsamling

En del aktører betragter de lange ventetider på udredning og behandling i sundhedsvæsnet som en problemstilling, der er væsentlig at løse, hvis flere borgere skal ud på arbejdsmarkedet. Translationerne omkring ventetiden knytter sig til de ressourcer, der er i sundhedsvæsnet, og betragtes blandt aktørerne som et problem, hvis det betyder, at regionerne selv får mulighed for at disponere over ressourcerne og dermed vælger ikke at sætte nok kapacitet af til arbejdet med borgerne i denne målgruppe. Aktørerne ser derfor, at der opstår *flaskehalse* på området, som i sidste ende kan have betydning for længden af sagsbehandlingen.

Det er ikke kun på det sundhedsfaglige felt, at der opleves lange sagsforløb. Danske Handicap-organisationer betragter også ventetiden i kommunerne som lang og skriver i deres høringsvar, at de ikke mener, at organiseringen med et rehabiliteringsteam løser den udfordring.

6.4.3.15 Organisering

Translationerne viser, at flere aktører betragter den nye form for organisering med usikkerhed i forhold til, hvordan man rent praktisk organiserer arbejdet i rehabiliteringsteamet. Og Danske Patienter mener, at der er behov for yderligere retningslinjer:

”I denne forbindelse må vi også pege på, at mange formuleringer i lovbemærkningerne om organisation og metoder kalder på afklaringer, præciseringer og yderligere beskrivelser, før man i kommunerne og regionerne kan gå i gang med at ændre de konkrete arbejds gange og metoder.”

(Danske Patienter, 2012; 2)

En af de problemstillinger, som også tidligere har været nævnt i forbindelse med det borgerrettede arbejde i forhold til behandler-/betaler-model, er det tværgående arbejde. KL gør opmærksom på, at der fortsat er mange barrierer, der skal brydes i forhold til informationsflow:

”Udveksling af oplysninger på tværs af forvaltninger, og særligt udveksling af helbredsoplysninger med sundhedsområdet, udgør en særskilt problemstilling og barriere for at tilrettelægge helhedsorienterede borgerforløb. For at kunne gennemføre et virkningsfuldt tværfagligt forløb, forudsættes det, at der er et samlet kendskab til relevant viden om borgeren.”

(KL, 2012; 7)

Dansk Socialrådgiverforening er enig med KL i, at der stilles store krav til organiseringen af det tværgående samarbejde, både internt i kommunerne, men også mellem kommuner og kommuner samt kommuner og regionerne. De peger derfor på, at der bliver behov for *IT-understøttelse*, som kan bidrage med den gennemsigtighed, der er brug for på tværs af samarbejdsrelationer (Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

En anden væsentlig betragtning, som Dansk Socialrådgiverforening byder ind med i forhold til samarbejdet på tværs af sektorgrænser, er, at der i forvejen ligger samarbejdsaftaler mellem kommunerne og regionerne:

”Det er dog uklart, hvad sammenhængen mellem de samarbejdsaftaler og de nuværende sundhedsaftaler er? De nye aftaler bør kunne skrives ind i

sundhedsaftalerne, så der ikke oprettes endnu et bureaukratisk led med risiko for manglende sammentænkning med de øvrige aftaler.”

(Ibid.)

Dansk Socialrådgiverforening udtrykker i deres høringssvar åbenlys undren over, at SRSF-regeringen ikke bygger videre på de aftaler, som allerede er kendte og anvendes i dag. Aftalerne betragter Dansk Socialrådgiverforening umiddelbart som aktører, der har black-box status, hvorfor deres translation skaber usikkerhed om, hvorvidt de eksisterende aftaler fortsat kan betragtes som black box. De ser således en risiko for, at der udarbejdes nye sundhedsaftaler, som kommunerne og regionerne igen skal forhold sig til, og som muligvis strider mod de allerede eksisterende sundhedsaftaler.

I lovforslaget er der lagt op til, at den gennemgående koordinerende sagsbehandler ikke nødvendigvis behøver at være en medarbejder i jobcentret, men i princippet kan være en hvilken som helst fagperson, som har den tætte kontakt med borgeren. KL udtrykker sig gennem deres høringssvar positivt omkring tiltaget:

”KL hilser det velkomment, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at funktionen som gennemgående og koordinerende sagsbehandler for borgere i ressourceforløb kan overdrages til en anden enhed i kommunen end jobcentret. Dog påpeger de også at der i den forbindelse vil forekomme uoverensstemmelse i forhold til de lovpligtige samtaler.”

(KL, 2012; 7)

Dog er Danske Handicaporganisationer mere usikker på, hvordan man sikrer at følge op på, hvem der har ansvaret, hvis der er uenighed om en sag:

”Til § 30a anføres det, at rehabiliteringsplanen kan udarbejdes af en anden forvaltning end jobcentret, der som udgangspunkt udarbejder denne. Hvem vil have den fornødne beslutningskompetence i det tilfælde, hvor der er uenighed om, hvor sagen hører til?”

(Danske Handicaporganisationer, 2012; 5)

Danske Handicaporganisationer adresserer, gennem denne translation, en relevant problemstilling, når de gør sig denne betragtning om, hvem der i sidste ende har beslutningskompetencen i forhold til borgeren. Denne problemstilling er ikke kun knyttet til ovenstående, men også i forhold til samarbejdet i rehabiliteringsteamet:

”Det fremgår ikke, hvilke konsekvenser det vil have, såfremt rehabiliteringsteamet ikke kan blive enige. Da der er deltagelse fra flere forvaltninger samt regionen, vil der kunne opstå situationer med modstående opfattelser, hvad der kan/skal gøres. Der er brug for en præcisering af kompetencefordeling i teamet, forretningsorden el. lign..”

(Odense Kommune, 2012; 5)

Således er usikkerheden, om hvem, der rent faktisk er ansvarlig for den daglige behandling af borgerens sag, en central pointe, som kan medføre forringelser i det enkelte sagsforløb.

6.4.3.16 Opsamling

Organiseringen af, hvordan arbejdsgange, metoder og ansvar beskrives og fordeles, betragtes fra flere aktørers side med en vis usikkerhed. I translationerne udspringer et af usikkerhedsmomenterne af det tværfaglige samarbejde på tværs af forvaltnings- og sektorgrænser, hvor Dansk Socialrådgiverforening peger på, at det er nødvendigt med IT-understøttelse som en del af løsningen.

Dansk Socialrådgiverforening trækker på aktører og translationer udefra og betragter de nye sundhedsaftaler mellem kommunerne og regionerne med undren, idet der i forvejen ligger samarbejdsaftaler mellem parterne, som kan betragtes som aktører med black-box status. Gennem deres translationer giver de udtryk for, at det er uhensigtsmæssigt at iværksætte nye aftaler, som kan give anledning til modstridende handlinger, hvorfor der skabes uro om de eksisterende aftaler og deres status som black box.

Rollen som koordinerende sagsbehandlere kan ifølge lovforslaget varetages af flere faggrupper lokaliseret andre steder end i jobcentret, hvilket der bakkes op om. Dog påpeger en af aktørerne, at det ikke fremgår, hvem der er ansvarlig for at træffe beslutninger i en sag, hvis der opstår uenighed. Ligeså fremhæves det, at samme problemstilling gør sig gældende ved uenighed i rehabiliteringsteamet. Translationerne peger derfor i retning af en usikkerhed om, hvem der i sidste ende er ansvarlig for at træffe beslutninger i borgerens forløb.

6.4.3.17 Ikrafttrædelse af loven

Så godt som alle høringsparter betragter datoen d.1. januar 2013 som umulig at leve op til i forhold til at være klar med rehabiliteringsteams, sundhedskoordinatorer og kliniske funktioner:

”Det er en meget kort frist fra vedtagelsen til ikrafttræden til at implementere en så omfattende reform. Kommunerne forventer ikke at kunne have alle dele af reformen på plads.”

(KL, 2012; 7)

”Dette finder vi helt urealistisk (datoen for ikrafttrædelsen). Reformen stiller store krav om indførelse af en ny metode i stedet for arbejdsevnetoden, som ikke synes færdigudviklet. Der skal ske ny organisering i arbejdet med ledige med sammensatte problemer og iværksættes uddannelse af sagsbehandlere både i forhold til den nye metode og til at arbejde koordinerende for rehabiliteringsteamet såvel som for borgeren. Der tilknyttes nye samarbejdspartnere, der skal etableres en klinisk funktion i regionerne, og der skal ikke mindst udvikles ny IT-understøttelse. Det er store omstillinger i en hverdag, som i forvejen er travl, og de kræver tid og opmærksomhed.”

(Dansk Socialrådgiverforening, 2012)

”[...]Danske Patienter (ser) det som et problem, at lovændringerne skal træde i kraft allerede den 1. januar 2013. Med de omfattende ændringer, der lægges op til både organisatorisk og samarbejds-mæssigt på både kommunalt og regionalt niveau, frygter Danske Patienter, at kommunerne ikke kan nå at omstille sig.”

(Danske Patienter, 2012; 2)

Hvor nogle aktører ser det som en umulighed at iværksætte så omfattende en lov inden for så kort en tidsfrist, griber Danske Regioner det anderledes an, og anerkender, at der vil være en indkøringsperiode, også efter at loven er trådt i kraft:

”Taget den snarlige ikrafttrædelse i betragtning, forudser regionerne, at der vil være en opstarts- og indfasningsperiode også efter den 1. januar 2013, hvor funktioner og samarbejdsstrukturer mv. mellem kommuner og regioner tager sin endelig form.”

(Danske Regioner, 2012; 4)

Lægeforeningen peger på, at den hurtige iværksættelse vil skabe flaskehalse, da man ikke kan nå at stå klar med den indsats, der lægges op til i loven:

”Lægeforeningen finder, at der er tale om en ret omfattende omlægning af kommuner og regioners rolle i beskæftigelsesindsatsen. Der er dermed også en stor risiko for at der opstår flaskehalse eller indsatsen af forskellige grunde ikke lever op til målet.”

(Lægeforeningen, 2012)

Danske Handicaporganisationer henviser til, at man med den hurtige ikrafttrædelsesdato vil komme i konflikt med retssikkerhedsloven, idet kommunerne og regioner ikke vil kunne leve op til den indsats, der står i loven:

”Endelig finder DH den foreslående ikrafttrædelsesdato helt urealistisk. Der er tale om omfattende ændringer i lovgivningen og ikke mindst i praksis, som det er vanskeligt at forestille sig, at kommunerne vil kunne nå at implementere til den 1. januar, hvilket er et væsentligt retssikkerhedsmæssigt problem.”

6.4.3.18 Opsamling

Så godt som alle aktørerne italesætter, gennem deres translationer fra høringssvarene, ikrafttrædelsesdatoen som umulig at leve op til. Kun Danske Regioner anerkender datoen, men giver udtryk for, at man må acceptere en indkøringsfase.

Hvor Lægeforeningen udtrykker bekymring for, at den hurtige iværksættelse vil betyde, at man vil skabe *flaskehalse* allerede fra start, ser Danske Handicaporganisationer det som et brud på retssikkerhedsloven, at man ikke kan sikre den rette indsats fra start.

6.4.4 Opsamling på delanalyse 2 – Høringsparternes betragtninger

I delanalyse 2 har det været hensigten at inddrage høringsparternes høringssvar med henblik på at lave en analyse, som kan bidrage til at beskrive det fortsatte aktør-netværk på baggrund af den 1. delanalyse samt lovprocessen. I delanalyse 2 er translationer fra aktørerne - som her repræsenteres af høringsparterne og deres høringssvar - beskrevet. Translationerne er alle analyseret i forhold til analysens udgangspunkt, som var at få beskrevet de elementer, som havde med organiseringen af rehabiliteringsteams at gøre, og hvor rehabiliteringsteamet ansås som den aktør, der gennem translationer fra andre aktører får mening. Aktørerne udleder forskellige netværkssporende aktiviteter via deres translationer. Dog peger de alle i retning af, at der er væsentlige organisatoriske forhold, som endnu ikke er på plads, og som udgør væsentlige barrierer for at iværksætte loven inden for den fastsatte tidsramme. Rehabiliteringsteamet må - som aktør - derfor betragtes som åben i den forstand, at uenigheden om, hvad rehabiliteringsteamet har af funktioner, kompetencer m.v. fortsat er til debat. Således tyder alt på, at der er langt vej endnu, før rehabiliteringsteamet har status som black box.

6.4.5 Opsamling på 1. og 2. delanalyse

Gennem analysen - og den efterfølgende beskrivelse af både de regeringspolitiske overvejelser og høringssvarene omhandlende organiseringen af rehabiliteringsteams - udgør de to delanalyser et samlet aktør-netværk, der viser udviklingsprocessen.

Som det tidligere er beskrevet, følger analysen ikke blot udviklingsprocessen inden for de betragtninger, som de forskellige politiske aktører gør sig om organiseringen af rehabiliteringsteams, men også den politiske proces, i forbindelse med vedtagelsen af den nye lov som knytter sig til reformen. Hele processen omkring vedtagelsen af den nye lov på førtidspensionsområdet kan således betragtes som en fortsættelse af aktør-netværket, der bygger videre på de to første delanalyser, som er beskrevet i de to foregående afsnit. Ved at inddrage den nye empiri kommer der en ekstra dimension på

genstandsfeltet, idet den demokratiske lovproces bliver en del af en kontekst, som er styrende for aktør-netværkets måde at strukturere sig på. Ligesom de første delanalyser er forskellige i deres opbygning, vil den tredje analyse således udgøre en ”ny” form.

Sammenhængen mellem høringsparterne og deres høringssvar sker i kraft af høringssvarenes status som aktører i lovprocessen. Dermed anses høringssvarene som centrale aktører for den efterfølgende behandling i Folketinget. Translationerne fra høringsparterne - gennem deres høringssvar - skal altså ses som de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams, som derigennem skaber aktivitet blandt de medlemmer af Folketinget, der skal behandle lovforslaget. Foruden høringssvarene vil der i analysen også blive ledt efter betragtninger, som trækker på translationer og aktører fra delanalyse 1.

I det følgende afsnit er ønsket således - gennem en analyse af behandlingen af lovforslaget i Folketinget - at fortsætte med at følge de translationer, hvoraf det fremgår, hvilke betragtninger medlemmerne af Folketinget har på organiseringen af rehabiliteringsteams. I den sidste delanalyse vil den kritiske realismes perspektiv have en større rolle for analysen, end den har haft i de to forrige analyseafsnit. Idet der allerede er argumenteret for at anlægge et strukturelt syn på udviklingen af aktør-netværket - grundet lovprocessen som et styrende element samt at udgangspunktet fortsat er de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteam - er det væsentligt at inddrage de sammenhænge, som begynder at tegne sig mellem det faktiske og det reale domæne. Således vil det naturligt nok fortsat kun være muligt at beskrive det synlige som udspringer af det empiriske grundlag, hvilket vil betyde, at det ikke-synlige vil fremtræde efterhånden som analysen skrider frem.

6.4.6 Delanalyse 3- Behandlingen af lovforslaget i Folketinget

Inden analysen er det relevant at påpege, at det, som udtrykkes af enkelte personer, ikke tolkes som selvstændige aktører, men som en del af et parti ligesom i delanalyse 1. Derved er det fortsat partiet, der figurerer som én aktør i beskrivelsen, og ikke den enkelte person. For at kunne skelne mellem de forskellige politiske aktører i denne delanalyse er det nødvendigt at dele politikerne ind i regeringspolitiske aktører og oppositionspolitiske aktører.

6.4.6.1 Implementering af loven

I forbindelse med den omfattende reform, er der flere - både regionspolitiske og oppositionspolitiske aktører - som peger på, at der ligger et stort stykke arbejde i at få loven implementeret. *”Det siger jeg, vel vidende at netop implementeringen af den her kæmpe reform bliver en kolossal opgave, ikke*

mindst for landets kommuner.” (Folketingets hjemmeside, 2012d, Ulla Tørnæs (V), førstebehandling)

”Det er vigtigt at understrege, at der forude venter os et hårdt stykke arbejde i forhold til at gennemføre den indsats, som reformen og forslaget lægger op til. Det gælder i særlig grad også for landets kommuner, der nu skal løfte den meget store opgave der er med hensyn til at implementere reformen.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Lennart Dansbo, (S), førstebehandling)

Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen er enig med både Ulla Tørnæs og Lennart Dansbo i, at implementeringen bliver en udfordring særligt for kommunerne:

”Jeg vil i øvrigt også gerne i forhold til det her sige, at det ikke bliver let. Det her bliver utrolig svært at omsætte til virkelighed, og der er langt fra de fine politiske ord, der står skrevet i en lovgivning – tænkt i en politikers hoved og formuleret som en del af en politisk forhandling – og så til den faktiske virkelighed i den enkelte kommune. Det kommer til at kræve blod, sved og tårer, når faggrupper, der ikke er vant til at arbejde sammen, skal gøre det i fremtiden; når forvaltningsmure skal brydes ned; når sundhedsvæsenet pludselig skal til at tage ansvar for, om mennesker kommer i arbejde; og når virksomheder pludselig skal til at tage ansvar for, at psykisk sårbare også kan være gode kolleger. Det kommer til at kræve en kæmpestor indsats.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen (S), andenbehandling)

De generelle betragtninger af omfanget af reformen - og dermed implementeringen - går således på, at alle er klar over hvilke udfordringer, der ligger i at få organiseret de elementer som loven består af. Således er der noget, der tyder på, at de translationer som høringsparterne gennem deres hørings svar udtrykker, har påvirket de regerings- og oppositionspolitiske aktører i forhold til at erkende omfanget af organiseringen af de nye rehabiliteringsteams og de elementer, som rehabiliteringsteamet som aktør består af. Kun *Enhedslisten* har som aktør ladet meningen i translationerne fra høringsparternes hørings svar passere gennem, og bakker således op om høringsparterne og deres adressering om de mange problemstillinger, der knytter sig til reformen i praksis:

”Hvis ministeren mener, at det er så svært at føre den her reform ud i livet, synes jeg da, ministeren skulle lade være med at prøve på det og i stedet køre videre med de rimelig velfungerende ordninger, vi har, og så lave nogle forsøg på de områder, hvor man synes, man gerne vil prøve noget nyt. Derefter kunne vi så lave en ændret lovgivning.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Finn Sørensen (EL), andenbehandling)

6.4.6.2 Den kliniske funktion

I flere af høringssvarene betragter høringsparterne den nye organisering - hvor den kliniske funktion er det eneste sted, der kan rekvireres speciallægeerklæringer fra - som uhensigtsmæssig, idet der er flere eksempler blandt aktørerne på, at kommunerne selv kan varetage det sundhedsfaglige område. Gennem det *Konservative Folkeparti (K)*, fortsætter denne translation, og Mai Henriksen (K) udtaler ved førstebehandling af lovforslaget:

”Og vi er tilfredse med den tværgående koordination, men vi er kede af, at reformen har skabt et nyt monopol, idet den kliniske funktion, som jo er den sundhedsfaglige udredning, fremover skal forestås af regionerne, selv om der er glimrende eksempler på, at der er kommuner, der som f.eks. Odense klarer at løfte opgaven selv på en rigtig god måde.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Mai Henriksen, (K), førstebehandling)

Udover det nye lovforslag, om at ensrette den sundhedsfaglige udredning - som af flere politiske aktører betragtes som monopollignende tilstande - er der ligeledes aktører, der peger på, at det i samarbejdskonstellationen mellem kommune og region er nødvendigt, at den kliniske funktion er besat med kompetencer i forhold til at levere de nødvendige sundhedsrelaterede kvalifikationer til kommunens borgere (se afsnittet Ventetider i behandlingssektoren; 63). Denne translation ser ud til at have skabt en ændring i det *første lovforslag*. Hvor der i det 1. lovforslag var lagt op til, at kommunerne skulle samarbejde med den region, de hører under, om den lægefaglige udredning (Beskæftigelsesministeriet, 2012a, kapitel 3b, § 25b.), lægges der i det nye lovforslag (som er optrykt efter andenbehandling) op til at:

”Hvis en kommune ikke er tilfreds med regionens ydelser, kan kommunen vælge at opsige samarbejdsaftalen og indgå en ny samarbejdsaftale om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering med en anden region.”

(Folketingstidende, H, Folketinget 2012-13)

Således er samarbejdsforholdet ikke i samme grad, som ved 1. lovforslag, underlagt et rent monopol på speciallægeerklæringer, idet kommunerne vil have ret til at skifte regional samarbejdspartner. På trods af ændringen i *2. lovforslag* er der ingen regeringspolitiske aktører, som i forbindelse med første og anden lovbehandlingen eller udvalgsbehandlingen har italesat kommunernes mulighed for at vælge en anden region som leverandør af den kliniske funktion og sundhedskoordinatorfunktionen. Det er derfor ikke muligt at spore denne ændring tilbage til nogle af de tidligere translationer.

6.4.6.3 Samarbejde på tværs

Stort set alle politiske aktører betragter den helhedsorienterede og sammenhængende indsats som noget positivt. Og beskæftigelsesminister Mette Frederiksen udtaler i den forbindelse ved førstebehandling af lovforslaget:

”Uddannelsesvejlederen skal få den unge i uddannelse. Den person, der sidder på socialområdet, skal forsøge at løse sociale problemer, og psykiateren, psykologen, social- og sundhedsassistenten, lægen eller sygeplejersken er optaget af de sundhedsfaglige forhold. Men hvis man som borger, som menneske, som person har problemer på alle fronter på en gang, har man jo behov for, at alle de mennesker kigger på en samtidigt – altså, at mennesket reelt bliver sat før systemet. [...] I stedet for at det er borgeren, der skal løbe spidsrod mellem først den ene forvaltning, så den anden, så den tredje, i stedet for at det er borgeren der har 5, 8, 10 forskellige sagsbehandlere, så er det nu borgeren, der får lov til at være i centrum for et rehabiliteringsteam og dets arbejde.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen, førstebehandling)

Alle høringsparter bakker, gennem deres høringssvar, op om den helhedsorienterede og sammenhængende indsats, men som det fremgår af delanalyse 2, er der mange elementer i indsatsen, som der gennem translationerne betragtes som problematiske. Netværkssporene om den helhedsorienterede og sammenhængende indsats stopper efter høringssvarene. Således er der ingen politiske aktører i form af partier i Folketinget, der ved anden og tredjebehandling af lovforslaget, forholder sig til de problematikker, som der allerede eksisterer i samarbejdet på tværs af kommuner og regioner, som netop høringsparterne adresserer i høringssvarene.

6.4.6.4 Ikrafttrædelse

Flere af de politiske aktører - både blandt høringsparter og politiske partier - betragter ikrafttrædelsesdatoen for urealistisk, og flere lægger op til, gennem deres translationer, at SRSF-regeringen skubber datoen:

”Med ændringsforslaget udskydes lovens ikrafttræden med 6 måneder. Ønsket om udskydelse af ikrafttrædelsestidspunktet skyldes, at kommunerne med ikrafttræden pr. 1. januar ikke har tid nok til at implementere loven.”

(*Betækningsdokument*, 2012; 14)

Denne betragtning er beskæftigelsesministeren ikke enig i:

”Jeg tror ikke på, og jeg forventer heller ikke, at vi pr. 1. januar 2013 er fuldt kørende med den her reform i alle landets kommuner. Vi bliver nødt til at have forståelse for, at

det her tager tid at indfase; at det tager tid at forankre; at det tager tid at udvikle i de 98 respektive kommuner, der er [...]. Der bliver spurgt, om det så ikke vil være godt at forlænge fristen for, hvornår reformen skal være indfaset. Sådan noget kan man jo altid ønske sig, og jeg ved godt, at vi strammer skruen og beder kommunerne om at reagere meget hurtigt. Omvendt må jeg også sige, at jeg tror ikke, at en længere indfasningsperiode er det, der gør forskellen, for vil man det, så vil man det. Det afgørende er, at vi også fra Christiansborg og dermed fra hele forligskredsens side har en forståelse for, at det er lettere sagt end gjort.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen, førstebehandling)

Således forholder beskæftigelsesminister Mette Frederiksen sig til de mange betragtninger, som udtrykkes gennem translationerne om det tidsmæssige aspekt i organiseringen - fra både høringsparter og fra de andre partier i Folketinget - dog uden at forlænge fristen for ikrafttrædelsesdatoen for andet end den kliniske funktion. Med en fastholdelse af datoen, og dermed en modstridende betragtning på iværksættelsen af loven, bidrager hun i stedet med en translation, hvor hun anerkender en startperiode, hvor kommunerne ikke lever op til reglerne, ligesom Danske Regioner lagde op til i deres høringssvar.

6.4.6.5 Myndighedskompetencer

Flere af høringsparternes høringssvar betragter rehabiliteringsteamets manglende myndighedskompetence som problematisk. FOA og BUBL - som ligeledes betragtes som politiske aktører på niveau med de andre høringsparter - har i forbindelse med udvalgsbehandlingen i Beskæftigelsesudvalget indsendt en henvendelse vedr. netop den problemstilling som omhandler rehabiliteringsteamets manglende kompetence til at træffe afgørelser og foreslår, at rehabiliteringsteamet alternativt får indstillingsret. Til det svarer beskæftigelsesminister Mette Frederiksen:

”Som det fremgår af høringsnotatet, sendt til Folketingets Beskæftigelsesudvalg den 1. november 2012, er forslaget om at lade rehabiliteringsteamet få indstillingsret allerede indarbejdet i lovforslaget for at skabe klarhed om teamets rolle.”

(Folketingets hjemmeside, 2012a, spørgsmål nr. 4 (L 53))

Således har translationerne om rehabiliteringsteamets mulighed for at tage stilling i en sag ændret sig fra: *”Kommunalbestyrelsen skal oprette et rehabiliteringsteam. Det er et dialog- og koordineringsforum, som afgiver en **anbefaling** i alle sager”* (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; Kapitel 3a, § 25a.) til: *”Kommunalbestyrelsen skal oprette et rehabiliteringsteam. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som afgiver en **indstilling** i alle sager [...]”* (Folketingende, H, Folketinge 2012-13, kapitel 3a, § 25a)

Foruden høringssvar har Danske Handicaporganisationer ligeledes indsendt en henvendelse i forbindelse med udvalgsbehandlingen i Beskæftigelsesudvalget. Ligesom i deres høringssvar g r de endnu engang opmærksom på, at de betragter det som uhensigtsmæssigt, at rehabiliteringsteamet ikke kan beslutte og iværksætte en samlet rehabiliteringsplan for en borger, samt at det som minimum b r præciseres, at kommunen kan give rehabiliteringsteamet beslutningskompetence, hvis de ønsker det. Til det svarer beskæftigelsesminister Mette Frederiksen:

”Det kan oplyses, at med forslaget om etablering af rehabiliteringsteamet ændres der ikke ved de kommunale forvaltningers myndighedskompetence. Det fremgår direkte af det fremsatte lovforslag, at kommunen træffer afgørelse på baggrund af rehabiliteringsteamets indstilling. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum. Som det fremgår af bemærkningerne til det fremsatte lovforslag, er det forudsat, at rehabiliteringsteamets indstilling kan omsættes til en effektiv og koordineret indsats for den enkelte borger, og at det enkelte kommunale medlem af teamet har den nødvendige kompetence, erfaring og viden inden for sit fagområde til at kunne bidrage til indstillingen med forslag, der efterfølgende kan omsættes i praksis. Herudover fremgår det af det fremsatte lovforslag, at i tilfælde af, at der skulle opstå sager, hvor kommunen ikke kan følge rehabiliteringsteamets indstilling, skal sagen forelægges for rehabiliteringsteamet på ny med oplysninger om, hvorfor kommunen ikke kan følge indstillingen. N r rehabiliteringsteamet har revurderet sagen på baggrund af kommunens oplysninger, sendes sagen med rehabiliteringsteamets indstilling retur til kommunen, der herefter træffer afgørelse i sagen.”

(Folketingets hjemmeside, 2012a, Spørgsmål nr. 6)

Enhedslisten giver - gennem det dokument som kaldes Betænkning over Forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og forskellige andre love figurer som Betækningsdokument i citat i tidligere afsnit) - deres betragtning på den manglende beslutningskompetence i rehabiliteringsteamet tilkende: ”EL kan støtte forslaget om de nye rehabiliteringsteam i alle kommuner, men disse rehabiliteringsteam bør have beslutningskompetence og ikke kun indstillingsret.” (Betækningsdokument, 2012; 3). Udover Enhedslisten, bakker Dansk Folkeparti også op om den manglende beslutningskompetence i rehabiliteringsteamet, og begge er de i Bet kningsdokumentet enige om at:

”Rehabiliteringsteamet er, ifølge regeringens forslag, bemandet med fagpersoner, der har den fornødne indsigt til at tage stilling til, om personen skal gives ressourceforløb, fleksjob, anden beskæftigelsesrettet indsats eller førtidspension. Teamet bør derfor også kunne afgøre sagen, hvilket vil afkorte sagsbehandlingen og i højere grad sikre, at der tages rent saglige og ikke økonomiske hensyn ved afgørelsen.”

(Betækningsdokument, 2012; 11)

Og i den forbindelse foreslår de følgende ændring i loven: ”I den under nr. 4 foreslåede § 25a ændres i stk. 1, 2.pkt., »afgiver en indstilling« til: »træffer beslutning«. [Rehabiliteringsteamet bør kunne afgøre sager]” (Betækningsdokument, 2012; 6)

I forbindelse med afstemningen ved andenbehandling af lovforslaget blev ændringen stemt ned, hvorfor aktørerne - både høringsparterne, Enhedslisten og Dansk Folkepartis translationer gennem hørings svar, henvendelser til Beskæftigelsesudvalget og betækningsdokumentet om myndighedsbeslutninger - ikke har ændret ved myndighedskompetencerne i rehabiliteringsteamet.

6.4.6.6 Organiseringen af det lægefaglige arbejde

De politiske aktører repræsenterer, gennem deres translationer, forskellige betragtninger på, hvordan det lægefaglige arbejde skal organiseres. Området omkring lægekonsulenternes rolle i beskæftigelsesindsatsen, betragtes fortsat som et separat aktør-netværk, idet der kan føres translationer tilbage til tidligere diskussioner blandt aktørerne om denne faggruppe. Modsat en del af høringsparterne er der fra de politiske partier en generel opbakning til den nye organisering, hvor det lægefaglige arbejde flyttes til regionerne i forbindelse med borgere i ressourceforløb. EL skriver i Betækningsdokumentet: ”EL er tilfreds med, at kommunerne skal benytte regionernes sundhedsfaglige rådgivning i sager om fleksjob og førtidspension.” (Betækningsdokument, 2012; 3).

Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen forklarer ved andenbehandling hvorfor lægekonsulenterne i fremtiden skal organiseres under regionerne:

”Så var der spørgsmålet om lægekonsulenter. Jeg er glad for at få spørgsmålet, for jeg tror, at der er mange mennesker i det nuværende førtidspensionssystem, der oplever, at det kan være svært at arbejde sammen med en lægekonsulent. Det, der sker her, er jo, at det i fremtiden bliver sådan, at der ikke er en kommunal lægekonsulent i sager om førtidspension. Det bliver derimod en klinisk enhed i regionen, som er den instans, der giver kommunen de sundhedsfaglige vurderinger, som skal lægges til grund for behandlingen af det enkelte menneskes sag.”

(Folketingets hjemmeside, 2012d, Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen, andenbehandling)

Beskæftigelsesministeren forstærker herved translationen - som allerede er fremlagt i det 1. lovforslag - om den fremtidige organisering af lægekonsulenter i regionerne frem for i kommunerne. Dermed underkendes den betragtning, som påpeges gennem hørings svarene, at en overflytning af de lægelige kompetencer fra kommunalt til regionalt regi ikke løser de udfordringer, man har på samarbejdsområdet med lægekonsulenterne.

6.4.6.7 Borgens tilstedeværelse i rehabiliteringsteamet

Gennem høringsparternes hørings svar skabes der, gennem translationerne, fokus på borgerens deltagelse ved møderne i rehabiliteringsteamet. Flere aktører tilkendegiver, at der er problemstillinger forbundet med, at borgeren skal deltage ved alle møderne i rehabiliteringsteamet, idet der kan være uoverensstemmelser blandt teamets medlemmer, som ikke burde diskuteres foran borgeren. Flere politiske aktører betragter derfor denne mødestruktur som uhensigtsmæssig og foreslår i stedet, at teamet også mødes uden borgeren, og bliver enige om planen. Der er i forbindelse med behandlingen af lovforslaget ingen politiske partier der forholder sig til denne problemstilling og dermed omfanget af møder og tidsforbrug på møder pr. borgere. Til gengæld fremgår en ændring mellem de to lovforslag. Hvor der i 1. lovforslag står: *"Borgeren og borgerens sagsbehandler deltager i rehabiliteringsteamets møder, hvorpå borgerens sag behandles."* (Beskæftigelsesministeriet, 2012a; § 25a. Stk. 5.). Står der i det optrykte lovforslag efter andenbehandlingen i Folketinget nu:

"Borgeren og borgerens sagsbehandler deltager i rehabiliteringsteamets møder, når borgerens sag behandles. Sagen kan dog behandles uden borgerens deltagelse, hvis det er åbenbart formålsløst af udvikle borgerens arbejdsevne."

(Folketinget (3), 2012; § 25a. Stk. 5.)

Således sker der en ændring mellem de to lovforslag, hvor det ikke er muligt at spore den translation, som har fået ændringen til at ske mellem disse to aktører. Dog er der intet, der tyder på, at netværkssporene kan forbindes til høringsparterne og deres hørings svar og dermed den problemstilling, der adresseres i forhold til borgerens tilstedeværelse, når teamet skal diskutere indsats.

6.4.7 Opsamling på delanalyse 3 - Behandlingen af lovforslaget i Folketinget

De fleste partier i Folketinget er enige om, at implementeringen af førtidspensionsreformen er en stor opgave, og at der er flere udfordringer forbundet med organiseringen af rehabiliteringsteams. Men kun Enhedslisten fastholder det samme perspektiv, som hørings svarene repræsenterer, at organiseringen af reformen er for omfattende.

Der er translationer mellem det 1. lovforslag, høringsparternes hørings svar og 2. lovforslag, der tyder på, at der er sket en ændring i holdningen til de monopollignende tilstande inden for det regionale område, som der i det 1. lovforslag var lagt op til. Således har SRSF-regeringen ændret i lovforslaget efter andenbehandling, så at kommunerne kan vælge at samarbejde med andre regioner end den, de hører under, såfremt de ikke er tilfredse med de ydelser, de får.

Overordnet set får reformen ros for den helhedsorienterede og sammenhængende indsats, sådan som den fremgår af lovforslaget. Ingen regeringspolitiske aktører og kun ganske få oppositionspolitiske aktører forholder sig kritisk til de problemstillinger høringssvarene peger på.

Flere politiske aktører peger gennem deres translationer på, at ikrafttrædelsesdatoen burde rykkes. Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen anerkender i stedet en lang indfasningsperiode, hvor kommunerne ikke lever op til reglerne. Således er der uenighed om ikrafttrædelsesdatoen i de forskellige aktørers translationer.

Flere aktører anfægter, at myndighedskompetencen ikke ligger i rehabiliteringsteamet, men at det er den kommunale myndighed, der skal træffe afgørelser på baggrund af teamets indstilling. Således er der efter den lange debat og de mange indsigelser - som italesættes gennem translationerne - ikke ændret ved, at rehabiliteringsteamet, som aktør i netværket, ikke får myndighedskompetence.

Der er blandt de aktører, som består af politiske partier, langt større opbakning gennem deres translationer til organiseringen af det lægefaglige arbejde i regionerne, end der er blandt de politiske aktører, der er repræsenteret gennem deres høringssvar. Dog har denne uenighed ikke medført ændringer i loven i forhold til, hvordan det lægefaglige arbejde er organiseret. Således fastholdes det i loven, at alt lægefagligt udredningsarbejde skal foregå gennem regionens sundhedskoordinator og den kliniske funktion.

Flere aktører peger på, at det er uhensigtsmæssigt, at borgeren skal deltage ved møder, hvor teamet skal blive enige om indsatsen. Fra 1. lovforslag til 2. lovforslag ændres ved kravene i forhold til borgerens deltagelse, så borgeren ikke behøver at deltage hvis det er meningsløst. Dog kan ændringen ikke spores tilbage til translationer, som kommer fra netværkets aktører.

6.5 Opsummering på ANT-analysen

De tre delanalyser giver en samlet beskrivelse af det aktør-netværk, som der i specialet ønskes analyseret. Gennem analysen kortlægges rækken af translationer mellem aktørerne som i sidste ende udgør en samlet beskrivelse af den politiske proces, som har været omdrejningspunkt for tilblivelsen af en lov på førtidspensionsområdet og dermed tilblivelsen af fænomenet rehabiliteringsteams set i et organisatorisk perspektiv.

Den første delanalyse tager afsæt i Arbejdsmarkedskommissions rapport "Velfærd kræver arbejde" og den tidligere VK-regerings første udkast til en ny reform på førtidspensionsområdet. Dermed bidrager analysen til at klarlægge de første politiske overvejelser, der blev gjort i de indledende faser

i forbindelse med de nye tiltag i førtidspensionsreformen. Analysen peger blandt andet på, at de grundlæggende ideer til reformen samt den koordinerende og sammenhængende indsats, er baseret på konkrete forslag, som både Arbejdsmarkedskommissionen og den tidligere VK-regering havde til ændringer på området. Dog viser analysen også, at SRSF-regeringen har taget skridtet videre og udvidet tiltagene i sådan en grad, at den nye reform stiller nye organisatoriske krav til de myndigheder og organisationer, som skal håndhæve loven.

I den anden delanalyse er udgangspunktet de høringssvar, som forskellige høringssparter har indgivet i forbindelse med den demokratiske lovproces. Høringssvarene afspejler høringssparternes ophav, og synliggør de betragtninger som høringssparterne har på organiseringen af rehabiliteringsteams. Således er der flere høringssparter, som er uenige med både regerings- og oppositionspolitikere og hinanden, om organiseringen af rehabiliteringsteams.

Den tredje delanalyse er blevet til i forlængelse af den politiske lovproces, som har været i gang sideløbende med at de første to delanalyser er blevet udarbejdet. Analysen dækker over hele den politiske proces fra førstebehandling af den nye reform i Folketinget og til vedtagelsen af den endelige lov ved tredjebehandling. Analysen viser, at der i Folketinget er bred enighed om reformen, og at alle anerkender det omfattende arbejde, der ligger i organiseringen af de nye rehabiliteringsteams. Fra 1. udkast af loven og til den endelige lov blev vedtaget ved tredjebehandling, viser analysen, at der er sket meget få ændringer under lovprocessen.

6.6 ANT som analyseredskab

Ifølge Latour er resultatet af en videnskabelig undersøgelse en beskrivelse af et aktør-netværk og ikke en forklaring på hvilke årsager, der skaber netværket. På baggrund af beskrivelsen er der grundlag for, at aktørerne nu kan forholde sig til de translationer, som både de selv og andre aktører udsender og dermed fortsætte udvidelsen af netværket på baggrund af deres reaktioner på translationerne. Således bliver aktørernes egne translationer kilde til aktør-netværkets udvikling. Analysen og beskrivelsen er, ifølge Latour, således et resultat af den videnskabelige proces (Latour, 2008; 186). På baggrund af Latours betragtning på den videnskabelige proces kan beskrivelsen af det aktør-netværk, som omhandler politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams, ses som resultatet af den første del af specialets problemformulering. Gennem analysen bidrager ANT til afdækning af sammenhængen mellem den kritiske realismes empiriske og faktiske domæne. ANT som metode bidrager til en gennemsigtighed i udvælgelsen af det empiriske grundlag og gennem beskrivelsen af aktør-netværket til at kortlægge de aktiviteter, der knytter sig til fænomenet rehabiliteringsteams og organiseringen af dette.

Selvom ANT-analysen har bidraget til kortlægningen af det aktør-netværk, som synliggør de politiske aktørers betragtninger på organiseringen, har det været nødvendigt at lade den kritiske realisme danne ramme om analysen. Idet ANT forholder sig til de synlige translationer, som sker mellem aktørerne, er det langt mere vanskeligt at fange de strukturer, som styrer aktørernes udvidelse af netværket. Således har det været væsentligt at inddrage den kritiske realismes anerkendelse af at strukturer, i dette tilfælde processen omkring vedtagelsen af love, spiller ind på forandringsprocesser og dermed anlægge det perspektiv på den sidste af de tre delanalyser.

Udover ANT har bidraget til den del af analysen som var hensigten, er der dog forsat elementer, som er anvendelige, når strukturer og de generative mekanismer skal forklares. ANT indeholder i sin forståelse af aktører og deres relationer en indgang til konflikt. Således vil der ifølge ANT altid opstå konflikter og magtkampe, når aktørerne kæmper om en anden aktørs indhold. Analysen formår at tydeliggøre kampene mellem aktørerne og dermed synliggøres konflikter på mikro- og makroniveau, hvilket er en interessant vinkel, når der redegøres for strukturer og generative mekanismer.

Hensigten med ANT var at frembringe en beskrivelse af et netværk gennem aktører og translationer. En af fremgangsmåderne var blandt andet at lade alle typer af relationer komme til udtryk, i håbet om at løsrive analysen fra det traditionelle samfundsvidenskabelige fokus, hvor relationer forstås som menneskelige handlinger. Ved at lade alle relationer komme til udtryk har det været muligt både at tage højde for strukturer, som en del af tilblivelsen af loven, samt de aktiviteter som skabes af mennesker gennem objekter. Dog har anvendelsen af forskellige typer af relationer ikke været lige så udpræget, som det er set i andre ANT-analyser, hvor f.eks. naturen er inddraget. Således vil de relationer som repræsenteres i analysen i dette speciale alle kunne henføres til menneskelige påvirkninger. Erkendelsen må derfor være at det kan være en udfordring, inden for det socialvidenskabelige forskningsfelt, at arbejde med relationer som både skabes gennem menneskelig handling og objekter.

6.7 Strukturer og generative mekanismer

Med afsæt i den kritiske realisme dybdeforståelse rettes opmærksomheden mod, at der i en dokument analyse gives adgang til en viden, der ligger uden for teksten i dokumentet. Således giver den kritiske realisme mulighed for at gå bag om ANT-analysen, og prøve at forstå de generative mekanismer og ikke synlige strukturer, som bidrager til at konstituere fænomenet rehabiliteringsteams set i en organisatorisk kontekst. Med ANT-analysens tydeliggørelse af aktørniveauer og deres magtkampe, er fundamentet for at anlægge den kritiske realismes dybdegående og forståelsesorienterede tilgang til videnskaben etableret. For at få adgang til de generative mekanismer er det i første omgang

nødvendigt at sammenfatte de væsentlige fund, der er gjort i ANT-analysen. Fundne kan derved åbne op for en forståelsesramme, hvor betydningen af politiske aktøres betragtninger tydeliggøres og dermed skabe adgang til den struktur og de generative mekanismer som er kilden til handlinger eller mangel på samme.

6.8 Væsentlige fund i analysen

ANT-analysen har gennem sin beskrivelse tydeliggjort konflikter på både mikroniveau og makroniveau. I det følgende afsnit vil de to fund blive præsenteret og uddybet med udgangspunkt i hvilke generative mekanismer, som kan forklare fundene.

6.8.1 Magtforholdet mellem de politiske aktører på makro-/mikroniveau

Det første væsentlige fund som kan fremhæves, er det magtforhold, der er mellem de politiske aktører på mikroniveau og makroniveau. Således er der tegn på, at der i strukturen i den politiske beslutningsproces ligger en magt i forhold til, hvor meget det forventes at regeringen og oppositionen inddrager høringsparternes kritik i udarbejdelsen af den endelige lov. Den generative mekanisme ses i den forbindelse *som den magt, der ligger mellem de politiske aktører* og påvirker i hvilken grad regeringen og oppositionen lytter og inddrager høringsparterne.

6.8.2 Høringsparternes uenighed om organiseringen af rehabiliteringsteam

Det andet fund, omhandler uenigheden blandt høringsparterne om organiseringen af rehabiliteringsteams. Den uenighed som analysen kortlægger blandt de politiske aktører, kan i flere tilfælde sættes i relation til høringsparternes ophav. F.eks. repræsenterer Danske Regioner en positiv holdning overfor etableringen af en lægefaglig indsats i regionerne, hvorimod KL er imod denne organisering. Netop denne type konflikt, mellem de politiske aktører, er et eksempel på hvordan betragtninger konflikter i forhold til organiseringen af rehabiliteringsteams, og hvor begge parter fastholder en betragtning på organiseringen, som kan tilskrives deres ophav. *De politiske aktørers ophav, og deres interesser* ses derfor som en væsentlig generativ mekanisme og en forklaringsårsag til de mange uenigheder.

6.8.3 Det politiske spil

Det sidste af de tre fund omhandler den manglende åbenlyse debat i Folketinget og Beskæftigelsesudvalget. Således hænger dette fund sammen med en forventning om, at høringssvarene lægger op til en række diskussioner, som burde finde sted i forbindelse med lovbehandlingen. Kun Enhedslisten undrer sig over den manglende refleksion og diskussion. Fundet bliver i den forstand en mangel på en debat, som afspejles i translationernes manglende sammenhænge mellem delanalyse 2 og 3. Sammenhængen mellem de to analysedele kan dermed kun spores gennem den strukturelle fastlagte

politiske proces i forhold til vedtagelser af love i Folketinget, og ikke gennem det som var udgangspunktet for analysen; den netværksspirende aktivitet som afspejles i translationerne. *Den manglende åbenlyse diskussion af høringsvarene i Folketinget og Beskæftigelsesudvalget*, kan forklares som en generativ mekanisme, hvor det politiske spil er det centrale for den manglende hændelse – heriblandt den åbne debat.

6.8.4 Opsamling

De generative mekanismer er repræsenteret på både et mikro- og et makroniveau, hvor begge niveauer giver adgang til en forståelse af de politiske aktørs betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams, og hvilken betydning de har. Derved bidrager de som kausalitetsforklaringer på, hvad der er styrende for de hændelser eller mangle på samme, som er identificeret i analysen. Der er udvalgt tre fund, hvis hændelser afspejles i en række generative mekanismer: Magtforholdet mellem de politiske aktører, høringsparternes ophav, og det politiske spil.

I det følgende afsnit vil de generative mekanismer blive diskuteret med udgangspunkt i betragtningernes betydning samt hvordan denne forståelse kan give indblik i en række strukturer, som kan være fremmende eller hæmmende for det fortsatte arbejde om organiseringen af rehabiliteringsteams.

7.0 Diskussion

I det følgende afsnit vil de præsenterede fund blive diskuteret med udgangspunkt i det strukturelle ud fra en kritisk normativ tilgang. Ligeså vil ANT - og de begreber som knytter sig til analysedelen - blive brugt som en forståelsesramme, der kan bidrage til diskussionen gennem magtforholdet på mikro-/makroniveauer.

Det sidste afsnit i diskussionen omhandler de refleksioner, der knytter sig til valg af metode.

7.1 Diskussion af fund

7.1.1 Er magtforhold et udtryk for politisk topstyring?

Både ANT-analysen samt den kritiske realisme har bidraget til at synliggøre, hvordan høringsparternes betragtninger ingen betydning har for det endelige lovforslag, mens at de regeringspolitiske betragtninger fastholdes igennem hele lovprocessen. Fundene omhandlende magtforholdet mellem de politiske aktører tyder på, at den politiske proces omkring vedtagelsen af loven er præget af en politisk topstyring i Folketinget.

Det er umiddelbart vanskeligt, ud fra analysen i specialet, at finde frem til fornuftige forklaringsmodeller, som kan retfærdiggøre, at 12 høringsparter - og dermed 12 hørings svar - som retter konstruktiv kritik mod den måde, hvor man fra regeringens side vælger at organisere rehabiliteringsteam, ikke har styrke nok til at ændre ved indholdet af det endelige lovforslag.

For at forstå denne manglende inddragelse af det lavere politiske niveau - det politiske niveau høringsparterne tilhører - er det umiddelbart nærliggende at anvende det magtperspektiv, der ligger i ANT. Ud fra denne forståelse er det således muligt at betragte regeringen - der gennem sit lovforslag samt debatten i Folketinget og i Beskæftigelsesudvalget får sine interesser og holdninger igennem - som en væsentlig magtfuld aktør. Hermed fremhæves den magt, som regeringen besidder i form af sin parlamentariske status.

En konsekvens, af at høringsparternes kritik ikke har ændret ved indholdet i lovforslaget, og end ikke er blevet debatteret i den offentlige debat i Folketinget eller ved møder i Beskæftigelsesudvalget, kan være, at høringsparterne oplever, at de ikke bliver anerkendt i den politiske proces. Det, at høringsparternes betragtninger ingen betydning har haft for det vedtagne lovforslag, må formodes at have indflydelse på, hvordan høringsparterne efterfølgende forholder sig til organiseringen af rehabiliteringsteams på andre politiske niveauer. Idet hørings svarene adresserer flere relevante problemstillinger - som knytter sig til organiseringen af rehabiliteringsteams - og idet disse problemstillinger

ikke ses løst på et regeringspolitisk plan, er der risiko, for at de potentielle problemstillinger bliver reelle udfordringer. Faren, for at problemerne opstår i praksis, kan betragtes som relativ stor, hvis man sammenligner med de tidligere undersøgelser, der har kortlagt de vanskeligheder, der er forbundet med det tværgående samarbejde. Den manglende hensynstagen til både de betragtninger, som høringsparterne kommer med, og de undersøgelser, som foreligger, kan betyde, at der ikke tages højde for kendte problemstillinger, og dermed gentages de organisatoriske fejl.

Netop risikoen for, at lovgivningsprocessen - i forbindelse med debatten om organiseringen af rehabiliteringsteams - resulterer i en gentagelse af kendte problemstillinger ude i praksis, kan få betydning for det sociale arbejde, som skal finde sted i rehabiliteringsteamet. Hvis det viser sig, at man i den politiske proces har overset væsentlige betragtninger, som har betydning for hvorvidt arbejdet i rehabiliteringsteamet kan fungere, vil det få konsekvenser for både det faglige samarbejde og ikke mindst for borgerne. Således vil de faglige problemstillinger - herunder kommunikation - som blandt andet Caswell et al. (2012) refererer til i deres undersøgelse, fortsat udgør en barriere i forhold til samarbejdet omkring borgerne. Ligesom ventetider på sundhedsydelse og den fortsatte bureaukratiske ansvarsmodel, hvor kun kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse i sagerne om ressourceforløb, fortsat vil blive en del af den virkelighed, som rehabiliteringsteamet skal arbejde i. Disse åbenlyse organisatoriske problemstillinger bliver ikke løst ved den nye førtidspensionsreform, hvorfor problemerne fortsat vil være aktuelle, når arbejdet i rehabiliteringsteamet starter op.

De mange betragtninger - som forskellige regioner, kommuner og faggrupper skal diskutere for at nå til enighed - må formodes at få betydning for de mange borgere, som skal tilbydes ressourceforløb, idet de uafklarede organisatoriske forhold formentlig først vil blive afklaret længere ude i fremtiden. Derved vil en del af de forløb, som allerede er iværksat, være underlagt en betydelig usikkerhed om både indbyrdes samarbejdsrelationer i teamet og deres rolle i forhold til borgerens forløb. Netop usikkerhed om organisering, indsats og fælles holdning til håndteringen af en borger kan få konsekvenser for, hvorvidt det lykkes at få flere potentielle førtidspensionister ud på arbejdsmarkedet. Dermed er det ikke utænkeligt, at organiseringen og de problemstillinger, der knytter sig til dette, kan løses på sigt. Dog må det forventes, at tidshorizonten for effektive rehabiliteringsteams ligger langt ude i fremtiden, hvilket vil få betydning for de borgere som starter op på ressourceforløb inden for den nærmeste fremtid.

7.1.2 Andre veje ind

Det sidste fund, som fremhæves i forbindelse med analysen, er den uenighed, der er blandt høringsparterne. Fundet kan ses i relation til de problemstillinger, der knytter sig til den topstyrede

politiske proces. Således afføder den topstyrede politiske proces, hvor både magtrelationer og det politiske spil er indlejret, forskellige konsekvenser.

Idet man fra et regeringspolitisk niveau har udelukket relevante politiske aktørers betragtninger i form af høringsparternes hørings svar, vil det være nødvendigt, at høringsparterne gør sine betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams gældende på et andet politisk niveau. Det kræver, at høringsparterne må finde andre veje ind i systemet, hvor igennem de kan gøre deres betragtninger gældende. Uenigheden blandt høringsparterne bliver derfor en relevant generativ mekanisme, som høringsparterne skal forholde sig til afhængigt af, hvordan de vil påvirke organiseringen af rehabiliteringsteams. I den forbindelse er det igen relevant at inddrage perspektivet på mikroaktørers ændring til makroaktører. Høringsparterne har gennem deres engagement blandt deres medlemmer mulighed for at tage den politiske kamp ind i de offentlige organisationer og dermed fortsætte deres påvirkninger med afsæt i eget ophav. Derudover har de muligheden for at samarbejde. Ved at samarbejde skal aktørerne kunne indgå kompromiser, som kan ligge langt fra deres egne betragtninger, dog vil aktørerne samlet set have mere magt. På trods af at mange høringsparter er enige om de brede linjer, viser analysen, at deres betragtninger er præget af deres ophav og status som politisk aktør, hvilket kan vanskeliggøre at nå til enighed om, hvilke kampe der skal kæmpes. Noget tyder således på, at det kan blive en vanskelig opgave.

En af konsekvenserne af, at høringsparternes betragtninger ikke har haft betydning for det endelige lovforslag er, at såfremt der opstår problemer om det fælles samarbejde, kan det betyde, at høringsparterne i stedet vælger at prioritere deres egen indsats frem for den fælles. Hvis hver enkelt aktør vælger at kæmpe sin egen politiske kamp, kan det have konsekvenser for den overordnede, ensrettede, kommunale og regionale organisering af rehabiliteringsteams, da det formentligt vil være umuligt for høringsparterne at fremme deres interesser lige meget i alle kommuner, og regioner. Således er der fare for, at høringsparterne og deres relationer til kommuner og regionerne bliver en afgørende faktor for, hvordan de pågældende kommuner vælger at organisere rehabiliteringsteamet. De faglige organisationer som - ud fra et ANT perspektiv - har den største magt, vil ligeledes også have de bedste forudsætninger for at påvirke kommunerne og regionerne i spørgsmålet om organiseringen. Dermed risikerer man en uens indsats, hvor det bliver de faglige organisationer, som har de bedste indgange til den pågældende kommune eller region, hvis betragtninger kommer til at have størst betydning for organiseringen af rehabiliteringsteams.

Omvendt kan man kan vælge at anskue denne problemstilling fra en mere konstruktiv vinkel. Så i stedet for at anskue det som et problem, åbnes der for det alternativ, at høringsparterne får tilpasset

deres ønsker lokalt. Dermed får de mulighed for at udnytte de kommunale og regionale forskelle, og derved tilpasse organiseringen til de rammer, der eksisterer i forvejen. Deres politiske betragtninger bliver i stedet betydningsfulde i et lokalpolitisk perspektiv, som formentlig vil give langt større mening for de medarbejdere og organisationer, som skal arbejde i de nye rehabiliteringsteams.

Udelukkelsen af høringsparternes betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteam på det makropolitisk niveau, vil derfor påvirke, hvordan høringsparterne vil reagere. Således bidrager scenarierne ovenfor med en kritisk og en konstruktiv tilgang til, hvilken betydning høringsparternes indflydelse på det mikropolitisk niveau kan medføre. På trods af, at der i de konstruktive overvejelser lægges op til en specialtilpasning af organiseringen af rehabiliteringsteams, er der fortsat risiko for, at høringsparterne og deres status som organisation vil have betydning for, hvor meget de kan påvirke henholdsvis kommuner og regioner. Som eksempel på en sådan konflikt kan nævnes uoverensstemmelsen mellem Lægeforeningen og Dansk Socialrådgiverforening. Begge har de en holdning til, hvem der skal bestride sundhedskoordinatorrollen. Denne konflikt vil formentlig afspejle relationen mellem de to foreninger, kommunerne og regionerne. Således vil den politiske kamp udkæmpes på det mikropolitisk plan. Konsekvensen af alle disse små kampe, som formentlig vil udspille sig rundt om i landets kommuner og regioner, kan få betydning for det arbejde som rehabiliteringsteamet skal udfører. Dels vil der være stor forskel på, hvem og hvilke kampe der vil blive udkæmpet, og dermed påvirke organiseringen i forskellige retninger, således at indsatsen i de forskellige rehabiliteringsteams ikke bliver ens. Dels vil det kunne få betydning for hvordan fagligheden - og dermed håndteringen af borgerne - bliver udmøntet i praksis. Forskellen på, hvordan borgerne vil blive behandlet i rehabiliteringsteamet, vil således afhænge af den måde, man har valgt at organisere teamet på, herunder hvilke fagorganisationer, der har haft størst indflydelse på organiseringen.

7.1.3 Det politiske spil

Udover at høringsparternes betragtninger ikke får betydning for det endelige lovforslag, er det meget svært at få øje på en politisk diskussion af/ refleksion over om organiseringen af rehabiliteringsteams blandt Folketingets partier. Dermed er det yderst vanskeligt at få adgang til viden om, hvorfor høringsparternes betragtninger blandt de politiske partier hverken er blevet diskuteret under handlingerne i Folketinget eller i Beskæftigelsesudvalget. Det har således ikke været muligt gennem de politiske oplæg og debatter at få et indblik i, hvordan man fra politisk side forholder sig til høringsparternes kritik af den måde, hvorpå organiseringen af rehabiliteringsteams skal foregå.

Udover SRSF-regeringen, som i kraft af dens magt som regering, spiller oppositionspartierne ligeledes en central rolle i lovprocessen. Da oppositionen ikke forholder sig kritisk til organiseringen af rehabiliteringsteams (i hvert fald ikke offentligt), understøtter den, den magt som regeringen har. Herved kommer regeringen og oppositionen til at fremstå som samlede magthavere og dermed en makroaktør, der har så meget styrke, at mikroaktørerne ikke har mulighed for at påvirke lovforslaget i forbindelse med lovprocessen. De manglende kritiske betragtninger fra de andre folketingspartier - med undtagelse af Enhedslisten - kan tolkes som stillestående accept af den måde, hvorpå man fra politisk side ønsker rehabiliteringsteams organiseret. Det kan selvfølgelig undre, at kun Enhedslisten forholder sig åbenlyst kritisk til den manglende inddragelse af høringsvarene, og at resten af Folketinget forholder sig ukritisk. Analysen i specialet dokumenterer en manglende offentlig politisk diskussion, hvilket betyder, at det ikke er muligt at klarlægge og tydeliggøre de oppositionspolitiske betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams. Det er dog nærliggende at komme med en forklaring, som peger på et politisk kompromis, der har fundet sted blandt partierne i Folketinget. Gennem sådan et politisk kompromis ville det være muligt at skabe enighed blandt partierne i Folketinget, og dermed opretholde den aftale, der er lavet og se bort fra de mange relevante betragtninger som høringsparterne har budt ind med i deres høringsvar.

7.2 Opsamling på diskussion

Med udgangspunkt i den normative kritiske tilgang - og med dele af begrebsapparatet fra ANT - centrerer diskussionen sig om den topstyrede regeringspolitiske tilgang samt høringsparternes mulighed for at gøre deres betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams gældende. Det tyder på, at den regeringspolitiske topstyring af lovprocessen kan have den konsekvens, at man i organiseringen af rehabiliteringsteams vil begå nogle af de samme fejl, som undersøgelser allerede har påpeget, og som høringsparterne fremhæver i deres høringsvar. Således vil disse fejl afspejle sig i det sociale arbejde som der ligger i rehabiliteringsteamet, da man risikerer at fjerne fokus fra det egentlige arbejde med borgeren og i stedet bruger kræfterne på de samarbejdsvanskeligheder, der måtte opstå som følge af den manglende refleksion og inddragelse af høringsparternes betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams.

Som følge af høringsparternes manglende indflydelse på loven vil disse være tvunget til at finde andre adgange til det politiske system, hvis de ønsker at gøre deres betragtninger gældende. Diskussionen om hvilke konsekvenser det kan have, viser, at uanset hvorvidt man har en kritisk eller konstruktiv tilgang til høringsparternes indflydelse på organiseringen, så kan det have den konsekvens,

at organiseringen vil blive uens landet over, og at borgernes behandling i rehabiliteringsteamet vil afhænge af, hvilken kommune de bor i.

7.3 Metoderefleksion

7.3.1 Generaliserbarhed

Både ANT og den kritiske realisme arbejder med en ontologi, hvor der ligger en naturlig afgrænsning af genstandsfeltet. Idet de begge arbejder med en tilgang, som afspejler en bestemt kontekst, forholder de sig kritisk til en forskningsmæssig generaliserbarhed. På trods af, at den kritiske realisme forholder sig til forskning i konkrete kontekster, er, ifølge Bhaskar, en delvis analogi en mulighed, idet man i samfundsvidenskaberne i stedet kan rette sin opmærksomhed mod ekstraordinære omstændigheder, hvis centrale forhold i sådan situationer bliver synlige og tilgængelige. Herved kan man opnå en viden af en mere generel karakter, som kan bidrage til at anskue situationer, som er mere almindelige (Buch-Hansen & Nielsen, 2005; 63). Udgangspunktet for specialet har fra starten fulgt den ontologiske og epistemologiske forståelse inden for den kritiske realisme. Målet med specialet har derfor aldrig omhandlet muligheden for at udtale sig om generelle tendenser, men blot at forholde sig til organiseringen rehabiliteringsteams som led i den nye førtidspensionsreform. Dog er fundet omkring den politiske proces noget, som også kan finde sted i andre lovprocesser, hvorfor det må betragtes af mere generel karakter, og derfor åbner for den mulighed, at den kan anvendes i andre sammenlignelige kontekster. Hermed giver fundet mulighed for at tage en debat op, som er yderst central for de konsekvenser de topstyrede lovprocesser har for det efterfølgende arbejde. Diskussionen om den politiske proces understøtter netop problematikkerne om vedtagelsen af love, hvor der kan være tvivl om den demokratiske indflydelse, i form af offentlige høringer hvis indhold negligeres. I specialet viser analysen med alt tydelighed, at der for det første er steder, hvor loven ændrer sig, men hvor det ikke er muligt at spore gennem de offentlige dokumenter. Ligeledes er det tankevækkende, at 12 hørings svar fra de store fagforeninger og organisationer - med deres indsigt og kompetencer inden for organisering af offentlige tiltag - ikke har styrke nok i deres betragtninger til, at regeringen og oppositionen anvender deres hørings svar som grundlag for at lave om i loven.

Denne indsigt i lovprocessen må betragtes som et vigtigt fund, der giver anledning til større fokus på vedtagelse af love generelt, således at man som samfund bliver opmærksom på, at en demokratisk proces, som man troede eksisterede, måske eksisterer i et mindre omfang, end man havde forstillet sig. Ligeledes giver det anledning til at diskutere hvor meget Folketingets politikere egentlig skal lytte til netop høringsparterne og de indsigelser der bliver gjort i forbindelse med høringsforløbet.

7.3.2 Empiri

Det empiriske grundlag udspringer af de alle de offentlige dokumenter, som har været en del af lovprocessen i forbindelse med vedtagelsen af førtidspensionsreformen. I forbindelse med screeningen af hørings svarene har det været væsentligt at sortere eksempelvis hørings svar fra almene borgere fra, ligesom mindre foreninger, der repræsenterer borgere med særlige former for sygdomme eller lidelser, ikke er medtaget. Det strider i princippet imod ANT, da alle aktører, der siger noget relevant og dermed efterlader spor, bidrager til netværket (Latour, 2008; 181). Alligevel har denne afgrænsning været nødvendig, dels fordi hørings svar fra almene borgere ikke kan betragtes som politiske aktører og dels for at sikre, at mængden af empiri blev tilpasset specialets omfang.

I forbindelse med gennemgangen af Folketingets og Beskæftigelsesudvalgets dokumenter, har det vist sig langt mere omfattende at arbejde med end antaget. Omfanget af dokumenter har været enormt, og der har været langt mellem betragtninger på de organisatoriske forhold. Folketinget har ikke i deres system et søgeværktøj, så det har været nødvendigt at gennemgå alle dokumenter fra ende til anden. I sådan en proces med så mange dokumenter, hvor kun én mand står for gennemlæsningen, vil der altid være en risiko for menneskelige fejl.

Anvendelsen af dokumenter som empirisk grundlag har i specialet været at foretrække. Dels havde det ikke været muligt inden for specialets tidsramme at lave 12 interviews med 12 forskellige faglige organisationer. Derudover har det ligeledes været en fordel at have samme objektive forhold til alle de foreninger der er repræsenteret. Ofte vil man i forbindelse med interviews med mennesker blive påvirket af deres måde at italesætte deres betragtninger på samt forholde sig til dem i den kontekst, de repræsenterer. Ulempen ved kun at have dokumenter som empiri er omvendt, at det ikke er muligt at bevæge sig på andre niveauer end det, man har adgang til. Ud fra den betragtning er der fare for at de nuancer, som eksempelvis et interview eller en observation kunne have åbnet op for, er gået tabt.

Et andet element som skal betragtes som fejlkilde, er den manglende indsigt i de forudgående møder, der ligger til grund for førtidspensionsreformen. Således har flere af de høringsparter, som anvendes som empirisk materiale i nærværende speciale, været til møder med beskæftigelsesministeren, inden lovprocessen blev igangsat. Det har ikke været muligt at få adgang til den empiri, der er fremlagt i forbindelse med disse møder, hvorfor det ikke er muligt at få indblik i, i hvor høj grad disse møder har haft indflydelse på lovens udfald. Dog er det væsentlig at fastholde, at størstedelen af hørings svarene indeholder kritiske punkter, og at Enhedslisten gør opmærksom på den massive kritik i forbindelse med andenbehandling i Folketinget. Således tyder det på, på trods af de indledende

møder med høringsparterne har høringsparterne fortsat haft væsentlige betragtninger, som ikke er blevet hørt.

7.3.3 Reliabilitet

Udgangspunktet for den metodiske fremgangsmåde, er i høj grad udsprunget af et ønske om gennemsigtighed. For både at sikre gennemsigtighed og fastholde den eksplorative tilgang har det været nærliggende at bruge ANT som en fast analytiske ramme for beskrivelsen af aktør-netværket. Anvendelsen af ANT har således kunnet bidrage til fastholde en analytisk metode, som gennem anvendelsen af ANT-begreberne sikrede en form for retning i beskrivelsen. ANT som analyse-redskab har undervejs vist sig anvendelig i forskellige former. Således har de tre delanalyser udformet sig på forskellig vis. På trods af deres forskellighed er alle tre delanalyser udsprunget af den samme analyseteknik.

Som beskrevet i afsnittet om ANT, dækker ANT over en række begreber som tolkes anderledes end inden for de traditionelle samfundsvidenskaber. Begreberne, som udgør den analytiske fremgangsmåde, er således udfordrende at arbejde med, idet tankesættet er så anderledes og lægger op til en kreativ tolkning. Det stiller store krav til undersøgerens egne refleksioner og betragtninger over begreberne, og et overskud i forhold til ikke at blande begreberne fra ANT med de traditionelle opfattelser inden for samfundsvidenskaben, hvilket opleves at lykkes gennem hele specialet.

7.4 Konklusion

Specialet omhandler politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams samt hvilken betydning, betragtningerne har for organiseringen af rehabiliteringsteams. Undersøgelsen af de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams udspringer af den kritiske realismes videnskabsteoretiske position og tager udgangspunkt i den kvalitative metode, hvor dokumenter har udgjort det empiriske grundlag. Det undersøgende fokus tager afsæt i en eksplorativ tilgang, hvor ANT har udgjort den analytiske ramme. Analysens fokus har været kortlægningen af de politiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams, samt hvilken betydning betragtningerne har for organiseringen af rehabiliteringsteams.

Analysen af de politiske aktørers betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams giver et generelt billede af den uenighed, der er mellem de forskellige politiske aktører. De regerings- og oppositionspolitiske aktørers betragtningerne fremgår af selve førtidspensionsreformen, hvor deres holdninger til organiseringen af rehabiliteringsteams er indlejret. Ligeså kommer deres betragtninger til udtryk gennem behandlingen af lovforslaget i Folketinget, hvor de fastholder deres betragtninger og dermed kun ændrer en brøkdel af indholdet i det endelige lovforslag efter høringen og behandlingerne i Folketinget. Høringsparternes betragtninger kommer til udtryk gennem deres høringssvar. De mange høringssvar repræsenterer forskellige holdninger, men generelt betragter høringsparterne organiseringen af rehabiliteringsteams ud fra en kritisk vinkel. Betragtningerne retter sig mod organiseringen af rehabiliteringsteam, og udgør forskellige tilgange til kritikken, afhængig af deres ophav.

På baggrund af analysen - og den efterfølgende diskussion af de væsentlige fund - tyder det på, at kun de regeringspolitiske aktørers betragtninger om organiseringen af rehabiliteringsteams har betydning for, hvordan rehabiliteringsteams skal organiseres, set ud fra en politisk vinkel. Således viser undersøgelsen, at høringsparterne og deres kritiske betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams ingen effekt har på det politiske niveau. Derfor fastholder regeringen via deres magtposition de organisatoriske løsninger på rehabiliteringsteams, som de bedste rammer for arbejdet med potentielle førtidspensionister. Dens fremhævnings af egne betragtninger og negligering af høringsparternes og Enhedslistens betragtninger fremhæver magtfordelingen og dermed den forskel, som de politiske aktørers betragtninger får for organiseringen af rehabiliteringsteams. På trods af at høringssvarenes betragtninger ingen betydning har haft i forhold til at påvirke loven, viser diskussionen, at der er åbninger på det mikropolitisk niveau, hvor de i stedet - gennem forskellige samarbejdskonstellationer har mulighed for at påvirke organiseringen af rehabiliteringsteams.

7.5 Perspektivering

Netop fordi organiseringen af rehabiliteringsteams er et central element for rammerne i det sociale arbejde omkring potentielle førtidspensionister, og fordi konklusionen peger på, at høringsparternes betragtninger på organiseringen af rehabiliteringsteams ingen betydning har haft for det endelige lovforslag, vil det være interessant at blive klogere på, hvordan høringsparterne i stedet fremadrettet vil vælge at agere. Dels er det interessant at følge selve udviklingen i forhold til, hvad det har af konsekvenser for det praktiske arbejde, når de faglige organisationer anser regeringens organisering af rehabiliteringsteams for problematisk. Og dels er det interessant i forhold til, at høringsparterne formentlig slet ikke føler sig hørt. Således lægger specialet op til yderligere undersøgelser, som ligger i forlængelse af den nuværende problemstilling, hvor fokus er på samspillet mellem høringsparter, kommuner og medarbejdere og dermed sammenhængen mellem lovprocessen og implementeringen af loven i det praktiske sociale arbejde. Der er både i forhold til den politiske proces og det sociale arbejde i praksis brug for at få mere viden om samspillet mellem de forskellige niveauer, således at man fremadrettede kan blive klogere på, hvilke løsningsforslag der skal tages i brug, når problemerne omkring organiseringen af rehabiliteringsteams begynder at dukker op rundt om i landets kommuner og regioner.

8.0 Litteratur

Andersen S. A., 2007, *Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde – en introduktion og forskningsoversigt*, Social skriftserie Den Sociale Højskole i Aarhus, nr. 8, 2007

Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, *Velfærd kræver arbejde*, Arbejdsmarkedskommissionen, København

Betækningsdokument, afgivet af Beskæftigelsesudvalget den 12. december 2012, *Betænkning over Forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og forskellige andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteam, fleksløntilskud m.v.)*

Beskæftigelsesministeriet, 2012a, *Forslag til Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksløntilskud m.v.)*

Beskæftigelsesministeriet 2012b, *Initiativer i reformen*, fundet d. 25-9-2012, (lokaliseret på <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/lerer%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Oversigt%20over%20initiativer%20i%20reformen.aspx>)

Beskæftigelsesministeriet, 2012c, *Fakta om førtidspension juni 2012* (lokaliseret på http://bm.dk/~media/BEM/Files/Dokumenter/Pressemeddelelser/2012/Fakta_Foertidspension%20pdf.ashx)

Blok, A., & Jensen, T., E., 2009, *Bruno Latour- Hybride tanker i en hybrid verden*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, 2009

Borger.dk, 2012, *Fakta om høringen*, (lokaliseret på <https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003796>, d. 10.8.2012)

Bruner, J. (1994). *The narrative construction of "reality"*, In M. Ammaniti & D. N. Stern (Eds.), *Psychoanalysis and development: Representations and narratives* (pp. 15-38). New York, NY

Buch-Hansen, H., Nielsen, P., 2005, *Kritisk Realisme*, 1. udgave, Roskilde Universitetsforlag, 2005

CABIs hjemmeside, 2012, (lokaliseret på <http://www.cabiweb.dk/jobcenter/hj%C3%A6lp+udsatte+ledige+i+job/reform-c3-+f%C3%B8rtidspension+og+fleksjob> d. 13.7.2012)

Caswell, D., Kleif, H. B., Thuesen, S. L. & Dall, T., 2012, *Veje til førtidspension - En undersøgelse af fire kommuner i Region Midt*, AKF, Anvendt Kommunal Forskning, 2012

Christensen, B., 1994, *At interviewe for at lære*, Institut for Statskundskab ved Københavns Universitet, ISBN 87-7393-2633-9

Danske Handicaporganisationer, 2012, *Danske Handicaporganisationers (DH) hørings svar til lovforslag vedr. reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksløntilskud mv.*

Danske Patienter, 2012, *Høringssvar i forbindelse med forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love*

Danske Regioner, 2012, *Høringssvar på lovforslag om reform af førtidspension- og fleksjobordningen*

Dansk Socialrådgiverforening, 2011, *Socialt arbejde med rehabilitering*, (lokaliseret på <http://www.socialrdg.dk/Files/Filer/Publikationer/Pjecer/2011-05-Rehabilitering-inspirationskatalog.pdf>)

Dansk Socialrådgiverforening, 2012, *Høringssvar vedr. fleksjob og førtidspension*

Fauerskov & Norddjurs, 2012, *Høringssvar: Lovforslag om ændringer i førtidspension og fleksjob (september 2012)*

Folketingets hjemmeside, 2012a, Spørgsmål og svar, (lokaliseret på <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/L53/spm.htm#dok> d.6.12.2012)

Folketingets hjemmeside, 2012b, Samrådspørgsmål, (lokaliseret på <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/l53/samspm/A/index.htm#nav>, d.7.12.2012)

Folketingets hjemmeside, 2012c, *Efter afstemningen i Folketinget ved 2. behandling den 14. december 2012, Forslag til Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og forskellige andre love* (lokaliseret på http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/l53/html_efter_2behandling.htm, d. 16.12.2012)

Folketingets hjemmeside, 2012d,

- Førstebehandling, (lokaliseret på <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/L53/BEH1/forhandling.htm#dok>, 8.11.2012)
- Andenbehandling (lokaliseret på <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/L53/BEH2/forhandling.htm#dok>, d. 14.12.2012)
- Tredjebehandling (lokaliseret på <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/L53/BEH3/forhandling.htm#dok>, d.20.12.2012)

Folketingstidende, H, Folketinge 2012-13, Efter afstemningen i Folketinget ved andenbehandling den 14. december 2012. Forslag til Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og forskellige andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteam, fleksløntilskud m.v.)

FSD, Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark, 2012, *Høring vedrørende forslag til lov om ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styring af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksløntilskud m.v.)*

Fuglsang, L. i Fuglsang, L. & Olsen, P., B., 2012, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne- På tværs af fagkulturer og paradimer*, 2. udgave, 5. oplag, Roskilde Universitetsforlag, 2004

Hagensen, P., Brasch, B.B., Christensen, I., Henriksen, J., Larsen, L.B., Sørensen, A., Zeuthen, C., 2011, *En tværfaglig udfordring - Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*, Socialt Udviklingscenter SUS

Højberg, H. (2012) i i Fuglsang, L & Olsen, P.B., 2012, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradimer*, 2. udgave, 5. oplag, Roskilde Universitetsforlag, 2004

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011, *Vejledning om kommunal rehabilitering*, (lokaliseret på http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/Juli/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, april 2010, *Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen - organisering af indsatsen i kommuner og regioner*, (lokaliseret på <http://www.regioner.dk/Publikationer/Sundhed+og+sygehuse/~media/Publikationer/Sundhed/Beskrivelse%20af%20rehabiliteringsindsatsen.ashx>)

Jacobsen, J. & Lindstrøm, M., 2011, *Lokal integration af førtidspensionister*, SFI- Det Nationale forskningscenter for velfærd, København, 2011

Jensen, C.B., Lauritsen, P., Olesen, F., 2007, *Introduktion til STS-Science, Technology, Society*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, 2007

Jensen, T., E., 2003, *Aktør-Netværksteori - en sociologi og kendsgerninger, karakter og kammuslinger*, Papers in Organization No. 48, New Social Science Monographs, Department of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School, 2003

Jespersen, J., 2012, i Fuglsang, L & Olsen, P.B., 2012, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer*, 2. udgave, 5. oplag, Roskilde Universitetsforlag, 2004

Justesen, L., Mik-Meyer, N., 2010, *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*, 1. udgave, 3. oplag, Hans Reitzels Forlag, 2010

KL, Kommunernes Landsforening, 2012, *Høringssvar: Førtidspensions- og fleksjobreform*

LO, Landsorganisationen i Danmark, 2012, *Høringssvar vedr. aftale om førtidspension og fleksjob*

Latour, Bruno, 2008, *En ny sociologi for et nyt samfund, Introduktion til Aktør-Netværk-Teori*, Akademisk Forlag, 1. udgave, 1. oplag, København, 2008

Lund, H., Rasmussen, J.O., Momsen, A., Nielsen, C.V., Iversen, M.D., 2012, *Tværfaglige teams i rehabilitering - overblik på basis af et litteraturstudie*. Syddansk Universitet, Odense

Lægeforeningen, 2012, *Høring vedrørende forslag til lov om ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styring af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love*

Møller, I. H., 1996, *Marginalisering på arbejdsmarkedet*, Socialvetenskapelig tidsskrifte, nr. 1-2, (1996)

Odense Kommune, 2012, *Fremsendelsesskrivelse - Vedrørende høring over reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksløntilskud, m.v.*

Olsen, H., 2003, *Kvalitative analyser og kvalitetssikring*, Sociologisk Forskning, nr. 1

Regeringen, 2010, *Forebyggelse, fleksibilitet og rummelighed- Reform af førtidspension og fleksjob*

Regeringen, 2012, *En del af fællesskabet – reform af førtidspension og fleksjob*

Roskilde Kommune, 2012, *Kommentarer til DS til høringssvar på lovforslag (Reform af førtidspension og fleksjob)*

SIND, 2012, *Høring vedrørende forslag til lov om ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styring af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love (Reform af førtidspension og fleksjob, herunder indførelse af ressourceforløb, rehabiliteringsteams, fleksløntilskud m.v.)*

Socialministeriet, 2002, *Førtidspensionsreformen*, (lokaliseret på <http://www.sm.dk/Publikationer/Sider/VisPublikation.aspx?Publication=185>, nov. 2012)