



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Det professionelle faglige skøn

- en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunal forankret rehabilitering hos borgere med kræft

Hjortbak, Bjarne Rose

Publication date:
2013

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Hjortbak, B. R. (2013). *Det professionelle faglige skøn: - en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunal forankret rehabilitering hos borgere med kræft.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Bjarne Rose Hjortbak

Det professionelle faglige skøn

**- en undersøgelse af professionelles faglige skøn
ved vurdering af behov for kommunalt forankret rehabilitering
hos borgere med kræft**

Ph.d.-afhandling. Maj 2013

Institut for Sociologi og Socialt Arbejde

Aalborg Universitet



AALBORG UNIVERSITET

Det professionelle faglige skøn

- en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunalt forankret rehabilitering hos borgere med kræft

Ph.d.-afhandling

Denne afhandling er skrevet i tilknytning til forskerskolen *Brud i hverdagsliv, arbejdsliv og sociale strukturer*, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde på Aalborg Universitet.

- Vejledere:
- Professor Kjeld Høgsbro, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde Aalborg Universitet
 - Klinisk professor, MD Claus Vinther Nielsen, MarselisborgCentret, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
 - Lektor, ph.d. Maria Appel Nissen, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
- Bedømmere:
- Lektor, Socionom, Cand. scient. soc.og Fil. dr. Marianne Skytte (formand), Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
 - Professor, Dr. Polit., Cand. Socion. Edgar Mathinsen, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim, Norge
 - Seniorforsker, Mag. scient. soc. Steen Bengtson, SFI Det nationale forskningscenter for velfærd, København
- Forsvar: Denne afhandling er antaget til forsvar for ph.d. graden ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet, den 01.11.2013
- Emneord: Skøn, vurdering, dømmekraft, professionel, rehabilitering, kræft, kommune
- Forside: Ulla Armose (www.armose.dk): Fænomenet skøn som et 'sort hul' i den borgerservicerende organisation, inspireret af universets sorte huller.
Billede: Colourbox.dk
- Ophavsret: © Bjarne Rose Hjortbak, maj 2013
- Tryk: Huset Venture • Skanderborgvej 277 • 8260 Viby J • DK Denmark
- Oplag: 250 expl.
- ISBN: 978-87-995312-6-4
978-87-995312-7-1 (elektronisk udgave)
- Udgivet af: Forfatteren i samarbejde med *MarselisborgCentret, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling*, Region Midtjylland; www.marselisborgcentret.dk
- Kopiering: Alle rettigheder forbeholdes. Kopiering fra denne afhandling må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med Copy-Dan og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.

Indholdsfortegnelse

| | Side |
|---|-----------|
| Forord..... | 6 |
| Om at have kræft og behov for rehabilitering..... | 9 |
| 1. Introduktion..... | 12 |
| 1.1 Undersøgelsens forskningsspørgsmål og rammer..... | 12 |
| Forskningsspørgsmål, fokus og afgrænsning..... | 12 |
| Mål og forventede resultater..... | 14 |
| Forskningsmæssig tilgang | 15 |
| 1.2 Præsentation af felten | 16 |
| 1.3 Centrale elementer i undersøgelsens forskningsspørgsmål..... | 18 |
| Kræft og kræftpatientens situation..... | 18 |
| Rehabilitering som begreb og praksis på kræftområdet..... | 22 |
| Forvaltningsvirksomhed og udøvelse af skøn..... | 30 |
| 1.4 Dømmekraft og skøn i sundheds- og socialfagligt arbejde | 35 |
| 1.5 Opsamling | 38 |
| 2. Undersøgelsens metode..... | 40 |
| 2.1 Design af undersøgelsen..... | 40 |
| Valg af casestudie som fremgangsmåde..... | 41 |
| 2.2 Datagenerering..... | 44 |
| Datagenereringsprocessen | 44 |
| Deltagende observation | 47 |
| Dokumenter | 49 |
| Case note review (CNR)..... | 50 |
| Interviews af enkeltpersoner og grupper..... | 52 |
| 2.3 Ethiske overvejelser..... | 54 |
| 2.4 Opsamling | 56 |
| 3. Teoretiske perspektiver..... | 58 |
| 3.1 Metateori; om undersøgelsen ontologi og epistemologi | 58 |
| 3.2 Konstruktivism, interaktionisme og fænomenologi | 61 |
| Alfred Schutz' hverdagslivssociologi | 72 |
| Berger & Luckmanns vidensociologi | 77 |
| Niklas Luhmanns systemteori..... | 80 |
| 3.3 Dømmekraft som analytisk begreb..... | 85 |
| 3.4 Præsentation af substantielle teorier..... | 88 |

| | |
|--|------------|
| 3.5 Opsamling | 91 |
| 4. Analysestrategi og metodologi | 93 |
| 4.1 Analysestrategi..... | 93 |
| 4.2 Anvendelse af de valgte analytiske perspektiver | 101 |
| 4.2 Resultater af deskriptiv analyse og meningskategorisering | 105 |
| 4.3 Generering af tematiske analyseområder..... | 111 |
| 4.1 Opsamling | 112 |
| 5. Mødet og samtalen med borgeren | 115 |
| 5.1 Mødet og samtalen med borgeren som en social relation..... | 116 |
| 5.2 Oplysning af sagen gennem mødet og samtalen med borgeren..... | 123 |
| 5.3 Mødet og samtalen med borgeren i et tidsperspektiv | 128 |
| 5.4 Mødet og samtalen som brugerinddragelse og rehabilitering..... | 132 |
| 5.5 Konklusion | 134 |
| 6. Retsanvendelse og retssikkerhed i det faglige skøn | 136 |
| 6.1 Anvendelse af ret i forvaltningens virksomhed..... | 137 |
| 6.2 Skøn; retssikkerhed og andre systemhensyn | 142 |
| 6.3 Skøn, retsanvendelse og borgerens retssikkerhed | 146 |
| 6.4 Indre procedural retssikkerhed - ideal eller reel mulighed?..... | 155 |
| 6.5 Konklusion | 159 |
| 7. Det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces | 161 |
| 7.1 Borgerens møde med kommunen som institution | 163 |
| 7.2 Fra borger til hjælp-berettiget bruger | 166 |
| 7.3 Mulighedsbetingelser og institutionel klassifikation..... | 174 |
| 7.4 Konklusion | 183 |
| 8. Det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces | 186 |
| 8.1 Teoretiske perspektiver på refleksion som proces..... | 186 |
| 8.2 Organisationen som beslutningssystem | 188 |
| 8.3 De professionelle refleksioner og beslutninger i udfoldelsen af faglige skøn | 190 |
| 8.4 Professionelles refleksioner og beslutninger; en model | 198 |
| 8.5 Konklusion | 208 |
| 9. Det faglige skøns dannelse som kompetence | 211 |
| 9.1 Socialisering og udvikling af vurderingskompetencer..... | 212 |
| 9.2 De professionelle og skønnet som faglig kompetence i praksis..... | 216 |

| | |
|---|------------|
| 9.3 Det professionelle faglige skøns dannelsesformer..... | 221 |
| 9.4 Konklusion | 231 |
| 10. Mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen | 233 |
| 10.1 Kendetegn for borgerservicerende organisationer | 235 |
| 10.2 Fire afdelinger som borgerservicerende organisationer..... | 239 |
| Visitationsenheden | 239 |
| Sygedagpengeafdelingen | 242 |
| Rehabiliteringsenheden | 245 |
| Hjemmesygeplejen | 248 |
| Differentieringsanalyse af fire afdelinger | 250 |
| 10.3 Den daglige praksis med udfoldelse af det faglige skøn..... | 256 |
| Observation af individuelle samtaler med borgere..... | 257 |
| Observation af faglige skøn udfoldet i interne møder | 263 |
| Observation af italesættelser af faglige skøn i formelle dokumenter..... | 267 |
| Observation af italesættelser af faglige skøn i borgernes journaler | 270 |
| Vurderingsprocessen og udfoldelse af faglige skøn i fire afdelinger..... | 278 |
| 10.4 En komparativ analyse af det faglige skøn i fire afdelinger | 284 |
| 10.5 Konklusion | 288 |
| 11. Forståelse af det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser | 291 |
| 11.1 Typificering af kendetegn ved det faglige skøn..... | 292 |
| 11.2 Forståelse af skønnet i lyset af mulighedsbetingelser..... | 300 |
| 11.3 Det faglige skøn og udfoldelse af dømmekraft..... | 304 |
| 11.4 Konklusion | 315 |
| 12. Sammenfatning, konklusion og perspektiver..... | 317 |
| 12.1 Undersøgelsens hovedresultater..... | 318 |
| 12.2 Delkonklusioner | 322 |
| 12.3 Konkluderende bemærkninger og perspektiver..... | 326 |
| Resume..... | 331 |
| Summary..... | 333 |
| Referencer..... | 335 |
| Bilagsoversigt..... | 349 |

There is a crack, a crack in every thing.

That's how the light gets in.

(Leonard Cohen, 'Anthem')

Forord

Denne afhandling handler om *det professionelle faglige skøn ved vurdering af borgeres behov for rehabilitering ved kræft*; nærmere bestemt det faglige skøns indhold, struktur og dannelse eller hvorledes det faglige skøn konstituerer professionelles arbejde med vurderinger af behov for rehabilitering i en kommunal praksis.

Dette projekt udspringer af min mangeårige interesse for professionelles udfoldelse af dømmekraft og skønsmæssige vurderinger især i inden for den kommunale sundheds- og socialsektoren. Her har jeg undret mig over det manglende fokus og blik for professionelles udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn i forhold til den betydning disse har for den enkelte borgers adgang til hjælp fra samfundets velfærdsinstitutioner og styrkelsen af selve kvaliteten i det faglige arbejde på frontlinjeniveau.

Mit fagligt-normative afsæt for undersøgelsen knytter sig dels til min egne personlige erfaringer fra praksis, hvor jeg i en lang årrække har haft ansvar for ledelse og udvikling af såvel retlig- som faktisk forvaltningsvirksomhed på ældreområdet i en kommune, dels har været optaget af kræftrehabilitering igennem en årrække i form af deltagelse i udvikling af nationale forløbsprogrammer samt gennemførelse af systematiske udviklings- og evalueringsprojekter på kræftrehabiliteringsområdet.

For mig er der en nøje sammenhæng og forskel mellem videnskab og socialt arbejde; videnskab om socialt arbejde skal kunne bidrage med noget nyt i forhold til praktisk socialt arbejde; det konkrete sociale arbejde kan på den anden side rejse problemstillinger eller igangsætte en undren, der kan blive udgangspunkt for ny og udviklende forskning. Mit ønske med dette, måske ret så ambitiøse projekt er, at jeg på en kritisk konstruktiv måde formår at koble disse to perspektiver - videnskab om socialt arbejde og det sociale arbejdes praksis til gavn for begge virksomhedsfelter.

Personligt har det at gennemføre et selvstændigt forskningsprojekt og en forskeruddannelse været en utrolig spændende opgave, der har udfordret mig såvel fagligt, personligt og akademisk; det at finde vej i et ph.d.-projekt har krævet meget andet end at undersøge, læse, diskutere, tænke, analysere, skrive og formidle. Det har krævet en vedholdenhed, prioritering af tid, tilbagevendende revisioner og udvikling af mit metodologiske fundament for arbejdet. Der har været 'kampe' med mit omfattende empirisk

datamateriale og en stadig stræben efter at opnå konsistens, tydelighed og sammenhæng i min datagenerering og analyser af den komplekse proces det er at udfolde skønsmæssige vurderinger hos borgere med behov for rehabilitering i et kræftforløb. Personligt har det på den ene side været en utrolig privilegeret udfordring at få tid og mulighed for et dykke så dybt ned i et interessant forskningstema; på den anden side har det været en vedvarende udfordring at 'holde ud og fast' i processen når andre arbejdsopgaver, kursusdeltagelse, undervisning og nærvær i et hverdagsliv med familie, venner, børn og børnebørn også skal have plads og tid.

Dette forskningsarbejde har imidlertid ikke kunne gennemføres uden en lang række samarbejdspartneres positive, tillidsfulde og engagerede medvirken. Derfor er der også mange, som jeg skylder stor tak.

Randers Kommune skal først og fremmest have stor tak for at stille sig til rådighed for dette forskningsprojekt. Tak for et utroligt positivt samarbejde, for jeres engagement, åbenhed og imødekommenhed fra alle i de involverede afdelinger: *Visitationsenheden, Hjemmesygeplejedistrikt 'Dragonparken/Lindevænget', Randers Sundhedscenter og Sygedagpengeafdelingen i Jobcenter Randers*; ikke mindst leder af Rehabiliteringsenheden i *Randers Sundhedscenter* Claus Engstrup og forløbskoordinator Vibeke Dahl, der var de første til at invitere mig indenfor og skabe mulighed for et samarbejde om projektet. Uden jer informanter, jeres kollegaers og lederes imødekommenhed og åbenhed over for mit 'indblik' i jeres måde at udfolde et professionelt fagligt skøn på, ville dette projekt ikke være blevet til det, der nu foreligger med denne afhandling. Ligeledes takkes alle de borgere i *Randers Kommune*, hvis situation med kræft jeg direkte eller indirekte har fået indblik i gennem medarbejdernes vurderingsarbejde. Det er i sidste instans jeres situation som borgere med et potentielt behov for rehabilitering ifm. jeres kræftforløb, som dette arbejde grundlæggende handler om.

Mange skal takkes for deres støtte, bidrag og opbakning undervejs i arbejdet med undersøgelsen og afhandlingsarbejdet. Mine tre vejledere; hovedvejleder professor *Kjeld Høgsbro* og medvejleder lektor *Maria Appel Nissen*, begge *Institut for Sociologi og Socialt Arbejde*, Aalborg Universitet og medvejleder klinisk professor, MD, Ph.d. *Claus Vinther Nielsen*, *MarselisborgCentret*, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling takkes alle tre for inspirerende, indsigtfuld og udfordrende vejledning undervejs i mit forskningsarbejde. Uden især din store tillid og opbakning Claus og tro på projektets ide ville jeg ikke kunne stå med denne afhandling om et væsentligt tema i den sundheds- og socialfaglige praksis. Endelig skal lektor *Inger Bruun Hansen*, *Institut for Sociologi og Socialt Arbejde*, Aalborg Universitet takkes for værdifulde kommentarer til afhandlingen og for sin støtte og rådgivning til, hvordan jeg kunne komme i gang med et ph.d.-studie og min projektidé efter min kandidatuddannelse i socialt arbejde og det samarbejde, som vi her havde og fortsatte i årene herefter.

Mange andre har været værdifulde og uundværlige samarbejds- og sparringspartnere undervejs i de mere end tre år arbejdet har strakt sig over; kollegaer på *MarselisborgCen-*

tret, CFK Folkesundhed og Kvalitet, forskergruppen FOSO på instituttet, andre forskere og professionelle i sundheds- og socialsektoren, med hvem jeg har haft mange spændende drøftelser om mit tema og forskningsarbejde. Antropolog, ph.d.-studerende, mag. art. Pia Løvschal Nielsen, antropolog, ph.d. Eva Ladekjær Larsen, ph.d.-studerende, MPH Charlotte Handberg og cand. jur., ph.d. Ulla Hybel og cand. scient. pol. Maiken Rose Hjortbak takkes alle for opbakning, værdifulde kommentarer og sparring. Sociologistuderende Johan Lerbech Vinter takkes for arbejdet med transskribering af mine interviews og sekretær Inger Hornbech for sit store og grundige arbejde med korrekturlæsning af afhandlingen. Centerchef Jan Sau Johansen takkes for støtte og hjælp med praktiske opgaver undervejs i mit afhandlingsarbejde.

Herfra forestår et mindst lige så vigtigt arbejde med at få resultaterne af mit arbejde ud og virke i og påvirke praksis i videste betydning. Det er mit håb, at formidling af afhandlingens resultater vil kunne være til inspiration for mange, og at mange vil kunne se mit arbejde som et værdifuldt bidrag til diskussionerne om en helt central opgave og udfordring i praksis på det sundheds- og socialfaglige område i Danmark. Afhandlingen har endvidere videnmæssige potentialer, der peger frem mod behov for yderligere forskning i fænomenet *det professionelle faglige skøn*, en styrket retssikkerhed for borgerne og målrettet institutionel udvikling af den sundheds- og socialfaglige praksis.

Kræftens Bekæmpelse og MarselisborgCentret, CFK Folkesundhed og Kvalitet, Region Midtjylland takkes for økonomisk støtte til gennemførelsen af undersøgelsen og mit ph.d.-studie. Uden denne flotte opbakning ville jeg ikke have kunnet realisere projektet. Sammen med den finansielle støtte har jeg også mødt en interesse og anerkendelse af projektets ide og forskningsmæssige tilgang, der har betydet meget for mit afhandlingsarbejde.

En sidste og mindst lige så væsentlig betingelse for at gennemføre mit ph.d.-projekt og studie er den aldrig svigtende og forstående støtte min familie - især dig Else og jer tre piger, har ydet undervejs. I har levet med i mange op- og nedture, givet med- og modspil, diskuteret teorier og fortolkninger, lagt ører til lange og ikke altid så forståelige udredninger. Endelig og ikke mindst har I accepteret min optagethed af projektet og mit fysiske og mentale fravær i familien, når de mange teorier og vanskelige analyser kaldte på mit nærvær, min tid og kræfter.

Afhandlingen er indleveret til bedømmelse den 14.06.2013

Holstebro den 31.05.2013



Bjarne Rose Hjortbak

Om at have kræft og behov for rehabilitering

Denne afhandling handler grundlæggende om mennesker med kræft og behov for rehabilitering i et kræftforløb. Mit fokus i undersøgelsen er det faglige skøn i den professionelle vurdering af borgernes behov for kommunalt forankret rehabilitering. En opgave i det sociale arbejdes¹ praksis, der er afgørende for borgerens adgang til og kvaliteten i en individualiseret rehabiliteringsindsats. Derfor søger jeg også at inddrage aspekter af borgernes perspektiv i undersøgelsen - omend det må forblive indirekte, da mit forskningsmæssige fokus er på de professionelle og det faglige skøn.

Nedenfor gengives to borgerhistorier², der dels kan belyse borgerens konkrete situation og vanskeligheder i et komplekst kræftforløb, dels kan belyse det felt, hvori de professionelle må udfolde dømmekraft og faglige skøn.

Maybrit - 33 år med kræft i tarmen og spredning

Maybrit fik i 2007 konstateret kræft i tarmen med spredning til livmoder og lever. Hun er henvist til koordinatoren i kommunens sundhedscenter. Den beskrevne del af forløbet strækker sig over ca. otte måneder, hvorunder koordinatoren har i alt 18 kontakter i forbindelse med det beskrevne forløb.

Baggrund: Maybrit har boet sammen med Knud i mange år. Sammen har de tre mindreårige børn. Knud er faguddannet og ansat i et privat firma. Maybrit virker som en aktiv kvinde, der er vant til at have styr og orden på egen tilværelse, tager sig meget af de hjemlige opgaver og pasningen af børnene. Hun har i flere år arbejdet på halv tid med ufaglært arbejde. Maybrits mor Else har arbejde, bor i nærheden og støtter familien, herunder tager sig en del af børnene. Familien har et godt netværk og et godt forhold til skole og daginstitution. Det ældste barn er bekymret for Maybrits sygdom, om hun overlever sygdommen, og hun er vred over, at moderen er syg. De to øvrige søskende siger ikke så meget om deres mors sygdom. Skolen taler med det ældste barn om moderens sygdom. Ud over nogle mavesmerter føler Maybrit sig fysisk godt tilpas ved den første kontakt med koordinator. Psykisk blev Maybrit meget påvirket af diagnosen, men har besluttet, at 'hun bare skal have bugt med kræften'. Egen læge skrev tidligt i forløbet sygdomsmeddelelse med varighedserklæring på 6 måneder.

¹ Jeg anvender her begrebet *socialt arbejde* som fælles betegnelse for det arbejde, som professionelle udfører i faglig praksis, uanset om der er tale om professionelle på sociale, beskæftigelsesmæssige eller sundhedsområdet i den kommunale sociale sektor.

² Denne case er medtaget fra min tidligere undersøgelse i Randers Kommune (Hjortbak 2009: 79-81) og har her været publiceret med borgerens samtykke. Samme kommune og afdeling er nu felt for denne undersøgelse. Historien er eksemplarisk for et komplekst rehabiliteringsforløb. Maybrits historie er let forkortet i forhold til den originale beskrivelse.

Forløb: Ved den første kontakt med koordinator har Maybrit en aftale om samtale på Århus Sygehus senere på måneden og skal herefter sandsynligvis have en række kemobehandlinger, inden hun efter planen skal opereres inden jul. Maybrit udtrykker ønske om en hurtig vielse med Knud og har allerede haft kontakt med en præst. Derudover efterspørger hun praktisk og pædagogisk hjælp til familiens tre børn under indlæggelsen og det efterfølgende rekreationsforløb, har spørgsmål vedrørende forsikringsforhold og muligheder for økonomisk hjælp. De følgende fem kontakter drejer sig om indsats omkring udbetaling vedr. "kritisk sygdom", kørselsgodtgørelse til behandling, tabt arbejdsfortjeneste, hjælp til ekstraudgifter via Serviceloven, og om social støtte til børnene, orlov til pårørende for at passe børnene og praktisk hjælp i hjemmet. Det kræver, at koordinator afklarer regler for etablering af orlovsordning til pårørende via kontakt til tre ministerier (Velfærdsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, og Ministeriet for Forbruger og Familieanliggender) og kommunens visitationsenhed. Koordinator har kontakt til pårørende undervejs, som er bekymrede over, at støtten til børnene trækker ud. Koordinator arrangerer flere møder i hjemmet for afklaring af spørgsmål vedrørende hjemmets og familiens hverdag, hvor kommunens Familieafdeling og Visitationsenhed deltager i et enkelt med henblik på at afklare om, der kan bevilges støtte til praktisk-pædagogiske opgaver, da Maybrit ikke er i stand til at varetage huslige opgaver eller almindelige opgaver vedrørende børnene, som fx at bringe og hente børnene i daginstitutioner. Visitationsenheden kan ikke bevilge praktisk hjælp, når der er en rask ægtefælle i hjemmet. Alle familiens opgaver varetages fortsat af Knud og Else. I løbet af de følgende kontakter viser der sig ingen positiv effekt af kemobehandlingerne, og kræften har spredt sig. Familien søger rådgivning om specialistbehandlingssteder. Koordinator orienterer om rådgivning fra Kræftens Bekæmpelse og om Kræftlinjen. Flere pårørende henvender sig til koordinator angående utilstrækkelig støtte til børnene og hjemmet. Maybrit indlægges nu ofte og uforudsigeligt, men udskrives hurtigt igen efter eget ønske, men er meget træt.

Ved koordinators 11. kontakt er der nu udbetalt et større beløb fra pensionskassen. Samtidig kan Maybrit fortælle, at hun bliver mere syg af en ny række kemobehandlinger. Hun kan også fortælle, at kommunen har lavet aftale med ekstern aktør vedrørende opfølgning på sygedagpenge og aktivering. Maybrit skal én gang om ugen deltage i samtaler på den eksterne aktørs adresse som opfølgning på sygedagpengesagen. Koordinator tager herefter kontakt til kommunens Jobcenter, og får dette ændret til én gang hver ottende uge. På Jobcentret undersøger man, hvordan man kan sikre, at denne type sager forbliver i Jobcentret og ikke overflyttes til ekstern aktør.

Ca. et halvt år efter første kontakt mellem koordinator og Maybrit holdes ifølge aftale et opfølgningsmøde med revurdering af den støtte til familien, som er bevilget af Familieafdelingen. En række tiltag er iværksat i hjemmet, i forhold til Maybrit, hjemmet og børnene. Maybrit er efter kemobehandlingernes mange og langvarige bivirkninger blevet yderligere begrænset i sine aktiviteter. Der aftales et nyt opfølgningsmøde et par måneder senere.

Ved det næste møde kan Maybrit fortælle, at kemoen synes at have en effekt, men at hun skal begynde på en ny række behandlinger. I perioden har hun været indlagt i flere omgange, men hun er mest træt og har ikke længere voldsomme opkastninger efter behandlingerne. Hun oplever, at børnene har det bedre nu, hvor hun også selv føler sig bedre. Det aftales, at indsatsen forlænges nogle måneder. I mellemtiden er der skift af sagsbehandler, og koordinator kontakter Familieafdelingen med henblik på at koordinere overgangen mellem sagsbehandlere. Maybrit har været sygemeldt et år, og på den baggrund henvender en sagsbehandler fra Jobcentret sig til koordinator. Maybrit skal tage stilling til fremtidig forsørgelse, og sagsbehandleren opfordrer til, at hun søger frivillig førtidspension. De sidste kontakter (14.-18.) drejer sig om støtte i forbindelse med denne proces. Maybrit har selv kontaktet arbejdsgiver vedrørende arbejdsophør og aftalt møde med Jobcentret.

Den anden historie fremgår af et strategipapir om kræftrehabilitering fra Kræftens Bekæmpelse (2010) er et eksempel på vel nok en af de mest komplicerede situationer inden for kræftrehabilitering beskrevet; en case med en yngre mand med hovedhalskræft.

”Yngre mand, gift, flere børn. Er opereret for mundhulekræft med efterfølgende stråle-behandling og kemoterapi. Kan næsten ikke åbne munden og har fået sine tænder fjernet pga. stivhed i kæben. Næsten ingen mimik. Lider meget af mundtørhed. Taleproblemer, vanskelig at forstå, kan ikke tale i telefon. Spiseproblemer og kan ikke indtage fast føde. Er bange for at savle og spilde sin mad og kan ikke spise ude. Er meget længe om at spise. Voldsomt væggtab. Voldsom træthed. Dårlig fysisk kondition. Har haft svært ved at erkende sin situation. Social tilbagetrækning, da socialt samvær kræver forklaringer om hans situation. Arbejdsløs grundet arbejdspladsens lukning. Har oplevet manglende koordinering af hidtidige indsats.”

Kræftens Bekæmpelse, 2010:12

Kræftrehabilitering og vurdering af den enkelte borgers behov for individualiseret rehabilitering bliver, som beskrevet ovenfor, udfordret fagligt af de meget forskellige helbreds- og hverdagslivssituationer, som den enkelte borger og dennes nærmeste befinder sig i.

Det er konkrete og ofte komplekse situationer som disse medarbejdere i den kommunale sundheds- og socialsektor har ansvar for at vurdere. Vurderinger hvis formål dels er at træffe formelle afgørelser om adgang til rehabilitering, dels at sikre størst mulig kvalitet i gennemførelsen af konkrete rehabiliteringsindsatser. Et helt centralt element i den opgave, som det er at vurdere en borgers behov for kommunalt forankret rehabilitering er udfoldelsen af *et professionelt fagligt skøn*. Netop derfor er det forskningsmæssigt interessant og relevant at undersøge dette tema og denne opgave i den sundheds- og socialfaglige praksis.

1. Introduktion

Afhandlingens titel er *det professionelle faglige skøn - en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunalt forankret rehabilitering ved kræft* rummer en ambition om at sætte lys på og redegør for udfoldelsen af det faglige skøn som en helt central element i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering ved kræft i den kommunale sundheds- og socialsektor. Et temaområde, der forskningsmæssigt er underbelyst (Grimen & Molander i: Molander & Terum, 2008:179), ikke mindst inden for rehabiliteringsområdet.

I denne introduktion til min afhandling redegøres der for det første for undersøgelsens forskningsspørgsmål, relevans og forventede resultater samt hvordan jeg vil undersøge de opstillede forskningsspørgsmål. For det andet redegøres der for centrale elementer, der indgår i undersøgelsens forskningsspørgsmål: *kræft og borgerens situation med kræft, rehabilitering som begreb og praksis på kræftområdet samt forvaltningsvirksomhed og udøvelse af skøn* i en kommune som en borgerservicerende organisation³. En redegørelse for elementer, der dels er med til at rammesætte et genstandsfelt, dels rummer nogle af de forforståelser, der har været med til at præge mit blik og min tilgang i undersøgelsen.

1.1 Undersøgelsens forskningsspørgsmål og rammer

Udfoldelsen af faglige skøn er en integreret og meget betydningsfuld opgave i professionelles arbejde med at vurdere en borgers behov for rehabilitering i et kræftforløb. Det gælder såvel for vurderinger, der leder frem til forvaltningsmæssige afgørelser (bevilning/afslag) på en anmodning om støtte og hjælp til rehabilitering som ved beslutninger rettet mod den direkte og konkrete borgerrettede støtte og hjælp på det udførende led i organisationen.

Forskningsspørgsmål, fokus og afgrænsning

Denne undersøgelse tager sigte på at besvare følgende overordnede forskningsspørgsmål:

1. *Hvad kendetegner professionelles faglige skøn som fænomen og handling ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb?*

Dette overordnede forskningsspørgsmål kan operationaliseres i to delspørgsmål:

³ Begrebet den *borgerservicerende organisation* anvender jeg fra en beskrivelse om borgerservicerende organisationer i moderne samfund af Yehskel Hasenfeld (Hasenfeld, 2003). Begrebet indrammer institutioner, afdelinger og organisatoriske enheder i en kommune, der har mennesker som sit råstof.

- a. hvad kendetegner de *meninger og handlinger*, som professionelle udfolder i det faglige skøn i interaktion og samhandling i en borgerservicerende organisation?
- b. hvordan kan meninger og handlinger i det professionelle faglige skøn forstås i lyset af *mulighedsbetingelser og handlerum for udfoldelsen af det faglige skøn* i en borgerservicerende organisation?

Jeg er således grundlæggende optaget af at undersøge og diskutere, hvorledes det professionelle faglige skøn bliver til og kan *bestemmes* som fænomen: med andre ord en undersøgelse af '*det professionelle faglige skøns anatomi*', forstået som en række tæt forbundne og samvirkende elementer. Desuden er jeg optaget af at undersøge, hvorledes skønnet kan forstås i lyset af de *mulighedsbetingelser* eller det *handlerum*, der er i en borgerservicerende organisation som kontekst for aktørernes samhandling⁴.

Når jeg her taler om *bestemmelse* af det faglige skøn som fænomen, er det begrundet i min metateoretiske tilgang med konstruktivistisk interaktionisme og fænomenologi, hvor jeg er optaget af at få det professionelle faglige skøn til at *komme til syne* som fænomen og praksisform. En synliggørelse af et fænomen, der ser ud til at være ret upåagtet i de professionelles daglige praksis, og forskningsmæssigt er underbelyst.

I praksis skelnes der mellem to former for fagligt skøn: **1)** et fagligt skøn i perspektiv af *retlig forvaltningsvirksomhed* og **2)** et fagligt skøn i perspektiv af *faktisk forvaltningsvirksomhed* (Garde, 2004:79-91). I praksis betyder det, at der er tale om principielt to forskellige former for tilgange i det faglige skøn, hvor det faglige skøn knyttes til den borgerservicerende organisations rolle som

1. *myndighed*, hvor der træffes afgørelser om borgerens adgang til rehabilitering, evt. med fastlæggelse af det specifikke indhold og omfang af indsatsen. Varetagelsen af denne vurderingsform sker i praksis i myndighedsenheder organiseret efter BUM-modellen⁵ med visitatorer og sagsbehandlere som de centrale aktører
2. *udførerfunktion*, hvor der tale om en konkret praktisk tilrettelæggelse, gennemførelse og evaluering af en given hjælp eller rehabiliteringsindsats. Varetagelsen af denne vurderingsform sker i udførerledet i borgerens hjem eller i kommunale institutioner med sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere som de centrale aktører.

I min undersøgelse har jeg indsamlet data og analyseret *det professionelle faglige skøn* såvel i afdelinger med funktion af retlig som faktisk forvaltningsvirksomhed. Endvidere har jeg undersøgt det faglige skøn i to forskellige afdelinger på hvert af de to virksom-

⁴ Begrebet samhandling er inspireret af Harste & Mortensen (2001:195), der taler om *sociale samhandlingsteorier* som fællesbetegnelse for sociologiske teorier inden for fænomenologi, interaktionisme og etnometodologi.

⁵ BUM-modellen (Bestiller-Udfører-Modtager-modellen) er udviklet af Kommunernes Landsforening med baggrund i Serviceloven (Socialministeriet 2010) som redskab til grundlæggende at adskille opgaver for henholdsvis myndighed og udfører. Hovedopgaven for myndigheden er visitation af ydelser; for udførerdelen er hovedopgaven levering og dokumentation af serviceydelser visiteret efter kommunens kvalitetsstandard (Kommunernes Landsforening 2006).

hedsområder - myndighedsfunktioner og udførerfunktioner. Begrundelsen herfor har dels været et ønske om at kunne belyse de forskelle, jeg antager, der er i skønnet på de to områder, dels for at kunne belyse udfoldelsen af skøn på de områder af den kommunale sektor, som en borger i et kræftforløb typisk kommer i kontakt med.

Besvarelsen af undersøgelsens forskningsspørgsmål retter sig imod studie af udfoldelsen af faglige skøn i det sundheds- og socialfaglige arbejdes praksis i videste betydning. Hermed inkluderer jeg såvel sociale, beskæftigelsesmæssige og sundhedsmæssige virksomhedsområder i den kommunale sektor.

Mål og forventede resultater

I denne undersøgelse om det professionelle faglige skøn forventes viden i vidt omfang at kunne overføres til behovsprøvnings og vurderinger hos andre grupper af borgere og serviceområder inden for sundheds- og socialektoren i kommunerne og sundhedsområdet i regionerne.

Resultaterne af undersøgelsen vil have betydning på mindst tre forskellige måder; måder, der samtidigt udgør undersøgelsens **mål og forventede resultater**:

1. at skabe indblik i *det professionelle faglige skøn som fænomen og handlingsform, herunder den betydning skønnet har i klassifikationsprocessen af borgere* i et kræftforløb som led i bevilling eller afslag på støtte og hjælp til rehabilitering i en borgerservicerende organisation
2. at styrke muligheden for *sikring af kvalitet i den rehabiliteringsteknologiske indsats* gennem det faglige skøn; et skøn der kan fremme en individualiseret, målrettet og effektiv rehabiliteringsindsats baseret på vurderinger af borgerens hele situation, helbredsproblemer og vanskeligheder i hverdagslivet og
3. at styrke *medarbejdernes tillid til egen professionel praksis* i det individuelle og konkrete vurderingsarbejde med refleksion, ræsonnering og handling i situationer, hvor der skal træffes beslutninger om borgerens behov for rehabilitering ved kræft.

Ud over denne direkte betydning for det sociale arbejdes praksis søger undersøgelsen at yde et indirekte bidrag til

4. at styrket *borgernes tillid til samfundets institutioner*, til de professionelles og den borgerservicerende organisations behovsprøvende vurderinger. Et aspekt, der har meget stor betydning for beslutninger omkring en borgers behov for rehabilitering, bl.a. i situationer med en kræftsygdom.

Relevansen for praksis af dette forskningsprojekt knytter sig til en generel belysning af, hvorledes medarbejdere i den kommunale sundheds- og socialektor udøver deres arbejde. Projektet belyser specifikt hvorledes forståelser og konstruktionen af det professionelle faglige skøn finder sted og påvirkes af medarbejderens måde at udfylde rummet for refleksion og handling i fortolkninger i det faglige skøn. Netop det faglige skøn i

vurderingen af behov er som nævnt afgørende for borgerens adgang til individualiseret og professionel rehabilitering ved kræft. For medarbejderne er det produktivt for kvaliteten i det sundheds- og socialfaglige arbejde at være bevidste om egen tænkning og handling i et fagligt skøn, når der skal træffes beslutninger om vurderinger af borgerens behov for kræftrehabilitering samt tilrettelægges en målrettet rehabiliteringsindsats. Viden om det professionelle faglige skøn kan endvidere danne afsæt for videreudvikling af medarbejdernes vurderingskompetencer.

Forskning inden for socialvidenskabeligt arbejde har i Danmark overvejende handlet om praksis set ud fra borgerens eller klientens synsvinkel og har dermed distanceret sig fra den professionelle side af praksis (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Nærværende forskningsprojekt undersøger ud fra et samhandlingsteoretisk perspektiv, hvorledes det professionelle faglige skøn udfoldes i praksis, og hvorledes skønnet fortolkes og gives mening af medarbejdere i praksis. Når undersøgelser af de professionelle praksis er interessant og møder stigende interesse i Danmark i disse år (Eskelinen, 2008), skyldes det, at forståelser af motiver og opfattelser af socialt arbejde samt arbejdets betingelser til stadighed påvirkes af nye politiske holdninger og programmer, nye krav fra brugerne og fra medarbejdernes professionelle viden, kompetencer og ønsker om et professionelt handlerum.

Her kan projektet bidrage til diskussioner om genskabelse af troen på professionel dømmekraft, her konkretiseret ved det professionelle faglige skøn i vurderingen af borgerens behov for rehabilitering.

Forskningsmæssig tilgang

Undersøgelsen er opbygget som en kvalitativ undersøgelse baseret på casestudie som design, en sekventiel datagenereringsproces samt en beskrivende og fortolkende analytisk tilgang med inddragelse af teoretiske forforståelser og analytiske perspektiver i min analyse af det empiriske datamateriale.

Den teoretiske tilgang i undersøgelsen er valgt ud fra et ønske om at give de empiriske aspekter forrang, hvorfor inddragelse af substantielle deskriptive teorier har fået forrang frem for analyser med fokus på generelle deskriptive eller sociologiske teorier.

Den empiriske del af undersøgelsen er gennemført som et casestudie i fire afdelinger på sundheds- og socialområdet i Randers Kommune; *Visitationsenheden*, et team i *Sygedagpengeafdelingen*, *Rehabiliteringsenheden* i Randers Sundhedscenter og et team af hjemme-sygeplejersker i *Distrikt Dragonparken/Lindevænget*.

Datagenereringsprocessen omfatter deltagende observation, dokumentanalyser, en case note review-proces samt 14 individuelle interviews og 8 fokusgruppeinterviews. Processen er struktureret i faser, inspireret af Spradleys etnografiske metode (Spradley, 1980:33).

Min analytiske tilgang i undersøgelsen sætter for det første **1)** fokus på de enkelte professionelles (aktørers) subjektive forståelse, intentioner og motiver i det faglige arbejdes praksis med udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn. For det andet **2)** sættes der fokus på, hvorledes udfoldelsen af dømmekraft og faglige skøn som fænomen skabes, vedligeholdes og forandres gennem interaktioner mellem aktører i en borgerservicerende organisation som kontekst.

Igennem analyser af disse to aspekter søger jeg at nå frem til en forståelse af det faglige skøn som fænomen og handling i det sociale arbejdes praksis. Denne forståelse rummer endvidere et blik på, hvorledes mulighedsbetingelser og handlerum for udfoldelsen af det faglige skøn i en borgerservicerende organisation øver indflydelse på skabelsen, vedligeholdelsen og omdannelsen af skønnet i interaktionen mellem aktører og kontekst. Dermed anlægger jeg en analytisk tilgang, der er domineret af et aktør- og hverdagslivsperspektiv med inddragelse af kontekstens/strukturens betydning for de professionelle aktørers forståelser og handlinger.

1.2 Præsentation af felten

Felten⁶ for min undersøgelse udgør den kontekst, hvori det *faglige skøn* i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb udfoldes. Det er her, jeg har iagttaget meninger (forståelser, betydninger), diskurser, og praksis i vurdering af behov for rehabilitering. Det er også her, jeg har mødt mine informanter og gennem dem de borgere, der har haft behov for rehabilitering.

Randers Kommune som overordnet case

Randers Kommune er en af Danmarks 10 største kommuner med et indbyggertal på næsten 95.000 borgere og et areal på 800 km². Ved Strukturreformen 1. januar 2007 blev den nye Randers Kommune dannet af den gamle Randers Kommune, de tidligere Purhus og Nørhald Kommuner, den vestlige del af den tidligere Sønderhald Kommune, store dele af den tidligere Langå Kommune og Havndal-området af den tidligere Mariager Kommune. Randers Kommune har en historie, der går omkring 1.000 år tilbage og er kendetegnet af at have haft store industrianlæg, et aktivt handelsliv og store og attraktive naturområder med fjord, kyst, å og store grønne områder. Byen har et stort sygehus - Regionshospital Randers.

⁶ Datagrundlaget for denne præsentation af Randers Kommune og de fire inkluderede afdelinger udgøres dels af oplysninger, som jeg har kunnet hente på kommunens hjemmeside (www.randers.dk), herunder *Nøgletal 2011*, Randers Kommune, maj 2011; dels feltnoter og uformelle samtaler med ledere og medarbejdere i de fire afdelinger. Nøgltalsrapporten rummer tal og sammenligninger mellem syv byer: Randers, Herning, Holstebro, Horsens, Silkeborg, Skive og Viborg.

Forvaltningsmæssigt er kommunen organiseret som mange andre med en række fagforvaltninger og tilknyttede politiske udvalg, herunder en forvaltning for *Sundhed og Ældre*, og en forvaltning for *Social og Arbejdsmarked*. Befolkningens sammensætningen viser, at 61,9 % af befolkningen (59.029) er i den erhvervsaktive alder, 17,4 % af borgerne er 65+ årige (16.559) og af de 80+ årige er der ca. 4,3 % (4.071) pr. 01.01.2011.

Nøgletal for Randers Kommune viser, at kommunen opererer med et samlet driftsbudget (netto) på ca. 5,4 mia. kr. og indtægter på 5,3 mia. kr. for 2011. På udgiftssiden er der opgjort tal bl.a. for sundheds-, ældre og sygedagpengeområdet, der viser følgende for budget 2011:

- Sundhedsområdet: netto driftsudgift pr. indbygger 1.978 kr., i alt svarende til 8,3 % af de samlede udgifter (lavest: Herning Kommune 8,1 %, højest: Holstebro Kommune 9,8 %).
- Ældre og handicappede: netto driftsudgift i alt på ældre og handicapområdet på 6.920 kr. pr. indbygger, i alt svarende til 12,3 % (Randers er her lavest; højest: Viborg 16,7 %).
- Sygedagpenge: netto driftsudgift på 2.151 kr./borger (højest: Silkeborg med 2.744 kr./borger; lavest er Randers Kommune).

I det samlede billede placerer Randers Kommune sig lavt i det budgetterede udgiftsniveau på sundhedsområdet og især på ældre- og handicapområdet. Endvidere viser nøgletallene, at Randers Kommune har ligget relativt højt på udgifter til sygedagpengemodtager, der har været sygemeldt i mere end 52 uger (særligt i 2008-2010), og generelt har kommunen høje udgifter til overførselsindkomster.

De fire inkluderede afdelinger i undersøgelsen

Undersøgelsen inddrager fire afdelinger på sundheds- og socialområdet (beskæftigelse) i Randers Kommune som undersøgelsesfelt (cases). De fire afdelinger er:

- **Visitationenheten:** Visitationenheten er en myndighedsafdeling, placeret som en del af sundheds- og ældreområdet og forvaltningsmæssigt organiseret sammen med ældreområdet, sundhedsområdet og psykiatrien. Afdelingen ledes af en visitationschef og har til opgave at fortage visitering af borgere, der ansøger om personlig og praktisk hjælp i hjemmet, hjælpemidler og boligændringer, madservice mv.
- **Sygedagpengeafdelingen:** Sygedagpengeafdelingen er en del af *Jobcenter Randers*, der forvaltningsmæssigt er tilknyttet *Social og Arbejdsmarked*. Jobcenteret beskæftiger sig bl.a. med arbejdsløse dagpenge- og kontanthjælpsmodtager, sygedagpengeopfølgning for sygedagpengemodtagere, revalidering og fleksjob. Jobcentret har en organisationsstruktur med en jobcenterchef, der også er leder af centrets sekretariat og tre hovedfunktioner; en jobformidling, en afdeling for aktiv indsats og revalidering samt en sygedagpengeafdeling.

- **Rehabiliteringsenheden - Randers Sundhedscenter:** Randers Sundhedscenter er en kommunal virksomhed, der huser både kommunale, regionale, private og frivillige aktører på sundhedsområdet. Forvaltningsmæssigt er centret knyttet til *Sundhed og ældre*, ledelsesmæssigt forankret med en sundhedschef og med selvstændige ledere af sundhedscenterenheden, rehabiliteringsenheden, tandplejen og sundhedsplejen, der således alle refererer til sundhedschefen i forvaltningen. I denne undersøgelse er det alene *Rehabiliteringsenheden*, der inddrages. Her finder der genoptræning sted af borgere henvist med en genoptræningsplan fra det behandlende hospital. Desuden er der tilknyttet en forløbskoordinator for borgere med kræft, ligesom der tilbydes en række rehabiliteringstilbud for borgere med kræft i denne enhed.
- **Hjemmesygeplejen:** Hjemmesygeplejen indgår som en del af ældreområdet i forvaltningen *Sundhed og Ældre*, der også rummer personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp), træning mv. Hjemmesygepleje bevilges efter behov eller ordination i borgerens lokalområde.

Præsentationen af felten gør ikke krav på at kunne indfange og beskrive felten i sin fulde kompleksitet. Derfor er der alene tale om en række 'nedslag', som skal medvirke til at indramme undersøgelsens kontekst.

1.3 Centrale elementer i undersøgelsens forskningsspørgsmål

Undersøgelsens forskningsspørgsmål rummer tre centrale elementer: **1)** kræft og borgers situation med kræft, **2)** rehabilitering og vurdering af behov for rehabilitering samt **3)** skøn som element i forvaltningsvirksomhed. I dette afsnit redegøres der for ovennævnte tre elementer, dels som led i indramning af feltet for denne undersøgelse, dels som redegørelse for en vigtig del af min faglig-normative forforståelse i undersøgelsen.

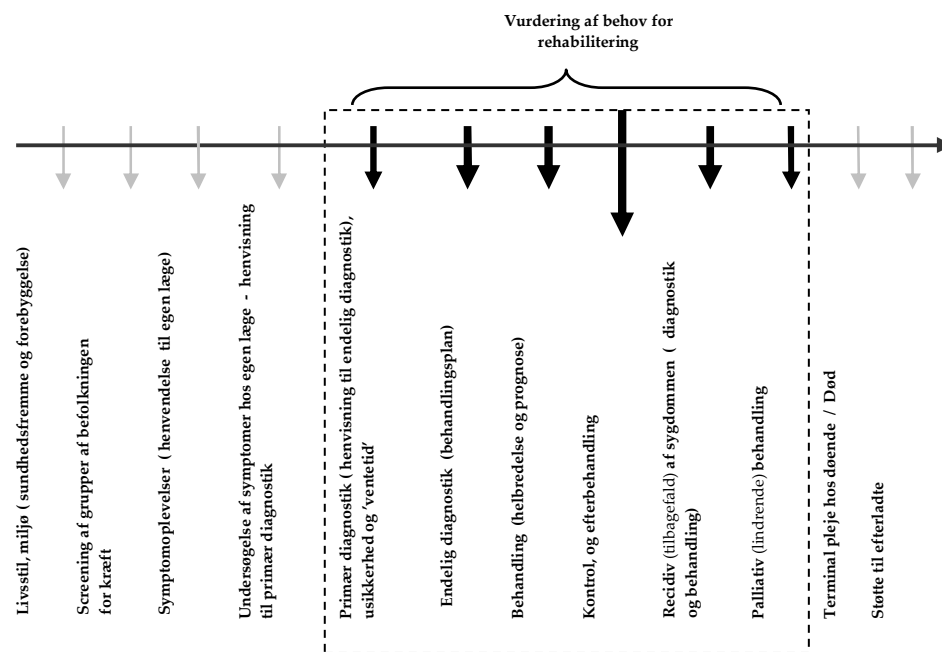
Kræft og kræftpatientens situation

Vurderinger og skøn i forhold til en borgers behov for rehabilitering finder sted i situationer, hvor et helbredsproblem i form af *kræft* og deraf afledte vanskeligheder i hverdagslivet har afstedkommet behov for indsatser, der kan forebygge og/eller forbedre borgerens funktionsevne samt behandle og lindre fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemer.

En kræftsygdom kan beskrives i et forløb, der strækker sig fra baggrunden for udvikling af kræft og frem til støtte til de efterladte. Den del af et kræftforløb, hvori vurderinger af behov for rehabilitering er relevant, er markeret i fig. 1.1 på næste side. Kræftforløbet viser, at vurdering af og tilbud om rehabilitering er noget, der kan og bør finde sted på mange forskellige trin. Selv i den palliative fase vil der være aspekter af rehabilitering - dog med et perspektiv, der retter sig mod den situation, at sygdommen er uhelbredelig

samt omfatter den totale omsorg for såvel fysiske symptomer som lindring af lidelser og psykiske, sociale og åndelige problemer (Sundhedsstyrelsen, 2012/a: 11-15).

Fig. 1.1: Forløbet med en kræftsygdom set ift. tidspunkter med behov for vurdering af rehabiliteringsbehov



Dermed vil de professionelle i denne undersøgelse kunne møde borgere i alle faser af kræftforløbet inden for den markerede ramme, der er illustreret ovenfor i fig. 2.1.

Kræft er en meget alvorlig sygdom, der har flere kendetegn svarende til den gruppe af sygdomme, der benævnes 'kronisk sygdom' (Sundhedsstyrelsen, 2005/a)⁷. Samtidigt er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2005/a). Sygdommen kræver ofte en meget omfattende, indgribende og langvarig behandling. En behandling, der sammen med sygdommens alvorlige karakter, er omfattende, og har stor indflydelse på borgerens situation og hele hverdagsliv.

⁷ Kronisk sygdom har en eller flere af følgende karakteristika: Sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer, kræver en langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats. I udlandet er det fundet, at op til 80 % af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet går til mennesker med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2005/a: 31).

Kræft er ikke bare én men mange sygdomme; over 100 forskellige former. Selv om kræft har mange former, så udgør de 10 hyppigste kræftformer ca. 80 % af alle kræfttilfælde (Clemmensen, 2001:19). De hyppigste kræftformer er brystkræft, tarm- og endetarmskræft, lungekræft og prostatakræft. Hvert år får ca. 35.000 mennesker påvist en kræftsygdom, og mere end 220.000 mennesker lever med kræft. Ca.15.000 dør af kræft hvert år (Sundhedsstyrelsen, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2012/a).

I forlængelse af disse nationale tal har jeg udarbejdet en mindre lokal profil for borgere med kræft i Randers Kommune, baseret på en regional sundhedsprofil *Hvordan har du det?*, udarbejdet af CFK • *Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland*. For Randers Kommune viser profilen, at

- ca. 2 % eller 1.400 borgere har kræft i Randers Kommune
- kommunen placerer sig som nr. 10 ud af de 18 kommuner mht. forekomsten af kræft i befolkningen
- kræft forekommer her, som i befolkningen som helhed, overvejende hos ældre med en tydelig stigende tendens fra 45+ årige uden nogen signifikant relation til uddannelsesniveau. For de ikke livstruende kroniske sygdomme er det omvendt, da der her er en større forekomst med lavere uddannelse, dårlig økonomi og svagt netværk
- kommunen har et højt gennemsnit af kroniske sygdomme pr. borger (1,82 i Randers Kommune).

Generelt kan det endvidere siges, at over halvdelen af borgere med kronisk sygdom i Region Midtjylland har mere end en kronisk sygdom, hvilket kan være med til at komplicere og forværre belastningen af kræft. Udredningen og behandlingen af kronisk sygdom beslaglægger endvidere 70-80 % af udgifterne i sundhedsvæsenet, hvorfor kræft og anden kronisk sygdom udgør et meget vigtigt og ressourcekrævende indsatsområde (Larsen, 2011: 76-118).

De enkelte kræftformer har meget forskellige forløb og prognose. Nogle former udvikler sig hurtigt, fx visse hjernetumorer; andre meget langsomt, fx prostatakræft (kræft i blærehalskirtlen). Med de mange forskellige former for kræft rejser der sig også meget forskellige former for behov for rehabilitering, begrundet i sygdommens forskellige helbredsmæssige konsekvenser. I flere rapporter fra Sundhedsstyrelsen er der gjort forsøg på at belyse såvel de generelle som de diagnosespecifikke rehabiliteringsbehov (Sundhedsstyrelsen, 2000; 2005/b; 2009; 2010/a; 2012/a). De helbredsmæssige konsekvenser af kræft og evt. andre kroniske sygdomme, får betydning ved de professionelle vurdering af borgerens behov for rehabilitering. En betydning, der dels relaterer sig til forståelsen af borgerens situation som helhed, dels evt. specielle vanskeligheder relateret til sygdommen og behandlingen. Disse vanskeligheder skal i forlængelse af behovsvurderingen kobles til valg af indsatsformer: hvad har kommunen at tilbyde og er der indsatser, der kræver specialiseret viden, fx viden, der kun findes på en sygehusafdeling.

Ud over de sygdomsrelaterede følger og afledte vanskeligheder vil behovet for rehabilitering kunne være meget forskellig fra borger til borger, selv med den samme sygdom, behandlingsintensitet, udbredelse og prognose af sygdommen. Man kan således på den ene side ikke tale om den typiske 'brystkræftpatient'. På den anden side vil visse former for kræftsygdomme, fx hoved-halskræft (jf. patienthistorien side 11) kunne afstedkomme meget komplekse, omfattende og langvarige vanskeligheder i hverdagslivet

De tidspunkter, hvor vurderinger af behov for rehabilitering bør finde sted, er således ofte koncentreret omkring den livsperiode, hvor behov for andre former for støtte og hjælp typisk forekommer i stigende grad hos 'den ældre borger', der ofte ikke er i job mere (Sundhedsstyrelsen, 2007). Med stigende alder vil ressourcerne til at håndtere hverdagslivets vanskeligheder tilmed kunne være aftagende sammen med øget forekomst af andre sygdomme (co-morbiditet), hvilket vil kunne øge kompleksiteten i behovet for rehabilitering yderligere. Andre forhold som køn, sociale og uddannelsesmæssige forhold og kultur, herunder etnicitet, kan have afgørende betydning for de behov patienter/borgere/ pårørende har for rehabilitering (Diderichsen, 2011). Hører borgerne til den gruppe, der er i job, vil en lang række aspekter som mindre børn i familien, jobfastholdelse, forsørgelsesgrundlag mv. kunne være påtrængende og dermed skulle indgå i vurderinger af behov for rehabilitering.

Senfølger

Behov for rehabilitering efter endt behandling af en kræftsygdom er især begrundet i og knyttet til forekomsten af det, der benævnes *senfølger* af sygdommen og behandlingen. Senfølger kan defineres på flere måder. Her defineres senfølger

"[...] som noget, der opstår under behandlingen, umiddelbart efter behandlingen er afsluttet, eller få år efter behandlingen er afsluttet" og det siges videre, at " [...] der i kølvandet på en kræftsygdom kan opstå symptomer og problemer, der kræver en indsats, hvis de ikke skal blive permanente" (Johansen, 2013).

Borgere med samme kræftsygdom og senfølger vil opleve senfølgerne meget forskelligt, hvilket er helt centralt i vurderingen af den enkelte borgers situation og tilgangen til rehabilitering (Esbensen, 2002:257). Senfølgerne omfatter fysiske, psykiske, eksistentielle og sociale gener, der således influerer på alle sider af borgerens hverdagsliv. Der findes imidlertid ikke nogen systematiske registreringer af arten og især omfanget af senfølger i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2010/a:34; Sundhedsstyrelsen, 2012/a:20-22)

Forskellige undersøgelser har været med til at indkredse de hyppigst forekommende senfølger hos borgere med kræft. I tabel 1.1 på næste side er disse opstillet i ikke-prioriteret rækkefølge (Sundhedsstyrelsen, 2012/a:20-22). Fælles for senfølgerne er, at de influerer på kvalitet af hverdagslivet hos borgeren; fra mindre gener til den situation, hvor generne virker fuldstændig invaliderende på borgerens funktionsevne og kvaliteten af hverdagslivet. En helt ny og omfattende publikation (Johansen, 2013) redegør for aktuel

viden om rehabilitering i forhold til senfølger ved kræft, herunder kommunalt forankret rehabilitering.

Tabel 1.1: *De hyppigste senfølger ved kræft* (Johansen, 2013; Sundhedsstyrelsen 2012/a: 22)

| Senfølger ved kræft | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst - uforklarlig angst ▪ Depression - efter endt behandling ▪ Diarré eller forstoppelse - et meget stort problem for patienter, der har fået strålebehandling 'omkring maven'. ▪ Eksistentielle problemer - fx manglende anerkendelse fra familien, arbejdsgiver og socialforvaltningen, indre tomhed, skyld og skam, ensom, ked af det. ▪ Hedeture ▪ Hukommelses- og koncentrations-besvær ▪ Kunstig overgangsalder ▪ Lymfeødem (væskeophobning) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nerveforstyrrelser (føleforstyrrelser) Nedsat muskelkræft og bevægelighed ▪ Påvirket eller ophørt sexliv ▪ Slimhindeproblemer ▪ Smerter - muskel- og ledsmerter som følge af nervepåvirkning eller i form af myrekryb i benene. ▪ Stikken og prikken i fingre og tær ▪ Søvnproblemer ▪ Tandskader (stråler forårsager mund-tørhed) ▪ Træthed ▪ Vandladningsproblemer ▪ Vejrtrækningsproblemer ▪ Vægtøgning eller vægttab |
| Andre følger af sygdommen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forsørgelsesgrundlag, herunder især fastholdelse af jobbet ▪ Familiens funktion/roller, især i børnefamilier ▪ Manglende anerkendelse fra omgivelserne | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomhed, skyld, skam ▪ Manglende accept af ændret identitet, livsomstændigheder og -udsigter ▪ Ensomhed |

Oversigten ovenfor viser, at borgere med kræft kan have en bred vifte af problemer og gener, som de kan have behov for at få støtte til at håndtere (Johansen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012/a:22).

Rehabilitering som begreb og praksis på kræftområdet

Rehabilitering handler grundlæggende om at hjælpe mennesker (patienter, borgere) med nedsat funktionsevne til bedst muligt at fastholde eller genetablere og videreudvikle et hverdagsliv med størst mulig selvstændighed, selvhjulpenhed og livskvalitet.

Patientens eller borgerens funktionsevnenedsættelse har baggrund i følger af sygdom eller et helbredsproblem - her en kræftsygdom. Det er således ikke kræften som sygdom eller de helbredsmæssige følger af sygdommen og behandlingen i sig selv, der primært er fokus i rehabiliteringstænkningen, men derimod konsekvenserne af disse for borge-

rens hverdagsliv. Det betyder på den anden side ikke, at behandlingen af indgribende senfølger, fx i form af smerter, appetitløshed med vægttab, søvnløshed, taleproblemer, angst, inkontinens osv. ikke indgår i rehabiliteringsindsatsen. Det gør de, men fokus i rehabilitering er fortsat den betydning, disse senfølger har i og for borgerens hverdagsliv. For nogle borgere handler det om at kunne vende tilbage til jobbet, for andre om en aktiv pensionisttilværelse måske med kræft som en kronisk sygdom. For alle handler det imidlertid om at blive så selvhjulpne og aktive i hverdagen som muligt og at opnå så høj en livskvalitet som muligt efter eller med en nedsat funktionsevne.

Det første trin for en borger i adgangen til rehabilitering er en vurdering af rehabiliteringsbehovet (Wade 2005). I min optik af rehabilitering, inspireret af Wade (2005) er rehabilitering en måde at tænke indsatsen på frem for en særlig form for indsats: *'Rehabilitation is an educational, problemsolving process that focuses on activity limitations and aims to optimize patient social participation and well-being, and so reduce stress on carer/family'* (Wade, 2005:814). Med det problemløsende fokus i Wades perspektiv på rehabilitering får vurderingen af borgerens behov en central placering. Der vil således være tale om en tilgang eller praksisform, der i perspektiv af en borgerservicerende organisation har karakter af en *teknologi* (Hasenfeld, 2003:159). En 'teknologi', der over for mennesker, der har behov for støtte og hjælp til at genoprette eller reetablere et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv i en situation, hvor livet skal leves og udfoldes på nye og måske forandrede betingelser efter behandling af en kræftsygdom, uanset om der har været tale om kurrativ eller pallierende behandling.⁸

Undersøgelsen læner sig endvidere op af en forståelse af rehabilitering, således som den kommer til udtryk i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (Marselisborgcentret, 2004): *"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats"* (Marselisborgcentret, 2004:16).

Ud fra Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet bør opmærksomheden i rehabilitering især rettes mod

- at tilrettelægge og gennemføre en **målrettet indsats**, hvilket indbefatter en systematisk identifikation af borgerens konkrete og individuelle behov for rehabilitering
- patienter eller borgere, der har eller er i risiko for at få **betydelige begrænsninger** i dennes funktionsevne set i forhold til patientens eller borgerens **hverdagsliv** og målet om et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv i sin helhed med så høj en livskvalitet som muligt.

Rehabilitering drejer sig ud fra den ovenfor beskrevne forståelse af rehabilitering ideelt set ikke om én enkelt indsats eller ét tiltag. Rehabilitering består i iværksættelse af flere

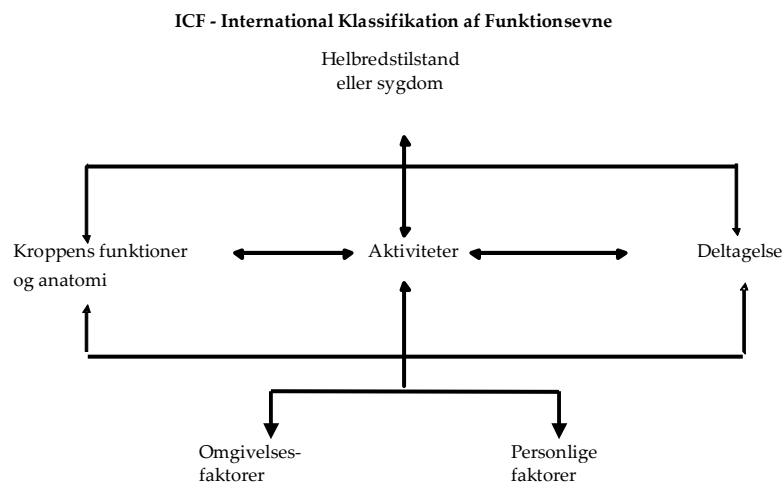
⁸ Begrebet *kurrativ* betyder helbredende behandling, *pallierende* betyder lindrende behandling (Nørby, 2009)

samtidige og sammenhængende indsatser, fx indsatser som træning, hjælpemidler, personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp), lindring af smerter, samtaler om angst, meningsløshed og sorg, sygedagpengeopfølgning mv. i et forløb tilpasset borgerens behov, ressourcer og målsætninger. Med indsatsernes forskellige karakter og organisatoriske tilknytning ydes disse efter forskellig lovgivning: på sundhedsområdet, på beskæftigelsesområdet, på det sociale område og på undervisningsområdet. Et vilkår, der er belyst i flere vejledninger fra centrale myndigheder (Sundhedsministeriet mfl., 2011/a; 2011/b).

Netop på grund af de mange sammenhængende indsatser på tværs af fagområder/faggrupper, forvaltninger og sektorer er sammenhæng, samarbejde og koordinering helt centralt i rehabilitering. Hver faggruppe og organisatorisk enhed kan her have et ansvar for at identificere, visitere, gennemføre og følge op på hver sin del af borgerens behov. Derfor er det afgørende, at der er et velfungerende og systematisk samarbejde mellem de relevante aktører og instanser om patienten eller borgeren, og at dennes nærmeste inddrages aktivt i hele rehabiliteringsprocessen.

Ud fra WHO's ICF-model *International Classification of Functioning, Disability and Health* (jf. fig. 1.2), kan borgerens situation med funktionsevnededsættelser og behov for rehabilitering ved kræft identificeres i et helhedsorienteret bio-psyko-socialt perspektiv (Sundhedsstyrelsen, 2003). Et perspektiv, som analyser af de professionelle helhedsperspektiv i udfoldelse af faglige skøn ved vurderinger af behov for rehabilitering læner sig op af.

Fig. 1.2: ICF-modellen for klassifikation af funktionsevne (Sundhedsstyrelsen, 2003)



Modellen er en interaktionsmodel baseret på en bio-psyko-social helhedsforståelse indeholdende tre hoveddimensioner: **1**) kroppen (fx fordøjelse, mental funktion, smerter), **2**) aktivitet (fx personlig hygiejne, mobilitet, husførelse) som borgeren i princippet kan varetage uden relationer med andre mennesker og **3**) deltagelse (fx job, sociale relationer, uddannelse), der i princippet altid involverer relationer til andre mennesker set i forhold til **a**) en lang række personlige faktorer (fx identitet, ressourcer, normer, uddannelse) samt **b**) de omgivelsesmæssige sammenhænge borgeren indgår (fx socialt miljø, kultur, bolig). ICF-modellen har endvidere et helbredsmæssigt afsæt (helbredstilstand eller sygdom) som baggrund for at vurdere borgerens funktion og funktionsevne (Sundhedsstyrelsen, 2003; Dahl i: Nielsen, 2008:81-103). Med denne model som referenceramme vil analyser af de professionelle helhedssyn i vurderinger af den enkelte borgers situation og evt. vanskeligheder i hverdagslivet afledt af kræft blive identificeret.

Vurdering af behovet for kræftrehabilitering

En af de anbefalinger, der blev formuleret i forbindelse med Kræftplan III, har særlig relevans for dette projekt: Forligsparterne omkring Finansloven i 2010 (partierne V, C, O og Q) vedtog, at man " [...] vil styrke kræftpatienters forløb yderligere gennem udvikling af et nationalt tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. [...] Det blev videre formuleret, at "Forløbsprogrammet skal sikre, at alle kræftpatienter systematisk og på baggrund af klare faglige kriterier får vurderet sit behov for rehabilitering og palliation" ligesom der blev givet midler til at "[...] understøtte forløbsprogrammet for kræftpatienters rehabilitering og palliation i kommunerne og regionerne." (Finanslovsaftale 2010).⁹

Vurdering af behov for rehabilitering hos borgere med kræft er en central opgave for medarbejdere på sundheds- og socialområdet i den kommunale sektor, ikke mindst efter Strukturreformen i 2007, hvor hovedansvaret for rehabilitering blev placeret i den kommunale sektor. Andre aktører som hospitalssektoren og almen praksis m.fl. har også ansvar for at vurdere patientens af behov for kræftrehabilitering (Finansloven 2010; Indenrigs- og Sundhedsministeriet mfl. 2011/a, 2011/b; Sundhedsstyrelsen, 2009; 2010/a; 2012/a). Vurderinger af borgerens behov for og dermed adgang til rehabilitering baserer sig på vurderinger, der i vidt omfang rummer *faglige skøn*, ligesom gennemførelsen af konkrete rehabiliteringsindsatser fordrer løbende vurderinger og skøn af borgerens situation og vanskeligheder set i forhold til behovet for rehabilitering (Garde 2004: 219-275; Grimen & Molander i: Molander & Terum 2008:179-196; Hanssen, 2010; la Cour & Thisted m.fl. i: Hjortbak, 2011:66-67).

⁹ Denne aftale førte foråret 2011 frem til nedsættelse af en arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen med det kommissorium at udarbejde et forløbsprogram for rehabilitering og palliation, der efterfølgende skal indarbejdes ved revision af pakkeforløbene (34 i alt) på kræftområdet i løbet af 2011-2012. Jeg har været medlem af nævnte arbejdsgruppe, udpeget af Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen afsluttede sit arbejde i december 2011 med rapporten *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, december 2011). I foråret 2012 nedsættes en arbejdsgruppe i forlængelse heraf mhp. at udpege et eller flere redskaber til vurdering af patienters/borgeres behov for rehabilitering. Denne arbejdsgruppe var jeg også deltager i, udpeget af Sundhedsstyrelsen.

Vurderingen af behov for rehabilitering indeholder fire opgaver: stratificering, organisering, tilrettelæggelse og indholdsbeskrivelse af processen med vurdering af patienters/borgeres behov for kræftrehabilitering. Opgaver, der har vist sig både at være omfattende, vanskelige og dermed forbundet med en række udfordringer.¹⁰

Stratificeringen af behovsvurderingen handler om at kunne estimere antallet af borgere, der har behov for en dyberegående vurdering af funktionsevnen og behovet for rehabilitering i forbindelse med en kræftsygdom. Antallet af borgere (patienter) med kræft, der har behov for rehabilitering kendes ikke specifikt. Der findes imidlertid i international litteratur¹¹ konsensus om, at 1/3 af alle borgere med kræft ikke har noget egentligt behov for rehabilitering, 1/3 har et kortvarigt, ofte mindre behov og den sidste 1/3 har et stort og længerevarende rehabiliteringsbehov. Et overordnet dansk skøn¹² angiver, at højest 70 % af de nydiagnosticerede kræftpatienter har et potentielt behov for rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2005/b: 12). I forløbsprogrammet for kræftrehabilitering og palliation anslår man ud fra engelske estimater (National Health Service, UK), at

1. 70 % af kræftpatienterne vil have problemer, som de og deres pårørende selv kan håndtere med støtte fra fagprofessionelle
2. 25 % af kræftpatienterne vil have problemer, der kræver en fag-professionel indsats
3. Ca. 5 % vil have komplekse behov og dermed brug for en særlig tværfaglig indsats.

Omsat til danske tal vil det betyde, at ud af de ca. 220.000 danske kræftoverlever vil ca. 155.000 patienter tilhøre ovennævnte gr. 1, ca. 55.000 patienter vil tilhøre gr. 2, og ca. 11.000 patienter vil tilhøre gr. 3 med komplekse vanskeligheder og behov for en særlig tværfaglig rehabiliteringsindsats, baseret på en konkret skønsmæssig vurdering af den enkeltes individuelle behov for hjælp i kræftforløbet (Sundhedsstyrelsen, 2012/a:17-18).

Metode- og indholdsbeskrivelsen af behovsvurderingen handler om, hvorledes behov for rehabilitering fastlægges hos den enkelte borger, evt. med anvendelse af validerede redskaber. En vurdering af behov for rehabilitering fordrer, at den professionelle formår at gennemføre en behovsvurdering, der er i stand til at håndtere og begrunde tilgangen ud fra **1)** en forståelse af patientens/borgerens behov, **2)** inddragelse af borgeren og de pårørende og **3)** en målrettet og anerkendende form for samtale i udfoldelse af et fagligt skøn. I vurderingen inddrages endvidere observation af borgeren samt anvendelse af redskaber¹³ som fx ICF¹⁴, COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Lige-

¹⁰ Et forhold, som jeg har erfaret gennem mit arbejde med dette tema, bl.a. i fornævnte arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen i 2011 og 2012 (jf. note 5).

¹¹ Body J-J, Lossignol D, Ronson A. The Concept of Rehabilitation of Cancer Patients. *Current Opinion in Oncology* 1997; 9:332-340. DeLisa JA. A History of Cancer Rehabilitation. *Cancer* 2001;92 (suppl.):970-974

¹² Tvede CT, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. Potentielt antal cancerrehabiliteringspatienter i Danmark – et estimat. *Ugeskr. for Læger* 2003; 165:123-128.

¹³ Dette aspekt omkring anvendelse af redskaber er et emne, som jeg tager op i mine analyser af empirien i forhold til den betydning redskaber har for programmering af det faglige skøn.

¹⁴ WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health

ledes vil aspekter som 1) forståelsesramme af sundhed/sygdom, hvor behovsidentifikationen finder sted, 2) om der er tale om en indledende behovsvurdering evt. efterfulgt af en uddybende udredning, 3) hvornår i kræftforløbet vurderingen finder sted, fx i overgange mellem to sektorer, samt 4) prioriteringer af fokusområder som fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle vanskeligheder spille ind på indholdet i og resultatet af skønsmæssige vurdering af behov for rehabilitering (la Coure m.fl. i: Hjortbak, 2011:57-73; Sundhedsstyrelsen, 2012/b:25-28).

Erfaringer har vist, at der for mange kræftpatienter skal forholdsvis enkle rehabiliteringstiltag til for at forbedre rehabiliteringsforløbet, hvis man sætter ind så tidligt som muligt i patientforløbet. For andre kan det være nødvendigt at modtage rehabiliterings tilbud på forskellige tidspunkter i hele forløbet. Der findes i dag ikke velegnede redskaber til sikring af en ensartet og systematisk vurdering af borgernes behov for rehabilitering ved kræft. En række udenlandske og danske redskaber har været genstand for en vurdering i en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen mhp. anbefaling af et eller flere redskaber til anvendelse i praksis (Sundhedsstyrelsen, 2012/b)¹⁵. Også inden for andre sygdomsgrupper - eksempelvis hjerterehabilitering og KOL-rehabilitering - udvikles der i disse år visitationsparametre af ovenstående årsager.

Organiseringen og tilrettelæggelse af behovsvurderingen handler om 1) hvor en behovsvurdering bør finde sted inden for sygehussektoren, den kommunale sektor og i almen praksis, 2) af hvilke professionelle aktører og 3) på hvilke tidspunkter af kræftforløbet for en enkelte borger. Ansvars- og opgavefordelingen er i dag således, at regionerne har ansvar for rehabilitering af indlagte patienter. Efter udskrivelse har den kommunale sektor ansvaret for rehabilitering bortset fra sundhedsområdet, hvor ansvaret deles mellem region og kommune. Kommunen har ansvar for hjemmesygeplejen, genoptræning og patientrettet forebyggelse samt delegerede lægefaglige opgaver fra almen praksis eller sygehuslæge. Da patienter/borgere ofte vil krydse flere sektorgrænser i sit rehabiliteringsforløb vil en klar ansvarsplacering i de konkrete forløb være afgørende for at skabe sammenhæng i de faglige indsatser. Herfor kræves der ofte stor opmærksomhed omkring og anvendelse af forskellige greb og redskaber i koordinering af rehabiliteringsindsatsen, ligesom der fordres relevante kompetencer og samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2012/a, 2012/b).

Kræftrehabilitering: status og perspektiver

Efter at have belyst aspekter af kræftpatientens situation og vanskeligheder rejser der sig nu spørgsmålet om, hvilke muligheder samfundet stiller til rådighed for netop denne gruppe af borgere, herunder især muligheder for at få vurderet behov for rehabilitering.

¹⁵ En arbejdsgruppe, som jeg har været medlem af, udpeget af Sundhedsstyrelsen og hvis arbejde blev afsluttet i maj 2012.

Flere undersøgelser foretaget af *Kræftens Bekæmpelse* peger på, at ca. halvdelen og en stigende andel af patienter med kræft i mindre grad eller slet ikke fik tilbud om indsatser med et rehabiliterende sigte, fx psykolog, selvhjælps-/samtalegrupper, praktisk hjælp, rådgivning om arbejde (*Kræftens Bekæmpelse*, 2011:56-57; Grønvold et al, 2006).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger, i forhold til patienter med kronisk sygdom, herunder kræftsygdomme, giver forslag til en samlet og styrket rehabiliteringsindsats på det generelle niveau (Sundhedsstyrelsen, 2005/a). Inden for kræftområdet foregår der i dag en række rehabiliteringstiltag på forskellige niveauer i Danmark, men der mangler fortsat systematisk opsamling af og implementering af evidensbaseret viden på en række områder. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen også i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, at monitorering af rehabiliteringsområdet og forskning inden for feltet styrkes (Sundhedsstyrelsen, 2012/a:47-52). Derfor iværksættes der da også i disse år en lang række større og mindre forskningsprojekter inden for rehabilitering af patienter/borgere med kræft, herunder vurdering af behov for kræftrehabilitering.

På kræftrehabiliteringsområdet er der foregået en stor udvikling siden den første kræftplan udkom i 2000 (Sundhedsstyrelsen, 2000), ikke mindst initieret af initiativer fra Sundhedsstyrelsen. I perioden 2005 og til i dag er der taget en række betydningsfulde tiltag på kræftrehabiliteringsområdet. I oversigtsform består disse i følgende:

- Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2000 kræftplan I (Sundhedsstyrelsen, 2000:142-149). Her argumenteres der for en styrket rehabiliteringsindsats, set i lyset af de sidste 10-15 års forbedringer af behandlingen af kræft.
- Sundhedsstyrelsen udarbejder kræftplan II (Sundhedsstyrelsen, 2005/b). Heri anbefales det, at "*Der bør ske en nøje afklaring af den enkelte kræftpatients behov for rehabilitering med henblik på en målrettet rehabiliteringsindsats tidligt i sygdomsforløbet*" (Sundhedsstyrelsen, 2005/b: 51) samt at der arbejdes målrettet med udvikling af visitationsparametre, der kan medvirke til at patienten får en målrettet og individuel tilpasset indsats tilpasset patientens konkrete behov (Sundhedsstyrelsen, 2005/b, Bilag 10.2: Rehabilitering: side 10)
- Ved Strukturreformen i 2007 blev genoptræning en kommunal opgave, herunder rehabilitering af borgere med kræft. For at understøtte udvikling og erfaringsudveksling blev der på Finansloven afsat 40 mio. kr. til 11 kommunale projekter i 15 kommuner. I projekterne blev bl.a. forskellige behovsvurderingstiltag udviklet og afprøvet (la Cour & Johannessen, 2010; Hjortbak m.fl., 2009).
- Regeringen og Danske Regioner indgik den 12.10.2007 en aftale om akut behandling af kræft og inden udgangen af 2008 at beskrive og indføre pakkeforløb for alle kræftformer. En 'pakke' for hver kræftform indeholder en beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer i indsatsen, herunder fagligt begrundede forløbstider samt oversigt over tilrettelæggelsen af pakkeforløbet med flowchart og oversigtsskemaer (Sundhedsstyrelsen, 2008/a:1).

- Da der i de beskrevne pakkeforløb ikke eller kun sporadisk indgik rammer for rehabilitering, blev der i 2010 nedsat en arbejdsgruppe med den opgave at udarbejde et notat om rehabilitering, herunder vurdering af behov for rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2008/b)
- Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2010 en MTV rapport om *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft – en medicinsk teknologivurdering*. Denne rapport var den første af sin art i Danmark, der samlet søger at redegøre for patientgruppen, evidensbaserede indsatser, organisering af indsatsen og søger at fremkomme med økonomiske beregninger af en målrettet rehabiliteringsindsats for de tre kræftformer. Behovsvurderingen fokuserer her på patienternes senfølger (Sundhedsstyrelsen, 2010/b: 50-51)
- Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2010 et sundhedsfagligt oplæg til *Styrket indsats på kræftområdet* (Sundhedsstyrelsen 2010/a); et oplæg, der danner baggrund for det, der i Finanslovsaftalen for 2011 benævnes som *Kræftplan III* (Aftaler om Finansloven for 2011). I denne peges der på, at der er behov for en kriteriebaseret og systematisk vurdering af kræftpatientens behov for rehabilitering.
- I forlængelse af ovennævnte Finanslovsaftale omkring Kræftplan III nedsatte Sundhedsstyrelsen to ny arbejdsgrupper i forlængelse af hinanden, der fik til opgave dels at udarbejde et forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet, dels at pege på redskab(er) til den indledende vurdering af kræftpatientens behov for rehabilitering og palliation. Hensigten er, at dette program indarbejdes ved revision af de 34 allerede udarbejdede kræftpakkeforløb i løbet af 2012 og 2013, herunder i kommunerne for den del, der vedrører det kommunale ansvars- og opgavefelt (Sundhedsstyrelsen, 2012/a; Sundhedsstyrelsen, 2012/b).
- Kommunernes Landsforening udarbejder notat om udbredelsen og organiseringen af kræftrehabilitering i kommunerne (Kommunernes Landsforening, 2012) i forbindelse med forberedelser til implementering af forløbsprogrammet for kræftrehabilitering i kommunerne. Heri fremgår det, at knap en tredjedel af kommunerne har tilbud om kræftrehabilitering omfattende i alt 31 forskellige tilbud.

Ud fra ovenstående er der siden 2000 taget en lang række initiativer fra centralt hold for at styrke rehabiliteringsindsatsen i forhold til mennesker med kræft. Med de mange initiativer forestår der også et stort arbejde i regioner og kommuner i de kommende år med at implementere de nationale anbefalinger i praksis, herunder at sikre, at alle patienter og borgere får foretaget vurderinger af behov for rehabilitering ved kræft.

Internationalt ser der ud til at være tale om meget forskelligartede, spredte og i nogle lande meget begrænsede tilbud. Indsatsen finder her overvejende sted via hospitalerne eller i særlige rehabiliteringscentre, hvorimod det ser ud til, at kommunerne (hvor der er en struktur, der kan paralleliseres hertil) ikke spiller nogen særlig stor rolle. Det gælder lande som Norge, Sverige, Canada, England, Tyskland, Holland og USA (Kræftens

Bekæmpelse, 2010). Jeg har derfor valgt ikke at uddybe de internationale tiltag og erfaring vedr. behovsvurderinger og rehabiliteringsindsatser i denne statusbeskrivelse.

Forvaltningsvirksomhed og udøvelse af skøn

I dette afsnit vendes blikket imod de formelle regler, der er i dansk forvaltningslovgivning vedr. *vurdering* og *skøn* i forhold til afgørelser om en borgers behov for offentlig støtte og hjælp i en borgerservicerende organisation. Dette aspekt er centralt, da det netop er i disse regler, at det formelle krav om udfoldelse af et *skøn* udspringer.

Kræftrehabilitering udøves hovedsageligt i Danmark inden for rammerne af offentlige borgerservicerende organisationer, hvorved der forstås en formel *organisation*, der udøver virksomhed inden for et forvaltningsorgan.¹⁶ Forvaltningens hovedopgave er at sikre realisering af samfundets mål i lovgivningen, her som politisk fastsatte mål om rehabilitering ved kræft (Garde, 2004:82-83). I denne undersøgelse betyder det, at afdelinger som *Randers Kommunes Visitationsenhed*, *Rehabiliteringsenheden* i sundhedscentret, *Hjemmesygeplejen* og *Sygedagpengeafdelingen* alle er offentlige forvaltningsvirksomheder, der formelt virker gennem lovgivning over for borgernes handlinger. Handlinger fra borgeren kan være en anmodning om hjælp til personlig og praktisk hjælp, træning, vejledning/rådgivning og økonomisk støtte ved sygefravær fra arbejde i forbindelse med en kræftsygdom.

Rammerne for udøvelse af den form for forvaltningsvirksomhed, som denne undersøgelse omhandler, er formuleret i *Forvaltningsloven*¹⁷ og en række speciallove, fx *Lov om social service*¹⁸ og *Sundhedsloven*¹⁹. Kendetegnende for denne form for retlige regulering er, at den sker i form af konkrete enkeltafgørelser som "[...] *en konkret individuel vurdering* [...]"²⁰ - fx af borgerens behov for rehabilitering i form af hjælp til personlige og praktiske opgaver i hjemmet eller sygedagpenge undervejs i behandlingsfasen eller træning og

¹⁶ Private patientorganisationer som *Kræftens Bekæmpelse* (www.cancer.dk) og tilknyttede 'specialforeninger' udgør en stor aktør på kræftrehabiliteringsområdet i Danmark. Det gælder såvel den patient-/borgerrettede rehabiliteringsindsats, forskning og udvikling af kræftbehandling og -rehabilitering i Danmark. Dette sker via såvel ansatte medarbejdere og frivillige (tidligere kræftpatienter, pårørende og andre interesserede). Disse organisationer er ikke underlagt forvaltningslovens bestemmelser i den måde, som disse organisationer virker på.

¹⁷ Bekendtgørelse af forvaltningsloven: LBK nr 988 af 09/10/2012 Gældende (Forvaltningsloven) Offentliggørelsesdato: 13-10-2012 Justitsministeriet.

¹⁸ Bekendtgørelse af lov om social service: LBK nr 810 af 19/07/2012 (Serviceloven) 21-07-2012 Social- og Integrationsministeriet.

¹⁹ Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 913 af 13/07/2010. (Sundhedsloven) 15-07-2010, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

²⁰ Denne formulering stammer fra Serviceloven, hvori der i § 88 står følgende: "*Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om tildeling af personlig hjælp og pleje m.v. efter dette kapitel. Kommunalbestyrelsen skal behandle anmodninger om hjælp efter § 83 ved en konkret, individuel vurdering af behovet for hjælp til de opgaver, som modtageren ikke selv kan udføre. Ved vurderingen af behovet for hjælp skal kommunalbestyrelsen tage stilling til alle anmodninger om hjælp fra ansøgeren.*" (Serviceloven, LBK nr 810 af 19/07/2012)

samtale efter endt behandling. I udøvelsen af offentlig forvaltningsvirksomhed med udfoldelse af skønsmæssige vurderinger og afgørelser om rehabilitering skelnes der mellem indsatser efter lovgivningen inden for det sociale og beskæftigelsesmæssige område og indsatser efter sundhedsloven. For sidstnævnte form gælder bestemmelserne i forvaltnings- og retssikkerhedsloven om afgørelser ikke. Her er det bestemmelser i sundhedsloven om informeret samtykke, der er omdrejningspunkt.

Retlig og faktisk forvaltningsvirksomhed

I forvaltningslovens forstand er der tale om to former for virksomheder i den borgerservicerende organisation, der fx varetager rehabilitering ved kræft:

- *retlig forvaltningsvirksomhed*: (myndighedsudøvelse) med ansvar for at træffe enkeltafgørelser om adgangen til konkrete rehabiliteringsydelser. Denne virksomhed sker, som tidligere nævnt, i form af bevillinger som retsakt.
- *faktisk forvaltningsvirksomhed*: (praktisk udførelse/handling), dvs. ansvar for at tilbyde og/eller levere konkrete rehabiliteringsindsatser i samarbejde med borgeren.

Den retlige forvaltningsvirksomhed har karakter af overvejende *administrative* opgaver. Den faktiske forvaltningsvirksomhed sker som en *udføreropgave*, evt. løst inden for den borgerservicerende organisation, eller hvor dette er muligt iflg. lovgivningen, evt. ved at private leverandører løser opgaven på forvaltningens vegne eller i samarbejde med denne (Garde, 2004:79-91).

En række generelle kendetegn for forvaltningsvirksomhed og den retlige regulering er resumeret kort i tabel 1.2 nedenfor.

Tabel 1.2: Kendetegn for forvaltningsvirksomhed og retlig regulering

Den kommunale forvaltnings hovedopgaver

- Forvaltningens virksomhed kræver hjemmel i en lovgivning.
- Regulering af borgerens adfærd/handlinger sker i et samspil mellem tvang og tilbud, som borgeren kan vælge tage imod.
- Forvaltningsafgørelser har karakter af en udtalelse/tilladelse/bevilling (forvaltningsakt) og betegnes som myndighedsudøvelse.
- Afgørelser og tvangsforanstaltninger giver forvaltningen en magt, som stort set ikke findes inden for den private sektor.
- Afgørelser består af en udtalelse, der tilsigter at fremkalde en retsvirkning i overensstemmelse med sit indhold (fx tilbud om træning).
- Afgørelsen foretages ensidigt af forvaltningsorganet i form af en retsakt; denne betegnes også som en konkret enkeltafgørelse.

Kilde: Garde 2004: 79-91

Disse kendetegn er med til at sætte en ramme for den måde udfoldelsen af det professionelle faglige skøn, som retlig forvaltningsvirksomhed skal forstås.

I denne undersøgelse udøver to af de inkluderede afdelinger primært retlig forvaltningsvirksomhed (myndighed), de to øvrige faktisk forvaltningsvirksomhed (udførerfunktion), jf. kap. 2.3 om design og gennemførelsen af undersøgelsen.

I forbindelse med rehabilitering ved kræft sker der vurderinger og iværksættes indsatser af autoriseret sundhedspersonale efter *sundhedsloven*. Det gælder fx tilbud om træning, kostvejledning, behandling af senfølger, støtte til egenomsorg, hjemmesygepleje, samtaler med egen læge mv. Vurderinger og beslutninger vedr. behov for rehabiliterende indsatser efter sundhedslovens bestemmelser er, som nævnt ovenfor, som hovedregel ikke omfattet af forvaltnings- og retssikkerhedslovens bestemmelser om skriftlige afgørelser. Det er her lægen, der tager stilling til "[...] om en patient skal tilbydes behandling i det enkelte tilfælde, herunder til behandlingstilbuddets vilkår og indhold. Lægens beslutning skal holdes inden for rammerne af den almindelige anerkendte faglige standard, jf. autorisationslovens § 17. [...] Hensynet til sygdommens alvor, den tidsmæssige nødvendighed, helbredelses- og behandlingsmuligheder samt risiko for komplikationer og bivirkninger har særlig vægt ... [ligesom] Der må foretages en helhedsvurdering" af patientens samlede situation, herunder fx hensyn til anden sygdom (Madsen, 2010:136). Vurderinger og afgørelser om rehabilitering vil dermed være at betragte som faglige handlinger, der skal følge autorisationslovens bestemmelser om 'at udvise omhu og samvittighedsfuldhed' (Madsen, 2010:136). En tilgang i de skønsmæssige vurderinger, der har en noget anden karakter såvel for borgeren som for de professionelle aktører i de to afdelinger i undersøgelsen, der overvejende udøver faktisk forvaltningsvirksomhed.

Den faktiske forvaltningsvirksomhed udgør den økonomisk og personalemæssigt største del af offentlig forvaltningsvirksomhed, og omfatter '*den mangfoldighed af forvaltningsvirksomhed, der ikke er af (overvejende) retlig karakter*', fx i form af den fysiske og mentale aktivitet, der foregår if. med produktion og levering af konkrete ydelser til borgerne; fx træning, personlig pleje men også opgaver som journalisering, samtaler med borgere osv. Sidstnævnte eksempler er begge forudsætninger for udstedelse af retsakter i form af afgørelser/bevillinger af rehabiliteringsindsatser. De indsatser, borgeren tilbydes i form af rehabilitering, skal således principielt have hjemmel i en bevilling (Garde, 2004: 105-107).

I dag ses der en stigende tendens til at *retliggøre* tidligere tiders professionsfaglige afgørelser (Garde, 2004:106), fx i form af kvalitetsstandarder, visitationsregler, arbejdsevne-metoden, forløbsprogrammer og pakkeforløb bl.a. på kræftområdet, hvorved der sker en udviskning af skellet mellem retlig og faktisk forvaltningsvirksomhed. Det er da også yderligere en begrundelse for, at undersøgelsen især sætter fokus på vurderinger og skøn i perspektiv af retlig forvaltningsvirksomhed og ikke opererer med en skarp adskillelse mellem skøn i den retlige og faktiske form for forvaltningsvirksomhed.

Vurdering og skøn som greb i forvaltningen

I udøvelsen af skønsmæssige vurderinger er det kendetegnende, at der **1)** ikke findes præcise præmisser, hvorfor der netop er tale om skøn, **2)** er krav om en konkret og individuel vurdering og **3)** er en række begrænsninger for friheden til at skønne.

Skøn som greb

Grundlæggende opstår aspektet omkring skøn i forvaltningen i tilknytning til forvaltningens virksomhed som *myndighed* med afgørelser som *sproglige tilkendegivelser* om tilbud og dermed adgang til serviceydelser fx i form af rehabiliteringsindsatser hos borgere med kræft. Denne tilkendegivelse benævnes en *retsakt*, der betyder, at bevillingen har karakter af en enkeltafgørelse (Garde, 2004:90-96). En forvaltningsakt, der er baseret på en skønsmæssig afgørelse, beskrives af Garde på følgende måde: *"En skønsmæssig forvaltningsakt bygger, som betegnelsen siger, på den udstedende myndigheds skøn. En beføjelse til udøvelse af skøn foreligger, hvor afgørelsen ikke er fuldt ud normeret i loven. Dette er tilfældet, hvor afgørelsens præmisser (de hensyn, der skal lægges til grund) ikke er fastlagt eller ikke er fastlagt fuldstændigt i lovtæksten. Der kan også være tale om, at afgørelsens indhold (retsfølge) ikke er præcist beskrevet i lovtæksten. [...] Den lovbundne forvaltningsakt [hvor der ikke forekommer skøn] er karakteriseret ved, at præmisserne og indholdet er præcist beskrevet i love"* (Garde, 2004:96). Et eksempel på den sidstnævnte form for afgørelse uden skøn er tildeeling af folkepension, hvor præmissen er alder og indholdet er et fastlagt grundbeløb plus evt. indtægtsbestemte tillæg.

Anderledes forholder det sig med ydelser fx efter Serviceloven, hvor der fx i § 83 står, at *"Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 1) personlig hjælp og pleje, 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og 3) madservice. Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver* (Serviceloven, LBK nr. 810 af 19/07/2012). Her er der brug for at foretage et skøn, i forhold til hvad henholdsvis borgeren og kommunen betragter som vanskeligheder, der fordre *personlig hjælp*, hvad man betragter som *nødvendige praktiske opgaver*, og hvorledes man bedømmer, og hvad man forstår ved *midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer* samt hvornår man kan sige, at personen *ikke selv kan udføre disse opgaver?*

Begrænsninger i forhold til frit skøn

Nogle af de retsgrundsætninger, der begrænser og stiller krav til udfoldelsen af skønnet er forhold som **1)** *saglighed/saglige hensyn* hvorved der forstås fravær af magtfordrejning, fx i form af finansielle hensyn, **2)** *lighedsgrundsætningen*, hvorved der menes, at der ikke må ske forskelsbehandling af borgere med inddragelse af en forskellig betydning af, om borgeren fx bor på landet med lang afstand til et servicetilbud eller bor i byen tæt ved et servicetilbud, **3)** *vægtning af hensyn*, fx gennem ændring af prioriteringer af kommunens service til borgerne og **4)** *proportionalitetsprincippet*, hvorved kommunen skal vælge det mindst indgribende tilbud blandt flere i forhold til borgerens situation. Hertil kommer,

at der skal sker en konkret og individuel vurdering af borgerens situation og behov for rehabilitering; man må således ikke 'sætte skøn under regel' (Garde, 2004:226 -274).

Det faglige skøn kommer således til at udfylde det fortolkningsrum eller de dele af loven, der ikke fuldt ud siger noget om (normerer) **1)** hvem, der kan få tilbud om/adgang til en given serviceydelse samt **2)** ydelsens konkrete indhold og omfang. Det ligger i beskrivelsen af det anførte skøn, at der er en glidende overgang mellem skøn og retsanvendelse; en overgang, hvor skønnet rummer forskellige grader af præcision (Garde, 2004:221-222).

Det faglige skøn kommer også til udtryk retssikkerhedsloven, hvori det hedder i § 5, at *"Kommunen skal behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning, herunder også rådgivning og vejledning. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed eller efter anden lovgivning"* (Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. LBK nr. 930 af 17/09/2012). I vejledningen til loven peger man her på en række aspekter, der skal følges ved skønsmæssige afgørelse, bl.a. om de almindelige forvaltningsmæssige regler er fulgt, og om sagen er tilstrækkeligt oplyst som grundlag for at kunne træffe en korrekt afgørelse (Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. Vejledning nr. 73 af 3. oktober 2006: punkt 221).

En konkret og individuel vurdering

Som nævnt ovenfor handler forvaltningens udfoldelse af skøn om på den ene side at udfylde det fortolkningsrum i loven, hvor politikerne ikke har kunnet eller ønsket at formulere loven udtømmende; på den anden side at give forvaltningen mulighed for at kunne yde den enkelte borger en individuel og situationsbestemt service eller hjælp. I vejledningen til retssikkerhedsloven påpeges det imidlertid, at muligheden for myndigheden til at træffe skønsmæssige afgørelser ikke betyder *"[...] at myndigheden kan foretage et "frit skøn", når den træffer afgørelse. Myndighedens skøn er et skøn, der er undergivet en række retlige begrænsninger, og man kan derfor tale om, at myndigheden skal foretage "et retligt bundet" skøn. Ved et retligt bundet skøn forstås, at loven angiver en vis ramme for forvaltningens administration af bestemmelsen. Når der i loven er angivet en vis ramme for bestemmelsens anvendelse, er der også dermed angivet en vis binding i administrationen af bestemmelsen med hensyn til hvilke momenter, der skal inddrages i vurderingen. Hvor langt denne binding rækker, afgøres ved en fortolkning af de enkelte lovbestemmelser. Skønsmæssige bestemmelser er derfor overvejende retligt normerede, og afgørelsen vil derfor være undergivet en intensiv retlig efterprøvelse, som bliver mere intens, jo mere indgribende en afgørelse er i forhold til borgeren"* (Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. Vejledning nr. 73 af 3. oktober 2006: punkt 224). Ved at se på vejledningens bestemmelser, om hvilke forhold klageinstansen skal tage i betragtning ved en efterprøvelse af en afgørelse, kan man få et indblik i hvilke kriterier, der på tilsvarende måde skal iagttages ved skønsmæssige vurdering forud for, at der fx træffes afgørelse om bevilling af kommunalt forankrede re-

habiliteringsindsatser. Det drejer sig om: **1)** at myndigheden ikke har 'sat skøn under regel', dvs. ikke har foretaget en konkret og individuel vurdering af borgerens situation og behov for hjælp, **2)** om de kriterier, der er blevet anvendt, er lovlige, **3)** om der er taget uvedkommende hensyn (jf. min beskrivelse af retsgrundsætninger ovenfor), **4)** hvilke kriterier, der skal indgå i den konkrete vurdering, **5)** om alle relevante kriterier er inddraget, **6)** om prioriteringen mellem de valgte kriterier er i overensstemmelse med almindelige retsprincipper, fx lighedsgrundsætningen og **7)** om afvejningen er i overensstemmelse med prioriteringsregler, der eventuelt måtte være forudsat i den sociale lovgivning (Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. Vejledning nr. 73 af 3. oktober 2006: punkt 225).

Ud fra ovennævnte tegner der sig et billede af reglerne omkring skøn i den kommunale forvaltnings retlige forvaltningsvirksomhed, der indikerer, at der er stor fokus på den *procedurale retssikkerhed* som betingelser for udfoldelse af skøn i forvaltningen. Derimod er der ikke i disse regler formuleret krav til det faktiske indhold og forløb af processen i skønnet. Alternativt ses dette heller ikke ved en efterprøvelse, hvor det faktiske indhold i skønnet søges inddraget i en vurdering af en kommunes afgørelse i konkrete sager. Hermed åbnes der mulighed for en udvikling af forvaltningens praksis, som også Høilund & Juul har beskæftiget sig med, nemlig "*[...] at politiske og økonomiske styringsidealer får forrang på bekostning af etiske og juridiske*" (Høilund & Juul, 2005:76).

1.4 Dømmekraft og skøn i sundheds- og socialfagligt arbejde

På det sundhedsfaglige område, især inden for sygeplejen, er Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg og Merry E. Scheel eksempler på teoretikere, der har bidraget med beskrivelser af det faglige skøn eller aspekter knyttet hertil.

Kari Martinsen (2006) har i stort omfang afsat i en etisk/normativ funderet tilgang, inspireret af den danske filosof K. E. Løgstrup. Her karakteriseres det faglige skøn som et personligt og relationelt fænomen, hvor sprog, kommunikation og tænkning/refleksion er dominerende aspekter. I omsorgsarbejdet er det systemmæssige perspektiv derimod meget lidt fremherskende, hvorimod etikken, det personlige møde og relationen i omsorgsarbejdet har forrang med et stærkt normativt aspekt i plejen og omsorgen for den, der har mindst. For *Herdis Alvsvåg* handler det faglige skøn på samme måde som hos *Martinsen* (2006) om at finde den rette løsning i den konkrete situation. En løsning, der i de komplekse situationer må basere sig på den professionelle faglige og refleksionsmæssige kompetencer, erhvervet gennem øvelse og læring i praksis. Fastlagte regler og procedurer er kun anvendelige i afgrænsede og ukomplekse situationer. *Merry E. Scheel* (2004) argumenterer for, at tavs viden bør indgå i faglig praksis, og at det er et problem, hvis tavs viden afvises, da denne form for viden er dybt involveret i menneskers liv, og

som sådan udgør et væsentligt fundament for en faglig praksis med det enkelte menneske i centrum.

Andre professioner arbejder også systematisk med vurderinger i form af det, som benævnes klinisk ræsonnering. Inden for sundhedsfaglige professioner som fysioterapeuter og ergoterapeuter tales der klinisk resonering som "[...] *betegnelsen for en kontekstafhængig tænke- og beslutningsproces i professionel praksis, som har til hensigt at guide praktiske handlinger. Den omfatter tanker og beslutninger vedrørende undersøgelse, vurdering af undersøgelsesfund, diagnosticering, formulering af interventionsmål og interventionsplan, konkret gennemførelse af interventionen og evaluering af den samlede proces*" (Præstegaard i: Lund m.fl., 2010: 154). Der peges i denne begrebsdannelse på, at der er tale om et møde i en sammenhæng (*klinikken*), hvor det er mødet og interaktionen mellem den enkelte patient og fysioterapeuten, det handler om. Det *resonerende* aspekt handler om at kunne tænke logisk, overveje fornuftigt og reflektere systematisk. I sidste instans føre den kliniske resoneringsproces til *klinisk beslutningstagning* (Præstegaard i; Lund m.fl., 2010: 154, 155). En tilsvarende tilgang finder man på ergoterapeutområdet (Hartvig & Tjørnov i: Borg m.fl., 2011).

De ovenfor beskrevne perspektiver på det faglige skøn, og ræsonnering rummer alle en forståelse af det faglige skøn eller ræsoneringsprocessen som et greb, der først og fremmest indgår i det *relationelle* møde med det enkelte menneske (patienten/ borgeren). Her udgør det et fundament for den måde, hvorpå den professionelle finder frem til gode og relevante handlinger i omsorgen/plejen, terapien eller træningen af det menneske, der har behov herfor. Der ser ikke ud til på nogen måder at forekomme perspektiver i skønnet eller ræsoneringsprocessen, der retter sig imod det, som jeg i afsnit 1.3 har beskrevet som retlig forvaltningsvirksomhed med skøn rettet mod borgerens (patientens) adgang til rehabilitering. Der er således tale om former for faglige skøn, der er særligt velegnede inden for den faktiske forvaltningsvirksomhed i borgerservicerende organisationer med udførende opgaver, der finder sted i et samarbejde mellem de involverede aktører; et skøn eller en ræsonnering, der skal guide den professionelles handlinger i den sundhedsfaglige praksis. Dette sker dog ikke i et tomrum, hvorfor skønnet også kommer til at balancere mellem solidaritet og politik.

Inden for socialt arbejde har dømmekraft og skøn haft en måske endnu større bevågenhed, end det har været tilfældet på det sundhedsfaglige område; måske begrundet i den anderledes og større rolle ret og retsanvendelse med et klart formuleret krav om skøn har i forvaltningsmæssige afgørelser. På det socialfaglige område i en dansk kontekst indtager Peter Højlund og Søren Juul en dominerende rolle med flere bidrag specifikt omkring udfoldelse af dømmekraft i socialt arbejde. Magareta Järvinen & Nanna Mik-Meyer har i høj grad også været med til at sætte lys på, hvorledes klienter konstrueres igennem den måde, hvorpå de professionelle (socialarbejderne) kategoriserer borgerne gennem institutionelle praksisformer. Ud over ovennævnte inddrages forfattere, der på forskellig måde forholder sig til det faglige skøn som greb i de professionelles udøvelse af socialt arbejde.

Peter Høilund og Søren Juul har hver især og sammen gennem flere publikationer beskæftiget sig med dømmekraft i socialt arbejde. De to forfattere beskæftiger sig derimod ikke direkte med det faglige skøn som begreb. Med afsæt i Aristoteles, Immanuel Kants og Paul Ricoeurs teorier om *praktisk fornuft, dømmekraft og det gode liv, sammen med og for andre i retfærdige institutioner* redegør de to forfattere for dømmekraftens idehistorie og skelner en *personlig, institutionel og social dimension* i udfoldelsen af dømmekraft. (Høilund, 2000; Høilund & Juul, 2005). Søren Juul har fortsat sit arbejde omkring dømmekraft i en doktorafhandling (Juul, 2010), hvori han med afsæt i en kritisk-hermenutisk tilgang formulerer et normativt solidaritetsideal med anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft i samfundet. *Järvinen & Mik-Meyer (2004)* redegør for, hvorledes socialt arbejde i høj grad handler om at standardisere menneskelige problemer og forvandle et hjælp-søgende individ til en hjælp-berettiget klient og videre til en 'sag' i en velfærdsinstitution

Kerstin Svansson m.fl. (2009) beskriver, hvorledes det at granske og blive gransket (udredt som borger) indgår som et centralt element i arbejdet med at beskrive menneskers livssituation ud fra dennes klientrolle i organisationen. *Judy Kokkinn (2006)* peger på, at uanset om en socialarbejder er underlagt forskellige love og har et klart grundlag eller regelværk, må socialarbejderen bruge socialfaglige skøn i sin forståelse af en sag. Her taler Kokkinn om, at skøn også kan betyde *vurdering* i forhold til en uformel regel i praksis, professionel prøvning, etiske overvejelser eller vilkårlighed. *Rikke Alminde m.fl. (2008)* har belyst socialrådgiveres praksis omkring social analyse og handling og på baggrund af analyser af praksis, udviklet et refleksionsredskab i socialt arbejde. Et af elementerne i dette redskab omhandler socialarbejderens vurderinger med brug af dømmekraft som en enhed af viden og værdimæssig stillingtagen.

Går vi til Norge, så peger *Lars Inge Terum (2003)* på, at en behovsvurdering ofte forudsætte udøvelse af et skøn med anvendelsen af fastlagte standarder/regler med en vis frihed til at afvige fra disse, når der må tages beslutninger på områder, der hverken kan eller bør forhåndsbestemmes i klare og entydige regler. Terum peger endvidere på, at socialarbejderen ikke kun har en rolle med at yde hjælp til trængende borgere, men også har et ansvar for forvaltningen af offentlige ressourcer. *Grimen & Molander (2008)* søger på mere teoretisk grundlag at foretage en bestemmelse af det faglige skøns kendetegn. Her peges der på, at skønnet må ses i et historisk perspektiv, at det har form som fastlagte strukturelle kategorier og relative begreber samt har en epistemisk form forstået som en ræsonneringsform med det praktiske resonnements karakteristika. *Helene Hansen m.fl. (2010)* peger på, at skøn anvendes, når en afgørelse skal træffes på grundlag af vurderinger i konkrete situationer eller konkrete sagsforhold. Det teoretiske fundament for opfattelserne af skønnet hos Hanssen m.fl. er inspireret af Aristoteles, Alvsvåg, Martinsen, Grimen & Molander.

Anna Koch (1982) skelner mellem tre forskellige former for skøn: vilkårlige skøn, et fagligt skøn og det helt regelbundne og skøn ved 'objektive' kriterier. Med muligheden for skønsmæssige afgørelser åbnes der på den ene side muligheder for at nå frem til at yde

en eller anden form for hjælp i situationen, på den anden side kommer klienten også lettere til at føle sig 'i lommen' på det social system. *Castwell* (2005) redegør i en undersøgelse på beskæftigelsesområdet for den måde, hvorpå der gives plads til skøn i socialt arbejde. Her påpeges det, at der er et vist handlerum for frontlinjemedarbejderne, men fortolkninger af anvendelsen af dette handlerum må forholdes til de eksisterende mulighedsrum og handlemuligheder forskellige steder på feltet. Ligeledes peges der på, at begreberne vurderinger og skøn i vid udstrækning anvendes synonymt. *Madsen* (2006) viser i en undersøgelse af visitationspraksis for matching af kontanthjælpsmodtagere, at en dialogguide kan medvirke til at sikre en betydelig ensartethed og systematik i matchningen. *Møller* (2009) sætter i en undersøgelse lys på den indflydelse, som opfattelser af solidaritet har på den kategoriserende praksis, som frontlinjemedarbejder (street-level bureaukrats) udfolder. Her viser det sig, at stereotype informationer om borgeren influerer på praksis for bedømmelser af rettigheder og dermed adgang til service i offentlige organisationer.

I de ovennævnte undersøgelser, der som nævnt særligt retter sig mod beskæftigelsesområdet, har der været en betydelig opmærksomhed omkring inddragelsen og betydningen af socialfaglige skøn i vurderinger af behov for hjælp og mulighederne for at kunne blive tilknyttet arbejdsmarkedet og dermed selvforsørgende. Disse undersøgelser berører på forskellig måde aspekter og mekanismer af det faglige skøn, der på flere punkter har paralleller til min egen undersøgelse og bestemmelse af det faglige skøn. Det gælder fx forskellige former for skøn, og ikke mindst den forbundenhed skønnet har i forhold til konteksten og det handlerum, de professionelle har i vurderingsarbejdet.

På felter som sundhedsfagligt arbejde og rehabilitering ser der ud til at være en betydelig upåagtethed omkring det faglige skøns placering og betydning. Ikke at der finder en behovsvurdering sted i de konkrete situationer, men en upåagtethed omkring den konstruerende rolle det faglige skøn har i situationer kendetegnet ved en ubestemthed og mangel på et fuldstændigt informationsgrundlag for at træffe en beslutning. Hertil kommer, at der på sundhedsområdet ikke skal træffes formelle afgørelser.

1.5 Opsamling

I dette første kapitel af afhandlingen er der redegjort for undersøgelsens forskningsfelt med forskningsspørgsmål, afgrænsning af undersøgelsen, mål og forventede resultater samt indledende refleksioner i forhold til valg af forskningsmæssige tilgang. I forlængelse heraf introduceres Randers Kommune og fire afdelinger som undersøgelsens cases. Forforståelser af de centrale begreber i undersøgelsens forskningsspørgsmål er belyst gennem en beskrivelse af aspekter omkring kræft og borgerens situation med kræft, rehabilitering og behovsvurderinger ved kræft samt forvaltningsvirksomhed og skøn.

Introduktionen afsluttes med en beskrivelse af dømmekraft og skøn i sundheds- og socialfagligt arbejde i den eksisterende litteratur.

Min forforståelse af kræft og kræftpatientens situation er med til at sige noget om, hvad det er for en situation, og hvad det er for vanskeligheder borgeren kan have i hverdagslivet; vanskeligheder, som de professionelle har som fokusområde i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Forståelsen af rehabilitering som begreb og praksis på kræftområdet udgør en ramme for forståelse af de professionelles problemforståelse og problemløsningsmåder i forhold til at bevilge og gennemføre kommunalt forankrede rehabiliterende indsatser. I de professionelles tilgang er det endvidere nødvendigt at forstå, inden for hvilke formelle rammer denne form for virksomhed er mulig. Derfor udgør min forståelse af offentlig forvaltningsvirksomhed i almindelighed og især legaliseringen af skøn i den retlige forvaltningsvirksomhed en vigtig forforståelse for valg af fokus og tilgang i undersøgelsen.

Gennem de mange bidrag til en forståelse af dømmekraft og skøn i sundheds- og socialfagligt arbejde tegner der sig et billede af, at dømmekraft og faglige skøn i vurderinger af borgerens situation og vanskeligheder er et centralt og grundlæggende element i praksis. Et element, hvor der dels er tale om, at de professionelle i udfoldelsen af faglige skøn agere som *portvagt i velfærdssamfundet*, dels udøver et *relationsarbejde* i mødet med den enkelte borger for at finde frem til og gennemføre gode og relevante rehabiliterings tiltag.

Begrundet i undersøgelsens forskningsspørgsmål og ovennævnte forforståelser sætter undersøgelsen lys på udfoldelse af det professionelle faglige skøn i praksis. Her igen søger jeg *for det første* at nå frem til at kunne belyse kendetegn ved det faglige skøn i professionelles praksis med vurderinger af behov for rehabilitering hos borgere i et kræftforløb. *For det andet* vil kendetegn ved det faglige skøn blive søgt forstået i lyset af de mulighedsbetingelser, der er i fire afdelinger i Randers Kommune som organisation som felt for udfoldelsen af det faglige skøn. Undersøgelsen søger at besvare ovenstående såvel i forhold til den professionelles udfoldelse af faglige skøn som retlig forvaltningsvirksomhed (myndighedsfunktion) og som faktisk forvaltningsvirksomhed (udførerfunktion).

2. Undersøgelsens metode

Dette kapitel handler om, hvorledes undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført for at kunne besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål. Kendetegnende for kvalitativt funderede undersøgelser er, at disse arbejder med *flydende, flertydige og foranderlige fænomener*. Det betyder, at der er tale om fænomener, der løbende skabes, vedligeholdes og forandres i et gensidigt samspil mellem det enkelte menneske og dennes omgivelser (konteksten). Samtidigt kan virkeligheden undersøges fra forskellige positioner med meget forskellige blik på virkeligheden og deraf følgende forskellige resultater (Järvinen & Mik-Meyer, 2005:15; Patton, 2002; Høyer i: Vallgård & Koch, 2007:17-41; Seale, 2007; Fuglsang m.fl., 2009).

Begrundet i ovennævnte forudsætninger i kvalitativ forskning redegøres der i det kapitel for, hvorledes undersøgelsen metodisk er tilrettelagt og gennemført. Redegørelsen omfatter undersøgelsens design, gennemførelse, datagenereringsproces og etiske overvejelser. I kapitel 3 redegøres der for undersøgelsens metateoretiske og deskriptiv teoretiske grundlag. Undersøgelsens analysestrategi og metodologi beskrives i kapitel 4 sammen med en redegørelse for den måde, hvorpå jeg anvender undersøgelsens teoretiske perspektiver og analytiske begreber. I forlængelse heraf redegøres der for processen frem mod generering af afhandlingens syv tematiske analyseområder; analyseområder, der udgør grundlaget for besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål.

2.1 Design af undersøgelsen

Undersøgelsens design adskiller sig begrebsmæssigt fra metode ved at omhandle den måde, hvorpå man som forsker etablerer grundlaget for, på en troværdig måde, at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål (de Vaus, 2001:9). Jeg anvender her en distinktion mellem begreberne design, metode og analyse. *Design* betragter jeg som de logiske sekvenser, der forbinder empiriske data til undersøgelsens forskningsspørgsmål og i sidste ende til undersøgelsens konklusioner (Yin, 1994:19) *Metode* betragtes som teknikker til indsamling, formatering og behandling af data ligesom *analyse* ikke er metode. I et konstruktivistisk perspektiv taler man ikke om analytiske metoder, men derimod om en *strategi*, forstået på den måde, at forskeren er medkonstruktør af de professionelles erkendelse og forståelse af det faglige skøn som fænomen, såvel i datagenereringsprocessen som i analysen af de generede data (Esmark, 2005:8).

Valg af casestudie som fremgangsmåde

Casestudiet er en hyppig anvendt fremgangsmåde i samfundsvidenskabelige studier, ikke mindst inden for organisations- eller virksomhedsstudier (Rendtorff i: Fuglsang, 2009:242; Yin, 1994:1-3). På det teoretiske plan har Robert Yin medvirket til at definere casestudiet som en sammenhængende videnskabelig forskningsstrategi (Maaløe, 1999). Casestudiet er imidlertid ikke ny som kilde til at opnå praktisk viden. Aristoteles slår i sin *Nikomacheiske etik* til lyd for nødvendigheden af casestudier i handlingsvidenskaberne. Praktisk viden er ikke deduktiv videnskabelig forståelse. Den omhandler det enkelte tilfælde, der ikke alene gribes ved videnskabelig fornuft, men især ved forståelse af situationen ud fra praktisk visdom (Rendtorff i: Fuglsang, 2009:243) Når jeg vælger at benytte casestudie som fremgangsmåde er det begrundet i, at praktisk fornuft og skøn bedst forstås gennem cases: *"Praktisk rationalitet forstås derfor bedst gennem cases, ligesom skøn kun kan kultiveres og kommunikeres gennem eksponering til cases"* (Flyvbjerg 2000: 84). Ikke alene forstås praktisk fornuft og skøn gennem cases, men det er også herigennem skønnet, som Flyvbjerg nævner, får sin form og deles sprogligt i relationer mellem aktørerne.

Undersøgelsen er designet ud fra Yins definition af et casestudie:

"1. A case study is an empirical inquiry that

- *investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when*
- *the boundaries between phenomenon and context not clearly evident*

2. The case study inquiry

- *cope with the technically distinctive situation in which there will be many more variables of interest than data points, and as one result*
- *relies on multiple sources of evidence, with data needing to converge in a triangulating fashion, and as another result*
- *benefits from the prior development of theoretical propositions to guide data collection and analysis."* (Yin 1994: 13).

Når casestudiet er relevant at inddrage i min undersøgelse af det professionelle faglige skøn, knytter det sig til flere af de elementer, som Yin (1994) beskriver i sin definition. I et studie af det faglige skøn må jeg netop foretage min undersøgelse ud fra den forudsætning, at skønnet udfolder sig som et aktuelt og relationelt fænomen i samspillet mellem medarbejdere i en konkret organisatorisk sammenhæng, hvor grænserne mellem fænomenet og konteksten ikke er skarp adskilte.

Casestudiet skal imidlertid også håndtere den særegne situation, der er i en handlingsvidenskab og studie af social praksis; at kunne inddrage flere og forskellige former for interesser eller perspektiver i forhold til undersøgelsens datakilder. Hermed vil inddragelse af flere datakilder (observation, interview, dokumenter mv.) i trianguleret form både være en styrke for et handlingsrettet forskningsdesign som et casestudie er. Flere og triangulerede datakilder vil kunne åbne op for større troværdighed (gyldighed) i forhold til resultaterne af analysen af mit empiriske datamateriale. Triangulering defineres som *"[...] en kombinasjon av metodologier ved studier av samme fenomen"* (Ellefsen i: Loren-

sen, 1998:270). Ellefsen peger her på den styrke, som forskellige metoder kan have i forhold til validering af en undersøgelse: *"Validering innebærer å unngå systematiske feil og skjevheter i et forskningsprosjekt. Ved å kombinere flere typer observatører, teorier, metoder og datakilder er det muligt å overkomme feil og skjevheter som hefter ved den enkelte metoden, observatørtypen og teorien"* og videre i forhold til bredden i perspektiver at *"Triangulering som metoderedskap har et komplementerende perspektiv. Det er med på å berike en erkjennelsesprocess med forskjellige synspunkter"* (Ellefsen i: Lorensen, 1998:270-271).

Det er endvidere vigtigt, at casestudiet funderes på et teoretisk grundlag og en teoretisk ramme, der bredt sætter rammen for de spørgsmål og problemstillinger jeg ønsker at belyse gennem dette casestudie. Casestudiet kombinerer derigennem abduktiv og induktive tilgange til felten og formidler spændingen mellem teori og praksis (Fuglsang, 2009:245-246; Yin, 1994:27-28). Derfor inddrager jeg også en række teorier og analytiske begreber (jf. kap. 3). Min tilgang søger endvidere at bevare en åbenhed i undersøgelser i felten og i mine analyser af det empiriske datamateriale, hvorfor der vil kunne ske yderligere til- og fravalg af teorier undervejs i forskningsprocessen som induktiv følsomhed.

Udgangspunktet for mit casestudie har været en forståelse af felten som en *"praksis-communities"*, dvs. som praktiske handlingsfelter, hvor jeg undersøger professionelles udfoldelse af det faglige skøn ved konkrete vurderinger af borgerens behov for rehabilitering. Dette understreger betydningen af casestudiet som problemorienteret tilgang til praksis med indlevelse, dialog, forståelse og kommunikation samt fokus på dilemmaer og kritiske aspekter af betydningsbærende kommunikationer og handlinger hos aktører i den sundheds- og socialfaglige praksis (Fuglsang, 2009:246). Jeg kan med andre ord komme frem til en bedre forståelse af forståelser og handlingens struktur, indhold og kontekstuelle forbundenhed ved også at analysere handling som tekst (Rendtorff i: Fuglsang, 2009:246).

Valg af og adgang til undersøgelsens case

Undersøgelsesfelten afgrænses til at omfatte fire afdelinger eller organisatoriske enheder på sundheds- og socialområdet i Randers Kommune med såvel borgerservicerende myndighedsfunktioner og udførerfunktioner. De fire afdelinger er præsenteret kort i afhandlingens introduktion (jf. afsn. 1.2). Afgrænsningen af felten for undersøgelsen til fire afdelinger i Randers Kommune er begrundet i undersøgelsens forskningsspørgsmål og strategiske overvejelser for udvælgelse af casen. Den udvalgte case eller cases skal rumme en intens men ikke ekstrem udfoldelse af vurderinger og faglige skøn, der er i stand til at belyse undersøgelsens forskningsspørgsmål.

For at sikre størst mulig intensitet i manifestationen af fænomenet *det professionelle faglige skøn* blev der udformet en række kriterier, der i første omgang skulle være kendetegnende for den valgte case. Disse kriterier blev anvendt i en systematisk identifikation af potentielle case-kommuner, der herefter i prioriteret rækkefølge kunne kontaktes

mhp. indgåelse af en samarbejdsaftale om deltagelse i undersøgelsen. Kriterierne er beskrevet nærmere i bilag 1 i undersøgelsens bilagssamling.

Etablering og kontakt til felten er en kritisk og betydningsfuld fase for en vellykket undersøgelse, da det er her data til belysning af undersøgelsens forskningsspørgsmål befinder sig (Kristiansen & Krogstrup, 2002:134). Med afsæt i en identifikation af potentielle case-kommuner og ud fra kriterier for valg af undersøgelsesfelt (bilag 1), blev der etableret kontakt til Randers Kommune og indgået aftale om deltagelse i denne undersøgelse. Randers Kommune er en kommune, der opfylder de opstillede kriterier; især kriterierne om implementeret viden om kræftrehabilitering og specialiserede tilbud til borgere med kræft. Hertil kommer et forudgående positive samarbejde²¹ om rehabilitering af borgere med kræft, hvilket også blev vægtet ved valget.

Når jeg anvender flere cases - her fire cases som en *multicaseundersøgelse* - er det primært begrundet i, at netop de fire afdelinger er typiske kommunale serviceområder for borgere med kræft i et rehabiliteringsforløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl., 2011/a). Endvidere påpeger de Vaus, på at "[...] *multiple cases are essential if the case studies are being used for inductive purpose*" (de Vaus, 2001:227). Ved netop at inddrage flere cases i den samme undersøgelse bliver det muligt at gennemføre et *sekventielt design* - "[... som er] *is one where case studies follow one another [... og hvor] One case can throw up ideas that can influence the selection of subsequent cases and that can be followed up in these later cases [...]* When adopting a more inductive, theory building approach a sequential design is more appropriate than a parallel approach" (de Vaus, 2001:227). Netop det, at undersøgelsen benytter en adaptiv/induktiv strategi for datagenerering og analyse af data betyder, at jeg vil kunne drage nytte af et sekventielt multicasesdesign i forhold til at kunne gennemføre nuancerede, komparative og dybdegående fortolkninger og teoretiseringer omkring det professionelle faglige skøns kendetegn og forståelsen af disse i forhold til den sammenhæng disse udfoldes.

Min adgang til felten - en del af forskningsprocessen, der både er betydningsfuld og ofte ikke uden udfordringer, har for mit eget vedkommende være lettet dels af mit faglige kendskab til en stor del af undersøgelsesfelts praksis, dels af et kendskab til flere af de inkluderede afdelinger og centrale 'gatekeepere'. Endelig har jeg kort forinden denne undersøgelse gennemført et samarbejde om et flerårigt udviklingsarbejde inden for kræftrehabilitering i *Rehabiliteringsenheden*. Forhold, der kan have stor betydning for at få adgang til informationer (data) i felten. Ikke mindst når det drejer sig om personlig-faglig viden og refleksioner samt fremstilling af den enkelte aktørs praksis i forhold til borgere med behov for støtte og hjælp i en ofte meget vanskelig og kritisk situation (Kristiansen & Krogstrup, 2002:134- 144).

²¹ De forudgående samarbejdsrelationer refererer til et toårigt samarbejde (2007-2009) ifm. KOSAK-projektet; et udviklingsarbejde om afprøvning og evaluering af kommunalt forankrede rehabiliteringstilbud til borgere med kræft sammen med Herning, Skive og Viborg kommuner samt MarselisborgCentret, Region Midtjylland som projektledelse og evaluator. Projektet blev finansieret af et partnerskab bestående af det daværende Sundhedsministerium, Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse (Hjortbak, 2009).

2.2 Datagenerering

Redegørelsen for min datagenerering indledes med en beskrivelse af datagenereringsprocessen og tilrettelæggelsen af forløbet hermed. Endvidere redegøres der i oversigtsform for former for og omfang af undersøgelsens empiriske materiale. Herefter belyses min anvendelse af en række forskellige greb til datagenerering og den betydning disse har haft for generering og bearbejdning af undersøgelsens empiriske datamateriale.

Datagenereringsprocessen

Generering af data i et casestudie bør, som nævnt i afsnit 2.1 efter Yin' opfattelse basere sig på flere former for "evidence" eller kilder og metoder, hvorfor man ikke bør nøjes med en enkelt kilde og metode. I det følgende beskrives hvorledes dette krav til casestudiet er løst, jf. tabel 2.1 nedenfor.

Generering af undersøgelsens empiriske datamateriale har været baseret på følgende metoder og kilder: 1) dokumenter (foreliggende tekster), 2) deltagende observation (feltnoter), 3) case note reviews / audit (fyldige skriftlige besvarelser af spørgsmål), 4) individuelle interviews (transskriberede tekster) og 5) fokusgruppeinterviews (transskriberede tekster).

Tabel 2.1: *Oversigt over undersøgelsens datagenereringsstrategi og -faser*

| | FASE 1.0 Deskriptiv | FASE 1.1 Fokuseret | FASE 2.0 Fokuseret | FASE 2.1 Fokuseret | FASE 3.0 Selektiv | FASE 3.1 Selektiv |
|--------------------|--|---|--|--|--|--|
| Formål | Belysning af casen | Belysning af skøn i vurderingsprocessen | Belysning af det faglige skøn (indhold/form) | Belysning af det faglige skøn (indhold/form) | Uddybning / dannelse af det faglige skøn | Uddybning / dannelse af det faglige skøn |
| Metode | Deltagende 'observation' Dokumenter | Deltagende 'observation' Dokumenter | Case note review-proces (CNR) | Fokusgruppe-interview (åbent) | Individuelle interview (semistrukt.) | Fokusgruppe-interview (semistrukt.) |
| Informant | Casen ifa. de 4 inkluderede afdelinger | Medarbejdere i de 4 afdelinger | 14 medarbejdere i de 4 afdelinger | 14 medarbejdere i de 4 afdelinger | 14 medarbejdere i de 4 afdelinger | 14 medarbejdere i de 4 afdelinger |
| Data-former | Feltnoter Dokumenter | Feltnoter Dokumenter | Besvarelser af spørgsmål ift. case note review | Transskriberede interviews | Transskriberede interviews | Transskriberede interviews |
| Tidspunkt | Febr./Marts 2010 | Marts - Maj 2010 | Maj - Juli 2010 | Sep. - Okt. 2010 | Nov. - Jan. 2010/2011 | Januar 2011 |
| Trin | Fase 1 | | Fase 2 | | Fase 3 | |

Datagenereringsforløbet, jf. tabel 2.1 ovenfor, blev planlagt og gennemført over en periode på ca. 12 måneder og opdelt i seks faser, inspireret af Spradleys etnografiske metode (Spradley, 1980:33). Det konkrete forløb af min kontakt med felten og mine informanter er beskrevet i bilag 11-14 i min bilagssamling.

De enkelte faser har hver især forskellige formål i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål og inddrager forskellige kilder og datagenereringsmetoder i forhold til de fire afdelinger og de involverede medarbejdere. I den *deskriptive fase* med deltagende observation og samling af dokumenter har fokus været at opnå en oversigt over den aktuelle praksis i de fire afdelinger, og hvad der her foregår med relation til udfoldelsen af det faglige skøn. I den *fokuserede fase* rettes blikket mod en dyberegående eksplicitering af de iagttagelser, som de professionelle udfolder i hverdagens praksis. Endelig finder der i den *selektive fase* en yderligere dybdegående iagttagelse af udvalgte aspekter og udfoldelse af forståelser og handlinger i hverdagens praksis med skønsmæssige vurderinger som helhed (Spradley, 1980:33, 112, 140; Kristiansen & Krogstrup, 2002:149-150). Der er således tale om en sekventiel og stadig dyberegående tilgang i generering af empirisk materiale til belysning af det professionelle faglige skøn.

Den indledende deskriptive *fase (fase 1.0 og 1.1)* med deltagende observation og samling af dokumenter i de fire afdelinger havde til formål dels at generere data til belysning af de fire inkluderede afdelinger som case, dels at generere data om medarbejdernes praksis med faglige skøn og konteksten for dette arbejde.

De næste *faser (fase 2.0 og 2.1)* var fokuserede datagenereringsfaser med det formål at bevæge mig et trin dybere i min belysning af vurderingsprocessen og det faglige skøns indhold og struktur. Data genereret i fase 2.0 gennemføres som en case note review-proces (audit) med konkrete borgersituationer og forløb som grundlag. De enkelte cases blev udvalgt og formuleret i samarbejde med de involverede informanter. Formålet med denne fase var en dybdegående belysning af det faglige skøn, dokumenteret som fyldige tekster med den enkelte informants besvarelser og refleksioner i forhold til en række opstillede spørgsmål knyttet til udfoldelsen af faglige skøn ved vurdering af 'konkrete' borgeres behov for rehabilitering. De skriftlige besvarelser blev fulgt op i fase 2.1 med et åbent fokusgruppeinterview, hvor de enkelte informanter i hver af de fire afdelinger udfoldede yderligere forståelser af det faglige skøn med afsæt i de to cases og egne skriftlige refleksioner.

Den selektive *fase (fase 3.0 og 3.1)* blev dels rettet mod den enkelte informant og gruppen eller teamet af informanter i den enkelte afdeling. Formålet var her, med afsæt i udarbejdede interviewguides at bevæge mig yderligere i dybden for herigennem at udbyde allerede italesatte aspekter samt undersøge nye aspekter af det faglige skøn som fænomen i informanternes praksis.

Denne tilgang og progression i forløbet af datagenerering afspejler det led i min data- og metodetriangulering, som kan beskrives som udvikling af en '*converging lines of inquiry*', hvor data genereres gennem en sammenhængende proces (Yin, 1994:92).

Kilder og arten af undersøgelsens empiriske datamateriale er løbende blevet registreret i forhold til de inkluderede afdelinger. I tabel 2.2 er en oversigt over undersøgelsens empiriske datamateriale beskrevet som observerede enheder.

Tabel 2.2: Oversigt over undersøgelsens former for og omfang af empiriske datamateriale

| Datagenereringsmetode | Former for datamateriale | Observerede enheder ²² | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | A | B | C | D |
| Deltagende observation | ▪ Observation af daglig praksis i afdelingen (feltnoter) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ▪ Vurderingssituationer hos konkrete borgere (lydfiler + noter) | 10 | 4 | 16 | 23 |
| | ▪ Samtalesituationer med/mellem medarbejdere | ++ ²³ | ++ | +++ | +++ |
| | ▪ Møder om konkrete borgere | 1 | 1 | 2 | 5 |
| | ▪ Andre møder med fagligt indhold | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Dokumentsamling | ▪ Samling af redskaber, vejledninger, love, kvalitetsstandarder, informationsmaterialer, referater mv. | se bilag 20 | se bilag 20 | se bilag 20 | se bilag 20 |
| Case note review (audit) Fokusgruppeinterview | ▪ Transskriberede tekster fra besvarelse af spørgsmål til cases | 9 | 4 | 8 | 6 |
| | ▪ Transskriberede tekster fra fokusgruppeinterviews | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Individuelle interviews | ▪ Transskriberede tekster fra individuelle interviews | 5 | 2 | 4 | 3 |
| Fokusgruppeinterviews | ▪ Transskriberede tekster fra fokusgruppeinterviews | 1 | 1 | 1 | 1 |

En enhed kan således fx bestå i deltagende observation i en afdeling, i antallet af observerede vurderingssamtaler med borgere, deltagelse i antal møder i afdelingen eller antal interviews. Med hensyn til genererede dokumenter henvises der til bilag 20. En detaljeret dokumentation af min datagenereringsproces er beskrevet i bilag 11-14.

Undervejs i datagenereringsforløbet foretages nogle meget foreløbige analyser af det empiriske materiale inspireret fra Spradleys beskrivelse af '*question discovery*' mhp. dels at videreudvikle mine guidelines for de enkelte datagenereringsmetoder, dels for at styrke kvaliteten af datagenereringsarbejdet (Spradley, 2002:33-34). Observationspunk-

²² Antal genererede dataenheder, fx transskriberede interviews, er opgjort i forhold til hver af de inkluderede afdelinger, der benævnes med bogstaverne A-B-C-D; A = Visitationsenheden, B = Sygedagpengeafdelingen, C = Rehabiliteringsenheden og D = Hjemmesygeplejedistrikt Dragonparken/Lindevænget

²³ Samtaler med medarbejdere er ikke opgjort i konkret antal men angiver med ++ / +++ for at indikere omfanget heraf. I bilag 16-19 er min datagenerering dokumenteret i detaljer. Her vil der fremtræde aktiviteter, hvori der har fundet samtaler sted mellem medarbejdere.

ter i den deltagende observation og initiale interviewspørgsmål justeres og udvides med nye emner og spørgsmål undervejs i casestudiet.

Bearbejdningen af mit empiriske datamateriale som grundlag for mine tematiske analyser er sket via kodninger og kondenseringer af tekster. Denne databearbejdning har afstedkommet en lang række af underliggende dokumenter og kodelister, hvoraf eksempler er medtaget i min bilagssamling (bilag 21-23). Yderligere aspekter omkring kodning af mit datamateriale belyses ifm. undersøgelsens analysestrategi (jf. kap. 4, afsnit 4.1).

For at sikre transparens i den måde, hvorpå jeg har inddraget og analyseret data på, vil der undervejs i mine enkelte analyser blive henvist til oplysninger i en *datamatrix* (bilag 20), der redegør for hvilke konkrete datasæt fra mit empiriske datamateriale, der indgår i de enkelte dele af mine analyser.

Deltagende observation

Indledningen af min sekventielle datagenereringsproces (jf. tabel 2.1 ovenfor) udgøres af den metode, der benævnes *deltagende observation*, dels som en deskriptiv fase (fase 1.1) og en fokuseret fase (fase 1.2). I praksis fandt observationer af casen og observationer af faglige skøn sted i begge faser, begrundet i pragmatiske muligheder for at observere medarbejderne i praksis.

Deltagende observation er valgt som greb i generering af data, idet denne tilgang gør det muligt at iagttage det faglige skøn i processuelt perspektiv. Deltagende observation er netop karakteriseret ved *"en forholdsvis intens social interaktion mellem forskeren og de subjekter, han eller hun studerer i subjekternes eget sociale miljø (Bogdan & Taylor, 1975). Observatøren taler og interagerer med de mennesker, han eller hun ønsker at forstå nærmere. Ved at opholde sig i subjekternes eget sociale miljø vil forskeren få adgang til at vurdere de dynamikker og kræfter, der for eksempel udspiller sig gennem konflikter og forandringer. Forskeren får derved mulighed for at studere grupper, organisationer eller andre sociale miljøer ud fra et procesperspektiv modsat et mere fastlåst eller statisk perspektiv. Længerevarende observation tillader med andre ord forskeren at tegne mere end blot et øjebliksbillede af det sociale miljø, som er i fokus for den videnskabelige undersøgelse"* (Kristiansen & Krogstrup, 2002:7-8).

I Spradleys perspektiv rummer deltagende observation en række ligheder med den form for observation, som mennesker i almindelighed foretager: *"Doing participant observation has many things in common with what everyone does in newly encountered social situations"* Spradley, 1980:53). I et forskningsmæssigt perspektiv er der imidlertid tale om en række væsentlige forskelle, der handler om at forskeren i sin deltagende observation har **1)** et særligt formål med sin observation, **2)** en eksplicit opmærksomhed i sin observation, **3)** benytter et bredere perspektiv i sin observation samt **4)** ikke kun et indefra-perspektiv men også et udefra-perspektiv og **5)** må være bevidst om sin introspektive eller

egen rolle som observatør ligesom der endelig **6** vil være tale om at observationerne gøres til genstand for optegnelser i form af en journalføring (Spradley, 1980:53-58).

Deltagende observation handler således om at komme *tæt på* de mennesker, processer og sammenhænge, hvori mennesker og organisationer interagerer, handler og kommunikerer. En form for *tæthed*, der rettet mod undersøgelsens fokus og formål samt sker på baggrund af et bevidst, systematisk og teoretisk funderet iagttagelsesperspektiv, hvor jeg tillige er bevidst om min egen medkonstruerende rolle i mine observationer. Endelig må de gennemførte observationer fastholdes gennem optegnelser i form af feltnoter.

I udfoldelsen af deltagende observation er der imidlertid ikke tale om én form for observation, men en række former blandt hvilke jeg som forsker må træffe et valg af; et valg, der afhænger af forskningsopgaven og ikke mindst mit metateoretiske udgangspunkt og referencer (Kristiansen & Krogstrup, 2002:49). De former for deltagende observation, der kan være tale om, deler sig i forhold til strukturen af felten (fx naturlige vs. kunstige omgivelser), graden af struktur i datagenereringen (struktureret vs. ustruktureret) og graden af involvering og dermed den rolle jeg som forsker indtager i forhold til felten (Spradley, 1980:53-62; Payn, 2002:265-279; Kristiansen & Krogstrup, 2002:45-69, 99-130).

I min undersøgelse valgte jeg to forskellige tilgange og roller i fase 1.0 og 1.1. i mit datagenereringsforløb - henholdsvis 1.0: *deskriptive fase* med belysning af casen og fase 1.1: *fokuseret fase* med belysning af skøn i vurderingsprocessen. I fase 1.0 var min deltagende observation karakteriseret af en *passiv deltagende observation*, hvor jeg som forsker har en relativ *kortvarig og formel kontakt med informanterne*. I fase 1.1 var min feltrolle karakteriseret ved en *moderat deltagende observationsrolle*. Denne rolle betød, at jeg som forsker havde en længerevarende kontakt med informanterne. Begge faser var her karakteriseret af en delvis struktureret tilgang.

Med de to valgte tilgange følger jeg mit metateoretiske afsæt for undersøgelse - at undersøge samhandlende aktører i en faglig praksis og den rolle og betydning praksis kan have for de professionelle udfoldelse af faglige skøn. Gennemførelsen af denne del af datageneringsfase (trin 1) fandt sted med støtte af udarbejdede feltguides (jf. bilag 3 og 4). Disse feltguides indeholder mulige men ikke nødvendigvis aktualiserede observationsaspekter.

Jeg har i min deltagende observation søgt at *forfølge undersøgelsens fokus og formål*, herunder de formulerede forskningsspørgsmål. Især har jeg søgt at undgå at eksplicite egne normative forestillinger om 'den gode vurdering eller det gode skøn', men søgt at observere, hvorledes den enkelte medarbejder i en given kontekst udfolder vurderinger og skøn i faglig praksis. I mine observationer af udfoldelser af det professionelle faglige skøn søgte jeg såvel efter aspekter knyttet til den enkelte *aktørs samhandling i praksis* som efter aspekter i *organisationen*, der kunne medvirke til en belysning af mulighedsbetingelser og handlerum i det faglige skøn. Når jeg i den deltagende observation har observeret praksis, har der været tale om to former for observationer: *beskrevne observationer*, der handler om, at jeg søger at skaffe sig mig overblik over sociale situa-

tioner og hvad der foregår der, og *fokuserede observationer* hvor observationer i komplekse situationer og sammenhænge må fokuseres eller afgrænses for at kunne overskue de komplekse processer og strukturer²⁴ (Spradley, 1980:33, 73, 100-101).

Undervejs har jeg dokumenteret mine observationer gennem feltnoter, der er et af kravene i den deltagende observation (Spradley, 1980:58). Her findes der efter Spradley flere måder at udarbejde feltnoter på: *kondenserede feltnoter*, *udvidede feltnoter*, *journalformen* og feltnoter med *analyser og fortolkninger* (Spradley, 1980:69-72). I min datagenereringsproces har jeg benyttet en kombination af alle fire former, afhængigt af observationssituationen.

Resultatet af mine observationer i *fase 1*, baseret på min deltagende observation og dokumentanalyser, er blevet kommunikativ valideret ud fra en selvstændig case-rapport²⁵ for hver af de fire inkluderede afdelinger. Denne form for validering kan være med til at styrke troværdigheden af undersøgelsen på netop dette punkt (Kristiansen & Krogstrup, 2002: 212-213).

Dokumenter

Dokumentanalyser af rapporter, informationsmaterialer, policy-papers og retlige dokumenter, er en af de mest anvendte forskningsteknikker inden for samfundsvidenskaben og udgør en værdifuld kilde til information om organisatoriske programmer og aktiviteter (Lyngaard i: Fuglsang m.fl., 2009:224; Mik-Meyer i: Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 193; Patton, 2002:293). I denne undersøgelse indgår analyser af dokumenter, især af borgernes journaler, som et element i min deltagende observation som kilde til at opnå indblik i den kontekst, hvori professionelle iagttager i det faglige skøn hos borgere med behov for rehabilitering ved kræft.

Dokumenter kan kendetegnes eller defineres ved "[...] *at have en materialitet, der både reflekterer den institutionelle ramme/kontekst, som dannende ramme om produktionen af dokumentet, og som genererer forskellige betydninger afhængigt af de institutionelle forhold/den specifikke sociale kontekst, det pågældende dokumentmateriale indgår i. Dokumenter er derfor et oplagt empirisk materiale, hvis ønsket er at få viden om de forskellige institutionelle forhold og kontekster, som det indgår i*" (Mik-Meyer i: Järvinen & Mik-Meyer, 2005:198). Dokumenter kan endvidere anskues som "[...] *et materiale, der på linje med andre handlinger 'gør' noget i den sociale interaktion*" (Mik-Meyer i: Järvinen & Mik-Meyer, 2005:194). Ud fra dette perspektiv

²⁴ Spradley opererer med en tredje form eller niveau af observation - den *selektede observation*, der handler om, at forskeren søger at iagttage specifikke meninger og evt. forskelle mellem forskellige identificerede meningskategorier. En tilgang, som jeg benytter i min datagenerering i fase 3.0 og 3.1, med individuelle interviews og fokusgruppeinterviews, hvor jeg på basis af foregående 'iagttagelser' søger at nå dybere ind i nogle af de centrale aspekter omkring det professionelle faglige skøn (Spradley, 1980:122-123)

²⁵ De fire udarbejdede case-rapporter er samlet i en selvstændig rapport, der vil kunne downloades fra MarselisborgCentrets hjemmeside www.marseliskborgcentret.dk.

på dokumenter er analyser af dokumenter valgt som grundlag for de professionelle udfoldelse af vurderinger og faglige skøn kunne give værdifulde informationer.

Dokumenter kan, ud fra ovennævnte, være med til på den ene side medvirke til at belyse den ramme eller kontekst, hvori praksis for det faglige skøn udfolder sig. På den anden side belyse organisationens og de professionelle måde at udfolde og tale om det faglige skøn. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at betydningsbestemmelsen af indholdet i et dokument er *situeret* og ikke *fikseret* (Mik-Meyer i: Järvinen & Mik-Meyer, 2005:196), hvilket betyder, at fx en journal ikke kan løsrives fra den praksis, hvori den anvendes.

I min undersøgelse er der anvendt en strategi for samling og analyse af dokumenter, der omfatter **1)** samling og analyse af dokumenter i form af 25 tilfældigt udvalgte borgers journaler, udvalgt efter kriterier beskrevet i bilag 7 og **2)** dokumenter anvendt på afdelings- og medarbejderniveau, metodebeskrivelser, evaluerings- og udviklingsplaner samt politisk-administrative dokumenter - alle dokumenter med indhold, der relaterer sig til undersøgelsens tema. Til brug for identifikation og udvælgelse af relevante dokumenter blev der udarbejdet og anvendt en detaljeret guide (jf. bilag 6).

Hovedfokus i min dokumentanalyse var observation af den måde, hvorpå medarbejdere udfolder faglige skøn på gennem skriftlige italesættelser heraf i borgernes journaler. Gennemførelsen af analysen af de 25 borgerjournaler i min deskriptive analyse (trin 1 i analysestrategien) blev gennemført ud fra en guide (bilag 17) med beskrivelse af en række iagttagelsespunkter, hvis indhold blev formuleret ud fra min initiale fremstilling af det faglige skøn som fænomen og mine orienterende begreber. Analysen af de politisk-administrative dokumenter blev gennemført som en åben iagttagelse af tekstsegmenter og forståelser omhandlende vurderinger (evt. skøn) af borgerens behov for rehabiliterende indsatser i den pågældende afdeling.

Case note review (CNR)

Et tredje greb i min datagenereringsproces består i en form for auditproces - på engelsk *case note review-proces*, der har til hensigt at observere *hvorledes professionelle skønner i situationer, hvor de skal vurdere eller bedømme borgerens konkrete behov for rehabilitering ved kræft*, uanset om der er tale om dette sker som en myndigheds- eller en udførerfunktion. Denne metode er fundet anvendelig og brugt i forbindelse med udvikling af socialfagligt arbejde hos psykisk syge, misbrugere og hjemløse, bl.a. begrundet i metodens anvendelighed til at eksplicite reflektioner i socialt og sundhedsfagligt arbejde (Brandt, 2002; Brandt & Kirk, 2003; Isager, 2009).

Kendetegnende for nærværende audit- eller case note review-proces (Fase 2.0) er, at der er tale om en *'kvalitativ, intern, sundheds- og socialfaglig audit på såvel myndigheds- som udførerniveau i en kommunal sundheds- og socialsektor'* (Blomhøj & Mainz, 2000:4) baseret på *cases udarbejdet på grundlag af eksisterende borgerjournaler* (Ammentorp & Rørmann, 2006).

Der er her tale om en intern audit, hvor vurderingen af 'casen' foretages af medarbejdere inden for den 'institution' (afdeling), hvori 'casen' har fundet sted uden deltagelse af andre interne eller eksterne samarbejdspartnere. Den kvalitative audit eller CNR-processen er en retrospektiv casebaseret analyse af en gennemført vurdering og indsats på baggrund af *implicitte* kriterier eller standarder. Data udgøres her af journalmateriale formuleret som sociale baggrundsoplysninger og forløbsbeskrivelser i forhold til borgerens kontakt med den pågældende afdeling (jf. eksempel i bilag 8), der beskriver borgerens situation, sociale og helbredsmæssige baggrund, vanskeligheder i hverdagslivet og et forløb af konkrete indsatser.

Materialet i CNR-processen udgøres af *cases* baseret på grundlag af eksisterende og kendte borgerjournaler. Det vil sige, at der ud fra optegnelser i borgernes journal er sket en kondensering af borgerens situation, vanskeligheder samt vurderinger af behov for rehabiliterende indsatser, evt. suppleret med beskrivelser af iværksatte/gennemførte rehabiliterende indsatser. Kondenseringen baseres på principper om, **1)** at casen skal afspejle den konkrete borgerens situation så bredt som muligt, **2)** skal være let at følge, være logisk og virke troværdig samt **3)** baseres på 'forskerens' teoretiske viden om kræftpatientens situation. I undersøgelsen er de enkelte cases alle baseret på 'eksemplarisk' journalmateriale, der blev udvalgt i et samarbejde mellem informanter i den enkelte afdeling og 'forskeren' ud fra beskrevne kriterier herfor.²⁶ Udformningen af de otte cases, to for hver afdeling, er foretaget af mig som forsker. De udarbejdede cases følges alle af en række enslydende spørgsmål, som den enkelte informant blev bedt om at besvare i form af fyldige og eksplicitte vurderinger med udfoldelsen af faglige skøn relateret til borgerens situation (casen).

Denne metode for generering af data har mange lighedspunkter med den såkaldte *Vignetmetode*, der består i en undersøgelsesform, hvor udvalgte respondenter præsenteres for fiktive men realistiske caseforløb eller caseforløb baseret på faktiske situationer fra praksis. De enkelte caseforløb er opbygget omkring faktuelle oplysninger og hændelser i form af "... korte historier, som beskriver en person, en situation eller et forløb der indeholder karakteristika som forskeren er kommet frem til er vigtige og afgørende i en valg- eller bedømmelsessituation. Beskrivelsen skal være konkret og virkelighedsnær for at blive opfattet troværdig af respondenteren" (egen oversættelse efter: Jergeby, 1999:12). En vignet rummer således rent kundskabsteoretisk potentiale til at generere data til forståelse af visse typer af menneskers måde at bedømme og vurdere på i praksis. På flere områder er der paralleller mellem en casebaseret audit-metode og vignetmetoden; de bygger begge på cases fx ud fra en borgers journal eller fiktive beskrivelser og kan anvendes til at generere data om den måde, som professionelle bedømmer og vurderer situationer eller forløb på i praksis. Auditprocessen eller CNR-processen adskiller sig imidlertid fra vignetmetoden især på to punkter; for det første **1)** er der ikke tale om en 'fiktiv' case konstrueret af 'forskeren' uden kobling til den kontekst, hvori borgerens 'situation' har været genstand for en pro-

²⁶ Der henvises til udarbejdede *Kriterier for udvælgelse af journaler* til brug for auditprocessen, jf. bilag 7.

fessionel håndtering; for det andet 2) har auditprocessen en mere å teoretisk og ikke-eksaminerende karakter begrundet i, at der er tale om 'virkelige' situationer, hvor den enkelte professionelle (informant) evt. selv har været involveret i den konkrete vurderingssituation.^{27 28}

Gennemførelsen af CNR-processen blev struktureret omkring følgende strategiske hovedtrin: 1) valg og definition af *problemstilling*, 2) fastsættelse af *styrende mål* (kriterier), 3) *gennemførelse af en vurdering* baseret på fastsatte kvalitetsmål og 3) *feedback* på den enkelte professionelles bedømmelse og vurdering. Her skal alene punkt 2 med fastsættelse af styrende mål eller kriterier for vurderingsopgaven uddybes nærmere.

Med baggrund i, at der ikke findes klare, eksplicite og evidensbaserede kriterier eller retningslinjer for vurderinger af borgerens vanskeligheder og behov for rehabilitering, baseres auditprocessen på *implicitte kriterier*. Disse kriterier består i den enkelte professionelles personlige og faglige indsigt, viden og praksiserfaringer m.v. samt en vurdering af, hvad der er en *relevant, velbegrunder og kvalitetsfuld* bedømmelse og vurdering af borgerens behov for rehabilitering i forbindelse med dennes kræftsygdom. Derfor blev der udarbejdet en række spørgsmål, som dannede baggrund for informanternes refleksioner og skriftlige fremstilling (jf. bilag 5) af vurderinger og skøn i forhold til borgernes situation og vanskeligheder, således som de fremgik af de udleverede cases.

I umiddelbar forlængelse af audit- eller CNR-processen blev der gennemført et ustruktureret fokusgruppeinterview, hvor den enkelte informant i hver af de fire afdelinger fik mulighed for at supplere og udbygge sine besvarelser af de stillede spørgsmål. Vedr. fokusgruppeinterview som greb henvises der det efterfølgende afsnit.

Interviews af enkeltpersoner og grupper

Interviews er en af de mest anvendte metoder til indsamling af empirisk materiale i samfundsvidenskabelig forskning. Den eksisterende metodelitteratur om det kvalitative interview fokuserer i vidt omfang på interview af enkeltpersoner i dennes *livsverden*, hvorimod interview af professionelle ser ud til at være underbelyst (Kristensen i; Fuglsang m.fl. 2009: 278). Jeg har mine individuelle og fokusgruppeinterviews været inspireret af den tilgang, som Catharina Juul Kristensen har redegjort for i sin artikel om *interviews med enkeltpersoner*. Her defineres det kvalitative forskningsinterview på følgende måde: "*Kvalitative forskningsinterviews er interviews, hvis formål er at indhente og fortolke informationer om en given problemstilling hos enkeltpersoner, der forventes at have viden om den*". Det vil med andre ord sige, at jeg kan forvente, at den interviewede har en bevidst reflekteret, fagligt funderet forforståelse af det fænomen [det faglige skøn], som jeg

²⁷ I gennemførelsen skal alle auditdeltagere og 'forskeren' have opmærksomhed rettet mod, at informanter med konkret kendskab (ansvar) for vurderingssituationen ikke kommer i en rolle, hvor tidligere vurderinger 'skal forsvares'.

²⁸ I foråret 2012 udkom den første danske lærebog om vignette-metoden: *Vignette-metoden. Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling* af Morten Ejemæs & Merete Monrad. Perspektiver i bogen inddrages i den sidste del af afhandlingen.

søger at indhente viden om (Kristensen i: Fuglsang m.fl., 2009:284). Der er således ikke tale om et forsøg på at belyse de interviewedes livsverden som individuel person, men derimod at udforske professionelle aktørers italesættelser af udfoldelser af faglige skøn i organisatoriske enheder i en borgerservicerende organisation.

Mine interviews er funderet i min metateoretiske position med *konstruktivistisk interaktionisme og fænomenologi*, hvilket betyder, at en række aspekter er søgt bragt i fokus ifm. gennemførelsen af mine interviews af enkeltpersoner og grupper af personer. Her har jeg i gennemførelsen af interviewene haft fokus på udfoldelser af *forståelser* i forhold til den fysiske og sociale verden omkring udfoldelsen af professionelle faglige skøn, *skabelse* af forståelser herom gennem social interaktion/samhandling samt *genfortolkning* af disse kontinuerligt i social interaktion og samhandling.

I den del af min datagenereringsstrategi, der omfatter *Fase 3*, har jeg benyttet interviewformen såvel til interview af enkeltpersoner som af teamet af informanter (fokusgruppeinterviews) i de fire afdelinger. Fokusgruppeinterviewet "[...] er ikke det samme som et gruppeinterview. [fokusgruppeinterviewet] er en forskningsmetode, hvor data produceres via gruppeinteraktion omkring et emne, som forskeren har bestemt (Morgan i: Halkier, 2008:9). Der er således tale om generering af data gennem en kombination af en gruppeinteraktion og forskerbestemte fokus- og emneområder. En tilgang, der ikke alene kan frembringe forståelser af det faglige skøn som fænomen, men tillige kan åbne op for skabelsen og forhandling af disse i en gruppe af professionelle.

Kvale har beskrevet syv stadier i en interviewundersøgelse (Kvale, 2002:95), som jeg her benytter til at redegøre for forløbet af denne del af min datagenereringsstrategi. Som opfølgning på besvarelsen af spørgsmål koblet til de udleverede cases i case note review-processen blev der, som nævnt ovenfor vedr. CNR-processen, gennemført et åbent eller ustruktureret fokusgruppeinterview i hver af de fire afdelinger. Interviewet eller samtalen tog udgangspunkt i informanternes egne besvarelser af de stillede spørgsmål og enkelte temaområder fra min første læsning af besvarelsene. Endelig blev der som sidste trin i min sekventielle datagenereringsstrategi (*fase 3*) dels gennemført individuelle interviews af de 14 deltagende informanter, dels gennemført et fokusgruppeinterview af teamet af informanter i hver af de fire deltagende afdelinger.

Temaet eller formålet med interviewforløbet i *fase 3* af datagenereringsforløbet var, at få belyst forståelsen, skabelsen og omfortolkninger af **1)** udfoldelse af skøn, **2)** praksis for skøn, **3)** det faglige skøn som fænomen samt **4)** kontekstens betydning for dannelsen og udfoldelsen af skøn ifm. vurderinger af borgerens behov for rehabiliterende indsatser ved kræft. Her udgjorde min forforståelse af skøn som virksomhed og fænomen samt min teoretiske ramme med en lang række orienterende begreber det fundament, ud fra hvilken jeg udarbejdede interviewguides med emneområder og spørgsmål til informanterne (jf. interviewguides, bilag 9 og 10).

Antallet af informanter skal være "[...] så mange personer, som det er nødvendigt for at finde ud af det, du har brug for at vide" (Kvale, 2002:108). Valg af informanter til såvel de indivi-

duelle som fokusgruppinterviews skete ud fra **1)** et mål om at inkludere 3-4 informanter fra hver af de fire deltagende afdelinger, **2)** professionsfaglig og erfaringsmæssig bredde set i forhold til personalesammensætningen i de fire afdelinger, **3)** kønsmæssig spredning så langt dette var muligt. Jeg havde endvidere det sigte, at informanter fra de individuelle interviews alle skulle kunne deltage i de to forløb af fokusgruppinterviews.²⁹ Resultatet blev, som vist i oversigten over mit empiriske materiale (tabel 2.2) at i alt 14 informanter blev inkluderet med en spredning på 2-5 informanter i hver af de fire afdelinger. Udvælgelsen skete ud fra en kombination af mine strategiske valg, baseret på kendskab til 'interessante' informanter via min deltagende observation og interesse fra medarbejdere om at deltage; en deltagelse, der i nogle tilfælde blev formidlet via afdelingens leder (Kvale, 2002:108).

Interviewene blev *transskriberet* fra lydfiler til skriftlig form for at gøre interviewsamtalerne tilgængelig for nærmere analyse. Her afgør undersøgelsens formål og materialets karakter hvor meget, og hvordan transskriberingen skal gennemføres, ligesom ressourcer til transskriberingsogaven spiller en rolle (Kvale, 2002:170). En studentermedhjælp varetog transskribering af hoverdparten af interviewene. Til brug for transskriberingen blev der udarbejdet en transskriberingsstrategi (jf. bilag 16).

Data fra de uformelle interviews (samtaler) blev i en række situationer fastholdt via digitale lydfiler, men blev ikke transskriberet. Derimod blev de gennemlyttet og indgik som en del af min deltagende observation i mine udarbejdede feltnoter.

2.3 Ethiske overvejelser

Undersøgelser om og med mennesker er et moralsk foretagende og involverer altid en række etiske udfordringer, der skal overvejes og håndteres undervejs i hele forskningsprocessen (Kvale, 2002:115-116). I dette afsnit redegøres der for etiske spørgsmål og håndteringen heraf relateret til de forskellige trin i min undersøgelse, inspireret af Kvalles opdeling (Kvale, 2002:117) Jeg har endvidere støttet mig til og anvendt regler udarbejdet på Aalborg Universitet, sociologistudiet.³⁰

Mit forskningstema er udvalgt med afsæt i den sundheds- og socialfaglige praksis og litteratur, hvoraf det fremgår, at temaet og en undersøgelsen heraf kan have stor betydning og relevans for såvel borgere som for professionelle; aktører, der i det daglige møder betydelige vanskeligheder i hverdagslivet med kræft og opgaver med at gennemføre individuelle og konkrete vurderinger af behov for rehabilitering. Temaet har såle-

²⁹ Samtlige 14 individuelle interviews blev gennemført som planlagt. Det samme gjaldt de 8 fokusgruppinterviews; dog var 1 informant fraværende ved det ene fokusgruppinterview, begrundet i sygdom den pågældende dag.

³⁰ http://sociologi.samf.aau.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Studieh%C3%A5ndbog/7_etik.pdf

des samfundsmæssig relevans og forventes også at have stor professionsfaglig interesse.

Etiske aspekter, der rejser sig i forhold til min tilrettelæggelse af undersøgelsen, omfatter **1)** indhentning af samtykke om deltagelse fra borgere, informanter og organisation, **2)** sikring af fortrolighed om personlige/personhenførbare oplysninger samt beskyttelse af data og **3)** overvejelser vedr. eventuelle konsekvenser af undersøgelsen for de inkluderede informanter og afdelinger.

Min måde at håndtere kravet om informeret samtykke på er sket på flere niveauer og trin i forskningsprocessen. Efter de første uformelle samtaler om kommunens deltagelse i undersøgelsen blev der udarbejdet en fyldig *informationsskrivelse*, der blev sendt til og drøftet med alle involverede interessenter. Endvidere blev der underskrevet en *samarbejds- og fortrolighedserklæring* og truffet aftaler med de deltagende informanter, herunder underskrevet en *samtykkeerklæring*. Når Randers Kommune og de fire inkluderede afdelinger er beskrevet åbent i undersøgelsen har det baggrund i samarbejdsaftalen, hvoraf det fremgår, at kommunen gerne må nævnes i afhandlingen.

Fortroligheden og håndteringen af personfølsomme oplysninger og personhenførbare data er håndteret ved godkendelse af undersøgelsen hos *Datatilsynet*. Endvidere er der sket anonymisering af personfølsomme oplysninger samt ved at citater fra transskriberede interviewtekster eller feltnoter alene markeres med afdelingsbetegnelse som identifikationskilde. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at deltagende informanter kan genkende egne udsagn eller kollegaers udsagn, ikke mindst hvor der er få deltagende informanter fra den enkelte afdeling. Ud over læsbarheden af citater er disse i begrænset omfang justeret sprogligt uden ændring af meningsindholdet for hermed at sikre den størst mulige anonymitet. Fortroligheden i forhold til de konkrete borgerdata er sikret ved, at fx cases er anonymiseret i forhold til alle personhenførbare oplysninger, ligesom journaler mv. er opbevaret således, at kun jeg som forsker har adgang til disse.

Som forsker skal man også tage fordele, konsekvenser og i værste fald skadevirkninger for de deltagende informanter og organisatoriske enheder/kommunen i betragtning (Kvale, 2002:121). Her mener jeg undersøgelsens fokus og den måde, hvorpå informanter indgår i undersøgelsen i meget begrænset omfang rummer risici fx i form af stærkt kritiske analyser af praksis.

I datagenereringsfasen melder der sig spørgsmål om **1)** meddelelse af fortrolighed og **2)** interaktionen mellem informanter og forsker undervejs i datagenerering, fx i forbindelse med min deltagende observation og interview, samt evt. konsekvenser heraf fx i forhold til en ny selvforståelse for deltagende informanter.

Ud over håndteringen af fortrolighedskravet, som jeg har belyst ovenfor, er fortrolighedsaspektet også søgt løst ved, at den enkelte informant dels frivilligt og drevet af egen interesse har sagt ja til at deltage i undersøgelsen, dels har været informeret om, at den til enhver tid har kunnet trække sig fra undersøgelsen. En oversigt med faktuelle oplysninger om de deltagende informanter er medtaget i bilag 2).

Forskerens rolle i kvalitative undersøgelser med deltagende observation og interview er helt central. *"Forskeren som person er afgørende for kvaliteten af den videnskabelige viden og for forsvarligheden af de etiske afgørelser i et forskningsprojekt. I forbindelse med interview er forskerens betydning som person endnu større, fordi interviewerens selv er det vigtigste redskab til indhentning af viden"* (Kvale, 2002:122-123). Som forsker må man endvidere håndtere følgende tre etiske aspekter: **1)** det *videnskabelige ansvar* for den viden, som undersøgelsen genererer, **2)** rollen over for de deltagende *interviewpersoner* og **3)** *forskningens uafhængighed* (Kvale 2002: 123). Det videnskabelige ansvar ligger i den måde, hvorpå jeg har valgt at gå til undersøgelsen på, min metodologi, og dermed kvaliteten af undersøgelsens resultater set i forhold til undersøgelsens forskningsspørgsmål. Min rolle over for de deltagende afdelinger og informanter har været styrket af mit mangeårige kendskab til undersøgelsens tema og felten for undersøgelsen samt min professionsfaglige baggrund og erfaring fra andre kræftrehabiliteringsprojekter. Disse forudsætninger givet mig en rettet og en fornemmelse for feltens normer og værdier, der har været befordrende for samarbejdet med borgere, informanter og organisationen som helhed. Uafhængigheden i min forskning har været hjulpet på vej af undersøgelsens relevans og interesse fra felten, såvel fra mine informanter som organisationens ledelse.

I analysefasen opstår der spørgsmål om **1)** graden af, hvor dybdegående og kritisk jeg som forsker kan fremstille mine analyser og **2)** hvorvidt informanter i felten skal have indflydelse på den måde, hvorpå jeg fortolker udsagn fra disse. Her medvirker mit design med såvel teori-, data- og analysetriangulering til at styrke mine muligheder for en dybdegående analyse.

Det har været et dilemma for mig at håndtere et oprindeligt ønske om at inddrage mine informanter i en kommunikativ validering, der drejer sig om *"[...] gennem dialog, at teste de fortolkninger og observationer, der løbende er genereres [...]"* således, at aktørerne kan genkende sig selv i idealtyper, der medvirker til at sætte praksis eller virkeligheden i relief (Kristiansen & Krogstrup, 2002:211-213). Dilemmaet består også i at udsætte informanter for at skulle forholde sig til analyser (tekster) i en afhandling, som flere af dem måske vil sige, at de ikke har forudsætninger for at kunne forholde sig til. Denne udfordring har jeg løst ved, at i løbet af analysefasen at delagtiggøre informanterne i hver af de fire afdelinger i resultaterne af mine analyser og her give mulighed for dialog om undersøgelsens resultater, især de dele, der omhandler aktørperspektivet.

2.4 Opsamling

I kapitel har jeg redegjort for undersøgelsens metode, der omfatter design og gennemførelse samt datagenereringsstrategi. Med undersøgelsens design som casestudie er der skabt en ramme for at undersøge kendetegn ved og forståelser af det professionelle faglige skøn i en konkret, nutidig og relationel sammenhæng i fire organisatoriske enheder

i en kommune som borgerservicerende organisation. En tilgang, der giver mulighed for at undersøge det faglige skøn som et fænomen, der også efter Flyvbjergs opfattelse *kultiveres og kommunikeres gennem eksponering til cases* i en praksis, hvor professionelle udfolder forståelser og handlinger *i og af* konkrete skønsmæssige vurderinger af borgeres behov for rehabilitering i et kræftforløb.

For at kunne belyse skønnet som det relationelle og subjektivt fænomen det er, vælger jeg at inddrage en række forskellige greb til generering af empiri. Greb, der kan belyse udfoldelsen af det faglige skøn processuelt, intersubjektivt og kontekstuelt som meninger og handlinger, der finder sted i ansigt-til-ansigt-relationer i en konkret organisatorisk sammenhæng. Derfor anvendes der deltagende observation, undersøgelse af dokumenter, en case note review-proces samt interview af enkeltpersoner og grupper for netop at finde ind til og bag om de mange forskellige udtryksformer det faglige skøn forventes at optræde i.

Undersøgelsens empiri i form af feltnoter, dokumenter, besvarelser fra CNR-processen samt transskriberede interviewtekster og analyser heraf har sit afsæt i undersøgelsens metateoretiske position. I analysen af data vil både generelle deskriptive teorier og substantielle teorier blive inddraget; teorier, der redegøres nærmere for i det efterfølgende kapitel 3. Først med dette teoriapparat får undersøgelsens design, datagenererings- og analysestrategi form og retning på en måde, der gør det muligt at foretage en skelnen og en reduktion af kompleksitet i de mange forskellige aspekter og perspektiver, som det professionelle faglige skøn rummer.

På samme måde som undersøgelsens metode i form af et case-studiedesign og valg af forskellige greb eller former for datagenerering må undersøgelsens analysestrategi være funderet i og trække på begreber i mit valg af teoretiske perspektiver. I kapitel 4 udfoldes undersøgelsens analysestrategi nærmere, sammen med en redegørelse for den måde, hvorpå de teoretiske perspektiver og begreber bringes i anvendelse undervejs i de forskellige trin af analysestrategien.

Dermed placerer kapitlet om teoretiske perspektiver (kap. 3) sig også som det 'led', der begrundes og forbinder undersøgelsens metode med analysestrategien som en metodologisk helhed for den måde, hvorpå denne undersøgelse er gennemført på.

3. Teoretiske perspektiver

I denne del af afhandlingen præsenteres de teoretiske analysestrategiske perspektiver og begreber, som undersøgelsen er funderet på. I anvendelse af teori skelnes der mellem tre niveauer³¹: for det første **1) metateori**, der handler om grundlæggende antagelser om virkeligheden, og den måde man kan erhverve sig indsigt i det sociale og samfundet. For det andet **2) deskriptiv teori**, der beskriver og karakteriserer mere grundlæggende egenskaber, strukturer, interne relationer og mekanismer. Disse teorier kan bidrage til at fortolke og forstå sociale fænomener. Her skelnes der yderligere mellem **2.1) generelle teorier**, der karakteriserer grundlæggende aspekter af handling, interaktion og udviklingsprocesser i det sociale og samfundet (fx Schutz'hverdagslivssociologi, Luhmanns systemteori) og **2.2) substantielle teorier** for specifikke sagsområder (fx dømmekraft, behov, ret og retsanvendelse).

3.1 Metateori; om undersøgelsen ontologi og epistemologi

I samfundsvidenskabelige undersøgelser spiller forskningens ontologiske og epistemologiske placering en afgørende rolle for den metodologiske tilgang og dermed for belysningen af de forskningsspørgsmål, som undersøgelsen søger at give svar på.

Belysningen af undersøgelsens metateoretiske position giver, efter min opfattelse, størst mening, når beskrivelsen holdes op mod undersøgelsens fokus, der handler om et blik på professionelles udfoldelse af faglige skøn hos borgere i et kræftforløb. Det første skridt i socialt arbejde, herunder i en rehabiliteringsproces (Wade 2005 :814), består i en 'diagnosticering' af borgerens problem eller vanskeligheder således, at der kan træffes afgørelse om borgerens adgang til rehabilitering samt valg og håndtering af konkrete rehabiliterende indsatser. Järvinen & Mik-Meyer taler om, at "*Socialt arbejde [rehabilitering] handler i meget høj grad om at standardisere menneskelige problemer - om at forvandle et hjælpøgende individ til en hjælpberettiget klient og videre til en 'sag' i en velfærdsinstitution*" (Järvinen & Mik-Meyer, 2004:15). En diagnosticering, der ikke er værdineutral, men udtryk for et institutionelt identitetsarbejde, hvor en borgers vanskeligheder 'bestemmes' som led i den borgerservicerende organisations (institutions) rehabiliteringsindsats. For at håndtere den kompleksitet, som borgeren, dennes livsforløb og aktuelle livssituation rummer, må der ske en kompleksitetsreduktion af de mange dimensioner og fremtrædelsesformer, der er med til at kendetegne den individuelle borger frem til en 'sag'. En sag, der rummer de karakteristika, der gør borgeren berettiget til institutionens

³¹ Her bygger jeg på en skelnen, som Morrow & Brown anvender mellem tre (fire) typer af teori: 1) metateori, 2) normativ teori, 3) deskriptiv teori med a) teorier for specifikke sagsområder og b) generelle teorier (Danermark, 1997: 177-179).

foranstaltninger - såvel den egentlige adgang, som håndteringen af konkrete handlinger i praksis på udførerniveauet. Denne proces understøttes af bureaukratiets sprog og kommunikationsform og bygger på, at borgeren snarere er informant end deltager i en kommunikation. Her spiller den enkelte professionelle en afgørende rolle, begrundet i dennes faglige autonomi og direkte personlige kontakt med borgeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2004:15-17).

Over for ovenstående afsæt for undersøgelsen af social praksis med 'diagnosticering' og standardisering af borgeren som bruger³² på såvel myndigheds- som udførerniveau placerer jeg mig forskningsmæssigt i en metateoretisk position, der er kendetegnet ved tre grundlæggende antagelser:

- **mennesker er aktive og reflekterende aktører**, der på én gang er *produkt af eksisterende sociale strukturer og processer* parallelt med, at mennesker *kan påvirke og forandre de selv samme strukturer og processer* (i det mindste over tid) gennem sin egen og kollektivets handling og tænkning
- **sociale strukturer og processer** har på én gang en *faktisk (real) eksistens* parallelt med, at de er et flydende, ustabil og flertydigt *produkt af menneskers kommunikation, handlinger og tænkning*
- **erkendelse og forandring af det sociale** som en faktisk eksisterende, men flydende, ustabil og flertydig virkelighed, er *kommunikativt funderet og formidlet* i et relationelt samspil, hvor såvel kommunikationer (forståelser, intentioner og motiver) dannes, forbruges, forhandles og forandres i relationer, hvor mennesker *samhandler i praksis* ved at handle situeret fornuftig, producere egne forståelser, opretholde en fælles meningsfuld lokal orden (accountability³³) og iscenesætter sig selv og sin egen rolle.

Ud fra ovenstående peger mit blik eller perspektiv i undersøgelsen frem mod en metateoretiske position, der er kendetegnet ved et fokus på den enkelte *aktørs* (subjektet) *skabelse af forståelser i sin kontekst*. Denne meningsskabelse *i og af* det faglige skøn udforskes ud fra en *konstruktivistisk fænomenologisk og interaktionistisk* tilgang. Jeg vælger således at undersøge det professionelle faglige skøn ud fra aktør- og hverdagslivsperspektiv med inddragelse af kontekstens/strukturens betydning for udfoldelsen af skønnet.

Forbindelsen mellem undersøgelsens forskningsspørgsmål og min videnskabelige position udgøres dermed for det første af **1)** den rolle og betydning *det enkelte menneskes meninger og handlinger* i det faglige skøn i en offentlig borgerservicerende organisation; for

³² Begrebet *bruger* er det dominerende udtryk for en 'hjælp-berettiget' borger; tidligere blev udtrykket '*klient*' ofte brugt. I sundhedsvæsenet, især den lægefaglige og hospitalsbaserede del, anvendes termen '*patient*' fortsat som de gennemgående måde at tale om borgere, med ret til en given sundhedsydelse.

³³ Begrebet '*accountability*' et af de mest centrale begreber hos Garfinkel (2006), hvilket betyder noget som 'at lægge mærke til og berette om' (Andersen, 1998: 61-62) eller 'at kunne gøre rede for noget for andre' og 'tilregnelighed' - dvs. den mening, der er med en aktivitet, knyttet til, at man kan 'accounte' for den, hvilket kan bestå i en eller anden demonstration over for andre af, hvad meningen er, om det så er sprogligt, ved kropsholdning eller på anden vis. (Harste & Mortensen i; Kaspersen & Andersen, 2000: 208).

det andet **2**) den rolle og betydning *sproglig udtryks- og samhandlingsformer* har i konstituering af det professionelle faglige skøn; for det tredje **3**) de roller og betydninger *samspejlet mellem professionelles tænkning/handling og sociale processer og strukturer* har for konstruktioner af forståelser og samhandlingsformer i det professionelle faglige skøn.

I dette perspektiv med en konstruktivistisk tilgang er der ikke tale om en '*søg-og-afdækmission*', men et valg af metodologi, hvor jeg som forsker må være bevidst om, at jeg selv aktivt påvirker den viden eller meningsproduktion, der skabes i undersøgelsen.

Lige siden Aristoteles (384-322 f. Kr.) skrev sine filosofiske skrifter om etik og politik; *Den Nikomacheiske etik* og *The Politics*³⁴ har der inden for filosofi og samfundsvidenskaben pågået en omfattende diskussion af om forståelser og udvikling af samfundet og den sociale praksis bør tage sit udgangspunkt i en forståelse af det enkelte menneskes - *aktørens* - 'dyder i form af viden, kunnen og klogskab' som baggrund for dennes sociale praksis; eller skulle udgangspunktet tages i en forståelse af samfundet som en samlende helhed - *strukturen* - i samfundet bestående af en bystat (polis) med tilhørende husholdningsfamilie (eukos), samlinger af familier i grupper (fyller) inden for et afgrænset geografisk opland (chora) som samfundsdannelse (Stigen, 1990:107-168).

Denne diskussion eller videnskabelige dikotomi har i høj grad præget hele den sociologiske teoriudvikling og udviklingen af det sociale arbejdes teori og metoder. Med den klassiske sociologis påbegyndes to hovedspor: **1**) det funktionalistiske spor (struktur/system; objektivisme/positivisme) fx med Émile Durkheim (1858-1917) hvor det sociale betragtes som en 'organisme', der søger at reproducere sig selv via institutioner med specialiserede funktioner og **2**) det handlingssociologiske spor fx med Max Weber (1864-1920), hvor sociale strukturer er udtryk for en aggregation af individets handlinger og meninger, som derfor må søges forstået (Andersen, 1998:13-26; Kaspersen, 2001:27-49; Bertilson i; Andersen & Kaspersen, 2000:540-560). Dikotomien i det sociale arbejdes teori og praksismetoder peger på samme måde i to hovedretninger; **1**) en struktur- eller funktionalistisk orienteret teoriretning og **2**) en aktør- eller interaktionistisk retning i teorier om socialt arbejde (Rubington & Weinberg, 1995; Payne, 1997; Hutchinson & Oltedal, 1998, Meeuwisse, Swärd & Sunnesson, 2002; Meeuwisse & Swärd, 2002). Her tegner der sig et mønster af det sociale arbejdes teori og praksis, der på samme måde som i sociologien retter fokus henholdsvis på de sociale strukturers rolle i udvikling af sociale problemer og strukturorienterede praksisformer, henholdsvis individorienterede og interaktionistiske forståelser af sociale problemer og modeller for socialt arbejde.

Denne undersøgelse handler om *det faglige skøn som et fænomen*, der skabes og udfoldes af professionelle som *forståelser og handlinger* i en borgerservicerende organisation som kontekst for udfoldelsen og forståelse af skønnet. Dermed tager undersøgelsen sit udgangspunkt i et *aktørperspektiv* uden dog at tabe blikket for den rolle og betydning kon-

³⁴ Her refereres til Aristoteles to værker om etik og politik: *The Nicomachean Ethics* (Aristoteles 1995) og *The Politics* (Aristoteles 1992)

teksten eller de sociale strukturer har for aktørernes meningsdannelse og handlinger i praksis.

Uden at forsøge at foretage en syntese mellem dikotomien mellem aktør og struktur, således som denne er fremstillet ovenfor, har denne undersøgelse en tilgang, hvor de to samfundsteoretiske 'hovedspor' begge bringes i spil. Det gør de ud fra en opfattelse af, at de professionelles forståelser, motiver og intentioner samt konkrete handlinger ikke kan forstås uden dette sker i lyset af den sammenhæng, de strukturer, som konteksten udgør. Et aspekt, som jeg redegør for og diskuterer nærmere i det efterfølgende afsnit.

I det efterfølgende afsnit redegøres der uddybende for det teoretiske grundlag for min metateoretiske position med konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi. Perspektiver, der endvidere indgår som fundament for design af undersøgelsens analysestrategi og som generelle deskriptive teorier i analyser af empirien.

3.2 Konstruktivisme, interaktionisme og fænomenologi

De samfundsvidenskabelige forudsætninger, der udgør min metateoretiske position og analytiske perspektiver, placerer sig som nævnt ovenfor inden for en samhandlingsteoretisk tilgang inspireret af *konstruktivisme*, *interaktionisme* og *fænomenologi*. I dette afsnit redegør jeg for det teoretiske grundlag for undersøgelsens metateoretiske og ordnende teoretiske tilgang i mine analyser. I et efterfølgende afsnit introduceres min anvendelse af substantielle teorier, der i denne empirisk fokuserede undersøgelse har en fremtrædende plads.

I tabel 3.1 på næste side har jeg i oversigtsform fremstillet elementerne i undersøgelsens sociologiske perspektiver. Denne fremstilling har som formål at redegøre for det teoretiske blik, hvormed jeg er 'gået i dialog' med mine empiriske data på. I de efterfølgende afsnit redegør jeg for konkrete sociologiske perspektiver og begreber hos Berger & Luckmann, Luhmann og Schutz, hvis samhandlingsteorier jeg trækker på i mine analyser af undersøgelsens empiri.

Metateoretisk anlægger jeg en **konstruktivistisk tilgang** i min undersøgelse. Kendeteggende for min konstruktivistiske tilgang til den måde jeg analyserer og fortolker mit empiriske materiale på er for det første **1)** kendetegnet ved, at jeg søger at anlægge en kritisk indstilling over for selvfølgelig viden, hvorfor jeg har fokus på aktørernes måder at skabe, vedligeholde og forandre egne forståelser og adfærd i udfoldelsen af faglige skøn. For det andet **2)** anlægger jeg en antiessentialistisk opfattelse af den sociale virkelighed, hvorfor jeg har fokus på, at opfattelser af det faglige skøn ikke er noget, der giver sig selv som et objektivt fænomen, hvorfor det må forstås i lyset af aktørernes meninger og den kontekst, hvori det udfolder sig. For det tredje **3)** analyserer jeg ud fra, at der er sammenhæng mellem vores viden og de sociale processer, der udfolder sig - her

de professionelles udfoldelse af faglige skøn ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering. Endelig anlægger jeg som det fjerde 4) en tilgang, hvor jeg analyserer ud fra en opfattelse af, at der er sammenhæng mellem vores viden og den måde, hvorpå vi handler som mennesker i sociale sammenhænge - her i udfoldelse af faglige skøn i en borgerservicerende organisation (Jørgensen & Philips, 1999:9, 13-14).

Tabel 3.1: Sociologiske perspektiver i undersøgelsens analytiske tilgang

| Perspektiv Centrale domæner | Samhandlende aktører i hverdagens praksis | |
|--|---|---|
| Metateori | Konstruktivistisk interaktionisme og fænomenologi | |
| Sociologi | Samhandlingsteoretisk perspektiv | |
| Perspektiv | Hermeneutisk fænomenologi | Realistisk interaktionisme |
| Videnskabsteori | Subjektivisme | Moderat (pragmatisk) objektivisme |
| Teoretiker | Alfred Schutz | Berger & Luckmann Niklas Luhmann |
| Analyseniveau | Mikroniveau | Meso- og makroniveau |
| Udtryksform | Sprogliggjorte subjektive forståelser, intentioner og motiver | Strukturer, funktioner og forståelser i dynamiske sociale processer |
| Syn på aktøren og forskningsmæssig fokus | Aktøren er et selvstændigt reflekterende og handlende individ, der er indlejret i sociale omstændigheder. Refleksioner og handlinger finder sted i en vekselvirkning mellem aktør og omstændigheder/kontekst Forskningsmæssigt er der fokus på den enkelte aktørs subjektive forståelser, intentioner og motiver som udtryk for forståelser, der er indlejret i sociale fænomener og begivenheder i hverdagens praksis. | Den enkelte aktør både påvirker og påvirkes af dynamikker og processer i sociale sammenhænge som kontekst. I forskningen er der fokus på den enkelte aktørs adfærd og handlinger i lyset af socialt fællesskaber/systemer, som den enkelte er en del af og samhandler inden for. |

Ud fra ovenstående konstruktivistiske tilgang har jeg analyseret mit empiriske materiale med en grundlæggende tilgang, hvor jeg anerkender og er bevidst om at de enkelte informanter, den organisation informanterne er en del af, og jeg selv som forsker er medkonstruktører af den viden, der skabes i denne undersøgelse. Grundlæggende retter den (social)konstruktivistiske tilgang sig imod at søge indsigt i og forståelse af, hvordan viden skabes. Det udtrykker Wenneberg på følgende måde "I stedet for at spørge, hvorvidt viden er sand eller gyldig, spørges der til, hvordan den er skabt eller produceret. Samtidigt spørges der ikke kun til dette i de tilfælde, hvor viden er falsk. Også i relation til sand viden stilles dette spørgsmål. Det sande ses ikke længere som selvforklarende" (Wenneberg, 2002:36). Med dette perspektiv følger, at jeg i mine analyser må have fokus på de professionelle som

aktører, hvorledes de selv er med til at skabe forståelser i hverdagens praksis og har en rettethed, italesætter og løbende konstruerer forståelser og handlinger i udfoldelse af faglige skøn. I denne proces er jeg, som nævnt ifm. beskrivelsen af min metateoretiske position, selv med til at konstruere det faglige skøn som et fænomen, der ikke forklarer sig selv men skabes derfra, hvor den enkelte er placeret i det sociale og iagttager.

Aktøremes eller de professionelle meningsdannelse og valg af handlinger sker ikke i et tomrum, men finder sted i et relationelt og dynamisk samspil ansigt-til-ansigt med borgerne og andre aktører i en organisation som kontekst for hverdagens praksis. Jeg vælger her at anlægge en **samhandlingsteoretisk** tilgang ud fra en opfattelse af, at "[...] *samfundet ikke er der, hvor man officielt tror, det er - i politiske dramaer, økonomiske transaktioner eller offentlige forvaltningers beslutningsprocesser. En væsentlig del af samfundslivet foregår 'mellem linjerne', i menneskers helt upåagtede daglige måder at omgås hinanden på fra morgen til aften*" (Harste & Mortensen i: Andersen & Kaspersen, 2001:196). Et perspektiv, som de enkelte teoretikere ikke nødvendigvis selv indskriver sig i. For min undersøgelse betyder det, at det professionelle faglige skøn skabes i interaktionen mellem mennesker og mellem mennesker og den sociale virkelighed i hverdagens praksis i den borgerservicerende organisation. Skønnet har her en diskursiv, semantisk eller kommunikativ karakter, hvilket med andre ord vil sige, at den er 'sproglig' i sin form og sit udtryk (Järvinen & Mik-Meyer, 2005; Jørgensen & Philips, 1999; Andersen, 1999).

I mit valg af metateoretisk position og analytiske perspektiver tager jeg afsæt i en **konstruktivistisk interaktionistisk og hermeneutisk-fænomenologisk** tilgang. I metodelitteratur og videnskabsteoretiske gennemgange slås disse retninger ofte ukritisk sammen, selv om der er væsentlige forskelle men også paralleller som *tre sider af samme sag*, hvor fokus i interaktionisme, hermeneutik og fænomenologi alle tager udgangspunkt i individets erkendelse, tænkning og handlinger samt den måde, hvorpå individet er med til at forme det sociale liv (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008:221-223). Sammenhæng mellem de tre perspektiver viser sig også ved, at den enkelte teoretiker, fx Berger & Luckmann, nogle gange inkluderes i fremstillinger af interaktionisme, andre gange inden for fænomenologien (Järvinen & Mik-Mayer 2005:13; Zahavi & Overgaard i: Jacobsen & Kristiansen, 2005:186). Min begrundelse for at tage afsæt i de to(tre) nævnte perspektiver er begrundet i mit forskningsspørgsmål og det genererede datamateriale, hvor jeg både er optaget af forståelser og motiver bag de professionelle aktørers udfoldelse af faglige skøn og af den rolle og betydning organisationen som kontekst har for de professionelle daglige praksis med udfoldelse af faglige skøn. Jeg søger således ikke alene at bestemme det professionelle faglige skøn i perspektiv af selvstændig handlende og reflekterende aktører men også at undersøge og forstå dette fænomen i lyset af de mulighedsbetingelser og dermed det handlerum, som den borgerservicerende organisation rummer.

Det første af mine to perspektiver retter sig imod *hermeneutisk fænomenologi*. Dermed forbinder jeg hermeneutik og fænomenologi som to forskellige, men tæt knyttede perspektiver. I mit *hermeneutiske* perspektiv har jeg fokus på **1)** at fortolke meningsfulde fæno-

mener ud fra en forståelse af dele i forhold til helheder og 2) at inddrage betydningen af vekslevirkningen mellem aktørernes forståelser/handlinger og kontekst i forståelsen af aktørernes meningsdannelse. De to nævnte kendetegn ved en hermeneutisk tilgang betyder, at der vil være tale om en 'hermeneutisk cirkel', hvor "[...] *al fortolkning består i en stadig bevægelse mellem helhed og del, mellem det vi skal fortolke, og den kontekst, det fortolkes i, eller mellem det, vi skal fortolke og vores egen forforståelse*" (Andersen, 2002:178). Sagt på en anden måde: "*Empirien taler ikke for sig selv, den må fortolkes, dvs. placeres og forstås inden for en given kontekst for at give mening*" (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008:224). Konteksten og aktørernes egne *forforståelse/fordommelforståelseshorizont* udgør således begrundelsessammenhænge for forståelser og handlinger i det sociale, uanset om der er tale om aktører, der udfolder og italesætter det professionelle faglige skøn i praksis eller jeg som forsker og iagttager heraf udtrykker meninger *i* eller *af* kendetegn ved det faglige skøn (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008: 225-206). Derfor er der tale om en dobbelt hermeneutik i min forskningsmæssige tilgang i fortolkningen af de professionelle forståelser og handlinger *i* det faglige skøn på den måde, at jeg som samfundsforsker må forholde mig til en verden, der allerede er fortolket af de sociale aktører og fortolkes af mig selv som medkonstruerende forsker (Andersen, 2002: 168).

Hermeneutik og fænomenologi er både udtryk for et perspektiv og en metode (Jacobsen m.fl., 2010:185). I min hermeneutiske tilgang trækker jeg på den 'Verstehen', som Max Weber står som repræsentant for, nemlig den tradition, hvor sociale handlinger er udtryk for en adfærd, som aktørerne selv tilskriver mening (Andersen, 2002:169). Dermed får min tilgang også en *fænomenologisk* dimension på den måde, at fænomener og menneskets bevidsthed skal studeres og forstås ud fra menneskets egne erfaringer af og oplevelser med virkeligheden; fænomenerne skal ikke fortolkes, men kan umiddelbart beskrives og forstås ud fra, hvordan mennesker oplever dem (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008: 227). Det betyder, at jeg som forsker må søge at forstå de professionelle udfoldelse af faglige skøn ud fra de måder, hvorpå de beretter om disse. Det betyder, at man som forsker må stille sin egen forforståelse og fordomme i parentes; fx nævnes det, at "*Giorgis metoderegler³⁵ har til hensigt at åbne forskerens bevidsthed, således at fænomenerne kan træde så klart frem som muligt uden at blive påvirket af forskerens forforståelse og fordomme*" (Jacobsen m.fl., 2010:195). En tilgang, som jeg har valgt at modificere med en hermeneutisk tilgang, hvor fortolkninger ud fra kontekst og forforståelse/fordomme er central i den videnskabelige proces.

Det hermeneutisk-fænomenologiske perspektiv i denne undersøgelse udfoldes gennem en af fænomenologiens centrale teoretikere Alfred Schutz (2005). En samhandlingsteoretiker, der endvidere redegør for, hvorledes man ud fra første-ordens-konstruktioner

³⁵ I sammenfattet form omfatter disse metoderegler 1) erhvervelse af konkrete beskrivelser af fænomenet, erfaret af den enkelte person, 2) etablering af meningsenheder som dele af det samlede materiale, 3) transformering af meningsenhederne til kategorier og begreber, der kan udtrykke de betydninger, som forskeren er interesseret i at få belyst og 4) etablering af generelles strukturer i fænomenet, baseret på de transformerede kategorier og begreber. Hermed søges det generelle i det konkrete fremstillet via de fænomenologiske redskaber (Jacobsen m.fl., 2010:196).

beskriver feltens typifikationer og som anden-ordens-konstruktioner bygger oven på disse og derigennem kan konstruere modeller af typiske handlinger som mere almene teorier og begreber: *"Typologier er således kondenseringer af den empiriske viden, som kommer til udtryk via første-ordens-konstruktioner, og derfor skal disse være tilstrækkelige. Det vil sige, at typerne må være konstrueret på en sådan måde, at de giver mening for aktørerne i hverdagslivets verden, og de skal være baseret på den subjektive mening, som ligger bag aktørernes handlinger"* (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008: 229-230; Schutz, 2005:61-78). Med mit hermeneutiske perspektiv vil der således ikke alene være tale om modeller baseret på aktørernes subjektive forståelse. Teorier, begreber og modeller vil også inddrage for-fordømte og fordomme, funderet i eksisterende substantielle teorier og egne personlige faglige forforståelser.

Det andet af mine to perspektiver - det *interaktionistiske perspektiv*, inddrages med den begrundelse, at jeg betragter det sociale som noget, der opstår i relationer eller mødet mellem mennesker samt mellem mennesker og dets omgivelser, fx i organisationer og institutioner: *"Det vil sige, at handlinger ikke udelukkende er affødt af en frit handlende aktør eller af samfundets institutioner og kulturelle forskrifter. Handlinger er på en og samme tid affødt af begge dele og forløber som vedvarende forhandlinger mellem disse to poler"* (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008:230) Det betyder, at jeg har genereret data og foretager analyser af disse med sigte på at opnå indblik i og forstå, hvorledes professionelle i praksis udfolder et individuelt fagligt skøn inden for de mulighedsbetingelser, der gælder i den konkrete institution eller organisation. I min tilgang til interaktionisme som perspektiv er jeg som forsker *"[...] i stand til at indsamle data, der til en vis grænse reflekterer den sociale virkelighed. [...] at der eksisterer en objektiv virkelighed, som kan blotlægges og undersøges [og at jeg her har] fokus på forskellige strukturer, processer og mekanismer, som virker bag om ryggen på det enkelte individ, og som det enkelte individ ikke umiddelbart kan se og erkende"* (Jørgensen i: Jacobsen & Pringel, 2008: 232, 236, 240). Dermed læner jeg mig op af en *realistisk* version af interaktionisme, hvori der er tale om, at det faglige skøn og mulighedsbetingelser for udfoldelsen betragtes som et fænomen på den ene side skabes og fortolkes af de professionelle. På den anden side konstitueres skønnet i praksis som intersubjektive og institutionaliserede overleveringer af et lager af viden, der går forud for og indgår i den enkelte aktørs fortolkninger og forståelser af det faglige skøn.

Det interaktionistiske perspektiv er fokus på den enkelte de professionelles adfærd og handlinger som resultat af det sociale fællesskab/system udgøres i undersøgelsen af Berger & Luckmanns (2002) sociologi om hverdagsviden samt Niklas Luhmanns (2000) systemteori. De to perspektiver er beskrevet nærmere i afsnit 3.2 og 3.3.

Sprog og mening

To begreber i de beskrevne teoretiske perspektiver i min analytiske tilgang er fremtrædende: *sprog* og *mening*. Begrundet i disse to begrebers betydning vil jeg her kort redegøre for min forståelse af de to begreber og deres indbyrdes sammenhæng.

Sprogets betydning for konstruktion af aktørernes og organisationens meninger/forståelser/kommunikationer, handling og tænkning samt sociale strukturer og processer er noget, som både Berger & Luckmann (2002), Niklas Luhmann (2007; 2000) og Alfred Schutz betoner stærkt: "*Sproget, som vi kan betegne som et system over vokale tegn, er samfundets vigtigste tegnsystem. [...] Forståelse af sproget er således væsentlig for en forståelse af hverdagens virkelighed*" (Berger & Luckmann, 2002:52, 53). Luhmann siger herom, at [...] *en [kommunikations] operation genoptager noget fortidigt og foregriber noget fremtidigt [...]. Hvordan kommer en sætning i stand, en befaling, en anmodning, et udsagn eller en konstatering i bestemte situationer, hvis det ikke er ved, at man forudgående orienterer sig i forhold til det, som er sket forudgående, og det, som kan ske i tilslutning hertil?*" (Luhmann, 2007:301).

Schutz taler om, at sproget ikke blot består af symboler, der kan registreres i en ordbog. Sproget består af 1) 'marginer', der binder sproglige udtryk sammen med fortidige og fremtidige elementer i det diskursunivers, de tilhører, 2) 'konnotationer', som betydningselementer fra den kontekst, det anvendes i, 3) 'idomer' som fagudtryk, hvis anvendelse er begrænset til bestemte sociale grupper og 4) 'måder at sige tingene på' som sproggruppens samlede historiske måde at sige tingene på (Schutz, 2005:193-194).

Luhmann taler om *sprog* og *kommunikationer* som to forskellige ting. Sproget udgør det medie, igennem hvilken kommunikationer er med til at konstituere det sociale, fx som kommunikationer af distinktionen hjælp] ikke-hjælp i et hjælpesystem som den borger-servicerende organisation Randers Kommune udgør i denne undersøgelse. Med denne skelen mellem sprog og kommunikationer, hvor Luhmann ser bort fra individet, søger han at forklare, hvorledes det sociale konstitueres gennem kommunikationsprocessens uafhængighed af individets intersubjektive fortolkninger. Det sociale bliver således til gennem kommunikationer, der muliggør nye kommunikationer. Man kan sige at Luhmanns fokus på kommunikation som en operationsform i sociale systemer muliggør ud-differentieringen [adskillelsen] af kommunikationsprocessen fra en subjektiv kontekst og muliggør kommunikationsprocessens refleksivitet og dermed dennes videre selvstyring (Luhmann, 2000:193). I et Luhmann-perspektiv er sprog således det medie, hvori *iagttagelser* [forskellssættende bestemmelser] og *udtryk* [kommunikationer] *i* og *af* det professionelle faglige skøn i en organisation kommer til syne. Aktørernes bevidsthed kan frembringe *tanker, forestillinger* og *følelser*, men det er først i kommunikationer (verbalt, skriftligt, kropsligt), at det sociale kommer til syne med sproget som medie og institutionaliseres i en organisation (socialt system) uafhængig af det enkelte individs subjektive perceptioner.

I perspektiv af det professionelle faglige skøn er sproget således med til at konstruere og konstituere den enkeltes og de samfundsmæssige organisationers 'forståelser' og dermed forståelser af skønnet. Sproget bliver et 'opbevaringssted' for meninger af det faglige skøn ligesom sproget medvirker til, at aktører i forskellige sociale systemer (organisationsenheder, afdelinger) kan udveksle, dele og videreudvikle forståelser/kommunikationer *i* og *af* det faglige skøn. Et sprog omkring det faglige skøn, der er for-

ankret socialt, giver endvidere mulighed for at aktører kan erhverve og videreudvikle kompetencer til at foretage faglige skøn i konkrete vurderingssituationer i praksis.

Begrebet **mening** er et hermeneutisk-fænomenologisk begreb og bruges om menneskelige *aktiviteter* og om *resultaterne* af menneskelige aktiviteter. Det er også karakteristisk, for meningsfulde fænomener, at de må fortolkes for at kunne forstås. Andre begreber som 'betydning', 'intention' og 'motiv' har tæt sammenhæng med begrebet mening og kan i nogle sammenhænge erstatte begrebet mening. En stor del af de 'meningsfulde fænomener' udgøres af menneskelige *handlinger*, *mundtlige ytringer* og *tekster*, ligesom mennesker bærer på og tillægger egne og andre menneskers handlinger og ytringer meninger, der må fortolkes og forstås i den kontekst, som de er en del af. Derfor må samfundsvidenskaben *forholde sig til en verden, der allerede er fortolket af de sociale aktører selv* (Andersen, 2002:168).

Såvel Alfred Schutz som Berger & Luckmann, der også er inspireret af Schutz' hverdagslivssociologi, taler om, at fortolkninger og forståelser (den naturlige holdning) og handlinger kommer til udtryk igennem en *intersubjektiv verden*, hvori den enkelte interagerer og kommunikerer med andre. En samhandling igennem hvilken den enkelte og omgivelserne påvirkes af og påvirker det sociale og den enkeltes fortolkninger af hverdagens praksis i det sociale. Dette sker gennem perspektivernes gensidighed, det sociale indflydelse på den enkeltes viden og fordelingen af denne viden mellem de enkelte aktører (Berger & Luckmann, 2002:37; Schutz, 2005:31-37).

For Luhmann handler mening om konstitutive *forskelle mellem aktualitet og mulighed* i betydningen af en sætning, handling eller oplevelse, der altid rummer usikkerhed og kompleksitet: "[...] *mening forsyner enhver aktuel gennemlevet oplevelse eller udført handling med redundante muligheder* (Luhmann, 2000:99-100). Forskellen mellem aktualitet og mulighed er en forskel i kommunikationen. Kommunikationer konstituerer meninger på grundlag af en skelnen mellem hvad der er aktuelt/muligt i en konkret meningssammenhæng. Kommunikationen af en mening i det faglige skøn forbliver dermed vejledende for, men ikke determinerende en aktørs handling. Her vil en aktuel eller mulig kommunikation blive realiseret inden for den meningssammenhæng, hvori den optræder.

Psykiske systemer opererer på grundlag af meninger i lukkede bevidsthedssammenhæng; sociale systemer i form af en lukket kommunikationssammenhæng. Med andre ord, så producerer aktørernes bevidsthed *tanker* af *tanker* om noget; social systemer *kommunikationer* af *kommunikationer* om noget. Begge søger de herigennem at håndtere kompleksitet samtidigt med, at de tvinges til selektionstvang ved at gøre nogle tilslutningsmuligheder nærliggende, andre usandsynlige eller vanskelige at realisere i den aktuelle situation. Luhmann skelner endvidere mellem tre dimensioner i sit meningsbegreb: *sagsdimensionen*, der omhandler *hvad* som kommunikationens selektion mellem dette og noget andet; *socialdimensionen*, der siger noget om *hvem* som kommunikationens angivelse af et socialt forhold, fx dig/mig, os/de andre i tematisering af kommunikationens

indhold i en social relation i kommunikationen mellem borgeren og den professionelle; *tidsdimensionen*, der siger noget om *hvornår* som kommunikationens henvisning til et tidsforhold i udfoldelsen af en mening (Luhmann, 2000, 116-121).

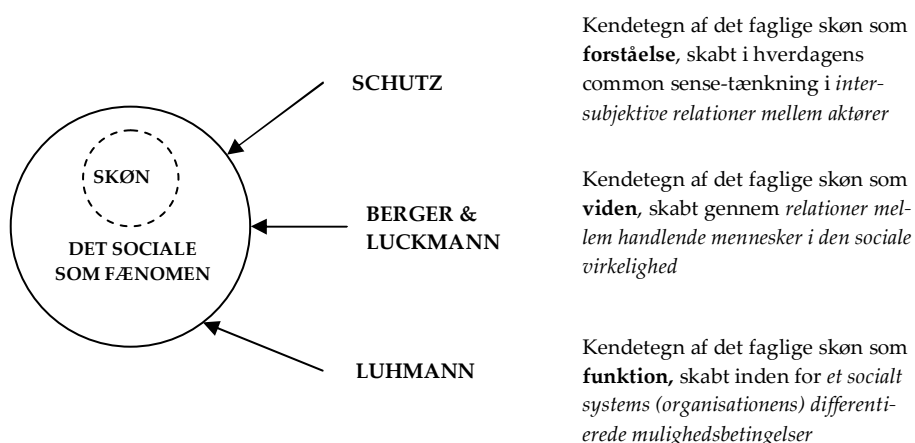
I perspektiv af det professionelle faglige skøn har jeg, ud fra ovenstående forståelser af *mening* som begreb og fænomen, søgt indsigt i og forståelse af, hvorledes professionelle udfolder faglige skøn og italesætter forståelser eller meninger *i* og *af* hverdagens praksis. En udfoldelse og italesættelse, der sker ud fra egne forståelser i interaktioner med andre og de mulighedsbetingelser organisation rummer.

Med mit valg af de to ovenfor beskrevne teoretiske perspektiver - interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi, har jeg etableret en teoretisk ramme for at kunne analysere de professionelles forståelser, intentioner og motiver i det faglige skøn i sammenhæng med aktørernes adfærd og handlinger i det sociale. Det sociale udgør her den struktur og kontekst, hvori skønnet udfoldes og bør forstås som et udtryk for de mulighedsbetingelser (handlerum), der er gældende her. I de følgende afsnit vil jeg nu udfolde hovedelementer og analytiske begreber hos de tre nævnte teoretikere. For flere af disse begreber udfoldes disse yderligere i tilknytning til mine adaptiv inspirerede analyser af det empiriske datamateriale.

Tre teoretikere - tre optikker på samme fænomen

Med inddragelse af tre teoretikere fra samfundsvidenskabens 'lager af overleveret viden' om det sociale som virkelighed må anvendelsen af disse ordnes såvel i forhold til det fælles i deres perspektiver, samt hvilke styrker hvert af de tre perspektiver har for mine analyser. I fig. 3.1 nedenfor er denne ordning søgt illustreret.

Fig. 3.1: Tre teoretikere - tre optikker på samme fænomen



Det fælles for de tre teoretikere er, at de alle rummer referencer til fænomenologer som fx Edmund Husserl og i et vist omfang til hinanden, om end de har udviklet deres teorier i forskellige retninger - ikke mindst Niklas Luhmann, der fraskriver de enkelte aktører en særegen plads og betydning i sin teori om sociale systemer. Især er slægtskabet stort mellem Berger & Luckmann og Schutz. Berger & Luckmann var elever af Schutz og på mange punkter direkte inspireret af Schutz i udviklingen af en videnssociologi.

Den måde, hvorpå hver af de tre teoretikere kan bidrage til og anvendes på i denne undersøgelse, er beskrevet overordnet i fig. 3.1 på foregående side. Udgangspunktet er her det professionelle faglige skøn som fænomen i en social virkelighed, der afgrænses til fire inkluderede afdelinger i Randers Kommune som borgerservicerende organisation.

I forhold til at belyse og forstå det professionelle faglige skøn som fænomen i forskellige afdelinger og organisationsenheder vil **Schutz'** perspektiv blive anvendt som analytisk blik på og forståelse af hverdagslivets meningsdannelse³⁶. I Schutz' teori finder dette sted som en tænkning, der i første række trækker på allerede indskrevne (intersubjektive) forståelser i det sociale, i anden række som en 'naturlig indstilling' med det, som Schutz benævner *common sense*-tænkning i gensidige relationer mellem mennesker - her mennesker i et tæt og forpligtende samarbejde i fire afdelinger i Randers Kommune (Schutz, 2005). Det er her, i dette perspektiv, jeg kommer tæt på den enkelte aktørs subjektive forståelser og intentioner i de handlinger, der udfoldes som faglige skøn i vurderinger af behov for rehabilitering.

Berger & Luckmann bygger oven på Schutz' hverdagslivsteori og udvikler en teori om, hvorledes det sociale som *viden* skabes eller konstrueres - her forstået i lyset af hvad der 'går for at være *viden* i et samfund' uden, at der skelnes til denne videns gyldighed. I denne undersøgelse rummer Berger & Luckmanns teori et redskab til at analysere den proces, der kendetegner den samfundsskabte virkelighed i udfoldelsen af faglige skøn. En proces, hvor de centrale begreber er *eksternalisering*, *objektivering* og *internalisering* af det sociale som viden konstrueret i relationer mellem mennesker (de professionelle) i organisationen som en del af en social virkelighed (Berger & Luckmann, 2002). Med dette perspektiv bevæger mit analytiske blik sig væk fra den enkelte aktør subjektive meninger og frem mod iagttagelse af, hvorledes kendetegn ved det faglige skøn som viden og handling opstår i interaktion mellem professionelle i den sociale virkelighed. En virkelighed, der udgøres af den afdeling i kommunen, som den enkelte professionelle er medlem af, og de omgivelser (andre afdelinger og sektorer i samfundet), som de professionelle samarbejder med.

Et redskab til at iagttage og forstå, hvorledes kendetegn ved det faglige skøn er udtryk for og kan forstås som funktioner af en organisation som socialt system, finder jeg hos **Niklas Luhmann**. Luhmanns systemteori og begreber bliver i denne undersøgelse anvendt som analytisk redskab til at forstå, hvorledes skønnet som fænomen tilskrives og

³⁶ I forordet til min reference til Schutz' hverdagslivsteori nævnes det af Birthe Bech-Jørgensen, at Schutz' arbejde også er blevet kaldt en videnssociologi men også er en handlingssociologi (Schutz, 2005: 13).

differentieres forskellige meninger (operative kommunikationsmåder) i den enkelte afdeling som socialt system. Et system, hvor den enkelte aktør som individ tildeles en rolle i et interaktionssystem. I organisationen som socialt system er det derimod kommunikationer som funktionel og konstituerende element, der er i fokus for Luhmanns teori (Luhmann, 2000). Med dette perspektiv bevæger jeg mig i mine analyser så at sige helt væk fra de enkelte professionelle aktører og dennes subjektive forståelser. Dette for at forstå kendetegn ved det faglige skøn som udtryk for og af funktioner i og af det organisatoriske system, hvori skønnet udfoldes i hverdagens praksis

Med de tre valgte teoretiske perspektiver har jeg således et fundament for i min iagttagelse af praksis og analyser af det empiriske materiale at bevæge mig mellem 1) den enkelte professionelles subjektive meningsdannelse i udfoldelsen af faglige skøn, 2) kendetegn ved det faglige skøn som udtryk for konstruktioner af kendetegn ved det faglige skøn gennem interaktioner mellem professionelle i relationer i en social virkelighed og 3) en forståelse af det faglige skøn i perspektiv af sociale systemer, hvori den enkelte professionelle udfolder meninger (kommunikationer) som tilskrivninger af funktioner inden for et systemets grænser og mulighedsbetingelser.

Dualismen imellem aktør/livsverden- og struktur/systemperspektivet

I valg af metateoretisk og deskriptive perspektiver opererer undersøgelsen på den ene side med et *aktør-livsverdensperspektiv*, på den anden side med et *struktur-systemverdensperspektiv*. En dualisme, der begrundet i undersøgelsens metateoretiske tilgang analyserer det empiriske datamateriale ud fra en interaktionistisk og et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv. Baggrunden herfor er, som beskrevet flere steder i afhandlingen, at undersøgelsen søger at besvare de opstillede forskningsspørgsmål. En besvarelse, der sker gennem inddragelse af et blik på den enkelte aktørs forståelser og handlinger i lyset af dennes subjektive common sense-livsverden inden for og i interaktion med organisationen som struktur og system for de professionelles praksis. Med valget af dette dobbeltperspektiv kan der også rejses et spørgsmål om undersøgelsen søger at foretage en syntese af de to nævnte perspektiver, således som fx Jürgen Habermas gør i sin teori om *kommunikativ handlen* og Anthony Giddens gør i sin *strukturteori*.

Habermas indfører i sin teori om '*Den kommunikative handlen*' en distinktion mellem system og livsverden som det organisationsprincip, hvorfra handlinger i det sociale liv kan betragtes. **Systemet** betegner den menneskeskabte virkelighed, hvori sociale interaktioner udfolder sig igennem økonomiske og politisk-administrative styringsmedier som penge og magt uden tilknytning til den enkelte aktørs forståelser, intentioner og motiver. Dermed får systemet karakter af formaliserede, objektive og selvregulerende (retliggjorte og politiskadministrative) strukturer, således som vi møder disse i bureaukratiets organisationer og institutioner (Habermas, 1997:326-383). Denne karakterisering af systemet kobler Habermas til samspillet mellem system og livsverden: "*Jo mere*

*komplekst samfundssystemet bliver, jo mere provinsiel bliver livsverden. I et differentieret samfundssystem skrumper livsverden ind til et subsystem" - ikke som en kausal sammenhæng, men derimod omvendt på den måde, at livsverdens strukturelle differentie-ring genererer en tilsvarende højere grad af kompleksitet og differentiering i systemet (Habermas, 1997:352). Hertil kommer det, som Habermas betegner som *systemers kolonisering af livsverden*, der begrundes sig i indbyggede funktionssvigt og krisetendenser i det moderne samfund som system; mekanismer, der efterfølgende leder til stigende anvendelse af kontrol- og styringsmekanismer med svækkelse af solidaritet og den personlige integritet (Habermas, 1997:425-476).*

Livsverden rummer den helhed af måder, hvorpå vi gennem forståelser, relationel interaktion og personlig-intuitive måder møder omverden på. Igennem vores måde at møde omverden på er vi i stand til at foretage sammenhængende og meningsfulde fortolkninger af handlinger i den sociale virkelighed. Fortolkninger, der medvirker til at virkeliggøre målet for handlingen samt at opnå en kommunikativ indforståelse af handlingerne i set relationelle samspil med andre mennesker som den konsensusopnåelse, der samtidigt er en vigtig betingelse for realisering af det fælles mål - at handlingen kan gennemføres og den indbyrdes forståelse bevares (Habermas, 1997:273-325). I den indbyrdes forståelse har den kommunikative handling betydning såvel for bevarelse som for fornyelse af viden: "*Livsverdenens symbolske struktur reproduceres ved hjælp af kontinueringen af gyldig viden, stabilisering af gruppesolidaritet og uddannelse af tilregnelige aktører*" (Habermas, 1997:308) - et aspekt, som kan genfindes i andre teorier som Berger & Luckmanns og Schutz' teorier om socialisering i det sociale.

Giddens fastslår i sin *strukturel teori*, at "[...] *social praksis konstituerer os som aktører og samtidig legemliggør og realiserer strukturer. Aktører og struktur bliver dermed to måder at betragte det samme forhold: den sociale praksis*". I sit perspektiv på **aktøren** taler Giddens om, at "*Agenten er kyndig (knowledgeable) med en viden om de fleste handlinger, han/hun foretager. Denne kundskabsrigdom kommer primært til udtryk for praktisk bevidsthed (practical consciousness)*" (Kaspersen, 2001:55) - en viden/bevidsthed, der omfatter de fleste af vore handlinger samtidigt med, at disse både er de mest centrale og de mest oversete. På den anden side af denne form for 'tavs' viden og bevidsthed står den *diskursive bevidsthed*, der rummer de eksplicite forklaringer, som vi har for at handle på bestemte måder, drevet bl.a. af voluntaristiske elementer af forklaringer funderet i sociale strukturer eller systemer. Det andet element i strukturel teori er **handling**, der må forstås som et 'flow' af begivenheder, der gennemstrømmer tilværelsen i en uafsluttet og løbende proces parallelt til den praktiske og diskursive bevidsthed - en såkaldt strukturationsproces. Handlinger udføres her gennem en *refleksiv regulering af handlen*, hvori såvel handling som omgivelsernes reaktion på handling gøres til genstand for refleksioner, især i den praktiske bevidsthed. Handlinger gøres videre til genstand for en *handlingsrationalisering* som refleksioner i forhold til andres reaktioner på handlingen og forholdet mellem handling og årsagen til denne. Endelig sker handlinger ud fra *handlingsmotive* som henvisninger til potentialer for handling, især i forhold til ikke-rutinerede si-

tuationer og handlinger heri. Giddens skelner mellem **struktur** og **system**, hvor strukturer er udtryk for fravær af handlende subjekter, hvorved det kun har 'virtuel' eksistens forstået som en tilstedeværelse af muligheder, der endnu ikke har vist sig aktivt, fx i den måde eller de principper en organisation kan indrettes og fungere på. Sociale systemer består derimod af relationer mellem aktører, reproduceret på tværs af tid og rum, hvorfor de strækker sig ud over den enkelte handling. For Giddens bliver strukturbegrebet i strukturationsteorien både et middel til og et resultat af den praksis, der konstituerer sociale systemer som relationer mellem handlende aktører (Kaspersen, 2001:50-68).

Et rimeligt spørgsmål kan her være, hvorfor disse teorier ikke inddrages i undersøgelsen som deskriptive perspektiver, nu de hver især i deres syntetiserende tænkning søger at gribe såvel aktørernes subjektivt funderede forståelser og social handling? Svaret er her, at netop det at søge at forene de to perspektiver er en meget stor udfordring og ofte afstedkommer kritik henholdsvis fra 'den ene side - aktørorienterede teoretikere' eller fra 'den anden side - struktur/systemorienterede teoretikere' i det sociologiske felt; det gælder således også for Habermas og Giddens. Habermas kritiseres for ikke at lykkes med at forene en hermeneutisk inspireret teori om livsverden som en subjektiv meningsverden med en objektivistisk systemteori. Giddens kritiseres for at strukturationsteorien i for høj grad vægter aktør-siden og aktørernes handlemuligheder på bekostning af de mulighedsskabende eller begrænsende rammer, der ligger i de samfundsmæssige strukturer. Hertil kommer, at teorien kritiseres for at være for abstrakt til, at den kan anvendes i empirisk forskning (Andersen & Kaspersen, 2001:380, 429-430).

Denne kritik af såvel Habermas og Giddens betyder på den anden side ikke, at det ikke hverken er relevant eller muligt at iagttage og analysere et fænomen og handlinger, fx professionelles udfoldelse af faglige skøn i en borgerservicerende organisation, i lyset af såvel 1) aktørernes subjektive forståelser i disses common sense-(livs)verden som i forhold til 2) den sociale struktur eller de sociale systemer, hvori det faglige skøn udfoldes og er indlejret i. Dermed afholder undersøgelsen sig på enhver måde også fra, implicit eller eksplicit, at gøre forsøg på at syntetisere disse to hovedspor i sociologiens fundament. Samtidigt fastholdes perspektivet i undersøgelsen såvel på de enkelte aktører som på den sociale (organisatoriske) struktur, aktørernes forståelser og handlinger i det faglige skøn genereres og er indlejret i.

Alfred Schutz' hverdagslivssociologi

Alfred Schutz' hverdagslivssociologi inddrages som et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv og tilgang til fortolkning og forståelse af professionelles udfoldelse af subjektive forståelser, intentioner og motiver i hverdagens praksis med udfoldelse af det professionelle faglige skøn. I Schutz' teori er tre begreber helt centrale: *common sense-tænkningen*, *intersubjektivitet* og *rationalitet*. Hertil kommer krav til *konstruktioner af modeller af den sociale verden*; et aspekt der er med til at kendetegne fænomenologien som en meto-

de til at beskrive hverdagslivets strukturerende principper (Schutz, 2005). Schutz' bidrag "[...] består på den ene side i at analysere og beskrive livsverdenens essentielle struktur og på den anden side at redegøre for den måde, hvorpå subjektiviteten er implicit i konstruktionen af social mening, handlinger og situationer samt sociale verdener" (Zahavi & Overgaard i: Jacobsen & Kristiansen, 2005:175).

Alfred Schutz' er en meget central teoretiker inde for hverdagslivssociologi og fænomenologi. Med Schutz' teori som en del af min analytiske optik får jeg et redskab til at analysere, hvorledes professionelle orienterer sig imod, italesætter og løbende (re)konstruerer forståelser i samt intentioner og motiver bag handlinger i udfoldelse af faglige skøn ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb. Endelig har Schutz redegjort for krav til samfundsvidenskabens konstruktioner af tankegenstande som typificeringer og modelkonstruktioner af den sociale verden; en tilgang, som jeg i høj grad benytter i denne undersøgelse.

Grundlæggende handler fænomenologi om undersøge den sociale virkelighed, således som vi som individuelle og subjektive individer erfarer den sociale verden; med andre ord at undersøge det enkelte menneskes *livsverden*. For Schutz sker denne erfaringsdannelse eller fortolkning igennem common sense-tænkning influeret af intersubjektivitet.

Common sense-tænkningen handler om, hvorledes mennesker eller aktører i hverdagens praksis tager forståelser i denne praksis i hverdagslivet for givet og baserer sine meninger på viden etableret i og overleveret fra det selv samme hverdagsliv, som det enkelte menneske er en del af. Dermed får disse forståelser en objektiv karakter på den måde, at der ikke stilles spørgsmål ved disse forståelser, ligesom de betragtes som selvfølgelig og udtryk for en 'naturlig indstilling': "*Denne verden eksisterede før os, den blev erfaret og fortolket af andre, vore forfædre, som en ordnet verden. Al fortolkning af denne verden hviler på et lager af tidligere erfaringer af den, vore egne erfaringer eller dem, vi har fået overleveret fra forældre eller lærere; disse erfaringer fungerer som en referenceramme i form af 'forhåndværende viden'*" (Schutz, 2005:27). Hverdagslivet omfatter først og fremmest det nære og daglige hverdagsliv. Hverdagslivet er også det liv, der leves som hverdagens daglige strategiske arbejde, fx som professionel aktør i en borgerservicerende organisation (Bech-Jørgensen, 1994). På denne måde er menneskers forståelser, her professionelles forståelser i det faglige skøn noget, der allerede er fortolket af andre, ligesom den enkelte selv fortolker og (re)konstruerer forståelser i og af skønnet som en common sense-tankegenstand.

Dermed kobles common sense-tænkningen til en fælles og forudgivne *intersubjektivitet*, der betyder, at konstruktioner af hverdagslivets common sense-tænkning ikke er en privat-personlig verden, men en del af en større helhed af intersubjektive forståelser i samspil med andre mennesker i konkrete 'biografiske' sammenhænge: "*Den er intersubjektiv, fordi vi lever i den som mennesker blandt andre mennesker, forbundet med de andre gennem fælles påvirkning og virksomhed, idet vi forstår andre og bliver forstået af dem*" (Schutz, 2005:31). Det vil sige, at de forståelser professionelle udfolder i forhold til faglige skøn i samspil med andre aktører i en organisation som 'biografisk' sammenhæng og situation

ikke alene er udtryk for den enkelte professionelles viden og forståelser. Dannelsen af forståelser *i* og *af* skønnen er i høj grad også udtryk for et lager af overleveret viden, erfaringer og påvirkninger fra andre mennesker, som den enkelte aktør indirekte eller direkte har relationer til.

Blandt de mennesker vi deler vores hverdagsliv med er der nogle, som vi er tættere på end andre, fx i en arbejdsmæssig eller professionel enhed. Denne gruppe af mennesker benævner Schutz som *konsociater*, der er mennesker med hvem den enkelte aktør har et fællesskab i *tid* og *rum* - et konkret ansigt-til-ansigt-forhold. Fællesskabet i *rum* indebærer, "[...] at en vis del af omverdenen er lige tilgængelig for begge parter og indeholder genstande af fælles interesse og relevans". Fællesskabet i *tid* (ydre kronologisk tid og indre) indebærer, at "[...] hver partner kan følge den andens tanker, i takt med at de bygges op". Konsociater er "[...] kort sagt gensidigt engageret i hinandens biografi; de bliver ældre sammen; de lever i, hvad vi kunne kalde et Vi-forhold" (Schutz, 2005:38-39). Den tættere relation der er i professionelles relationer i rum og tid betyder således, at aktører i en organisation opnår et Vi-forhold, hvor fx forståelser og handlinger *i* og *af* udfoldelsen af faglige skøn opstår, deles og vedligeholdes gennem intersubjektive fortolkninger og deling af viden knyttet til dette specifikke sociale fænomen.

I den enkelte aktørs common sense-tænkning er der endvidere en forståelse af, at fortolkninger af en genstand kan betyde noget forskelligt for forskellige mennesker, men at viden om genstanden både kan være eller gøres tilgængelig for to forskellige aktører. Her taler Schutz om *perspektivernes gensidighed* (reciprocitet), der handler om, at "[...] typificerede konstruktioner af tankegenstande kan erstatte tankegenstande i min og mit menneskes private erfaring" (Schutz, 2005:32-34). Det betyder, at de aspekter i det faglige skøn, som én aktør tager for givet, også tages for givet af andre konsociate aktører, hvis relevanssystem i alt væsentligt stemmer overens med aktørernes viden og opfattelser af genstanden: "Den generelle tese om perspektivernes gensidighed fører således til, at de genstande og deres aspekter, som jeg har en aktuel viden om, og du har en potentiel viden om, opfattes som alles viden" (Schutz, 2005:34).

For Schutz er mennesket i høj grad kendetegnet ved *handling* (action), forstået som "[...] den form for menneskelig adfærd, der er udtænkt af aktøren på forhånd, det vil sige en opførsel baseret på forudfattede projekter". Projekter er her en betegnelse for det, mennesker har for i deres hverdagsliv. Handlinger kan både være *skjulte* (fx tænkning som tavs viden) og *åben* i form af en indgriben i den ydre verden, ligesom den kan finde sted som *udførelse* eller *undladelse* af handling som en bevidst afholdelse fra handling i situationen (Schutz, 2005: 43). Menneskers hverdagsliv er endvidere karakteriseret ved at finde sted i *social interaktion*, hvor typificerede konstruktioner allerede er til stede og præger forståelsen af 'den anden' og de almindelige handlemønstre. Det fører med sig, at en handling betyder noget forskelligt: 1) for den aktør, der må handle i situationen; 2) for den part (aktør), der igennem interaktionen er forbundet med den handlende aktør, og her deler relevans og formål af handlingen; 3) for iagttageren af en handling, der ikke indgår i interaktionen (Schutz, 2005:47, 49).

Når mennesker handler, kan handlingen være rimelig, fornuftig eller rationel. En *rimelig* handling er en handling, hvor den handlendes motiver og forløbet af handlingen er forståelig for alle involverede aktører og iagttagere heraf. En *fornuftig* handling er en handling, der udspringer af et 'skønsomt valg' mellem forskellige handlingsforløb, og disse valg forekommer fornuftige set fra en iagttagers position. Det gælder også for vanemæssige handlinger, der blot tages for givet. En *rationel handling* "[...] forudsætter derimod, at aktøren har en klar og distinkt forståelse af målene, midlerne og de sekundære følger, hvilket 'involverer rationelle overvejelser af alternative midler til at nå målet, af målets forbindelser til andre eventuelle følger af anvendelsen af et givet middel og endelig af den relative betydning af forskellige mulige mål. Determineret handling, styret af følelser eller traditioner, er således uforenelig med denne type handling'" (Schutz, 2005:52-54). Handlinger og en iagttagers vurderinger af disse finder sted ud fra det videnlager, som den pågældende besidder på det tidspunkt, hvor hver af de tre handlingsformer finder sted. Et videnlager, der kan være forskellig for den handlende og for iagttageren, ligesom vi må se en fortidig handling i lyset af, den viden aktøren havde på det pågældende tidspunkt. Når der er tale om 'rationel handling' på common sense-niveauet består handling altid "[...] i handling inden for en ubestridt og ubestemt ramme af typificerede konstruktioner af de omgivelser, motiver, mål og midler, handlingsforløb og personligheder, der er involveret, og som tages for givet". Derfor vil handlinger på common sense-niveauet i bedste fald være delvist rationelle, ligesom der findes forskellige grader af rationalitet (Schutz, 2005:55-60). Hermed bliver vores typificeringer eller konstruktioner af den sociale verden meget afgørende.

I denne undersøgelse af professionelles faglige skøn giver Schutz' teori om menneskers common sense-tænkning, intersubjektivitet i fortolkninger af den sociale verden samt handleformer i interaktion med andre aktører afsæt for at fortolke den enkelte professionelle aktørs subjektive forståelser, intentioner og motiver i italesættelser og handlinger i udfoldelsen af faglige skøn som et flydende, ustabil og flertydigt fænomen. En fortolkning, der må tage afsæt i, at det faglige skøn i sin form og indhold har en høj grad af subjektivitet i den interaktion, der foregår mellem involverede aktører i en organisation. Endelig består denne subjektivitet i, at det faglige skøn som fænomen både er og bliver fortolket af den enkelte aktør, ligesom det allerede er fortolket tidligere af andre aktører.

I sin teori om videnskabelig tolkning af menneskelige handlinger har Schutz derfor også beskrevet, hvorledes man som forsker bør gå til *subjektive fortolkninger* af menneskelige handlinger samt ud fra disse fortolkninger foretage *modelkonstruktioner af den sociale verden*. Schutz siger her, "[...] at samfundsvidenskaberne skal beskæftige sig med menneskets handlemåde i common sense-tolkningen af den i den sociale verden, hvilket omfatter analysen af hele det system af projekter og motiver, relevans og konstruktioner [...]" som mennesker har for i hverdagens praksis som en subjektiv fortolkning, der stræber efter at forstå den sociale virkelighed (Schutz, 2005:62); her professionelle forståelser og handlemåder i hverdagens praksis med udfoldelse af faglige skøn i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb.

Når jeg som forsker undersøger de professionelle forståelser og handlinger i udfoldelsen af faglige skøn, foretager jeg en konstruktion af skønnet som tankegenstand eller fænomen i den sociale verden; en konstruktion, der erstatter de professionelle egen unikke common sense-tænkning i unikke situationer i det faglige skøn. Den forskningsmæssige konstruktion af skønnet som fænomen får dermed karakter af en typificering, der specifikt er rettet imod en besvarelse af mit forskningsspørgsmål, medens alle andre begivenheder og hændelser lades ude i min konstruktion. For at kunne gøre dette må jeg som forsker og iagttager af det faglige skøn indtage en desinteresserende søgen efter ny viden bestemt alene af mit videnskabelige problem, og hvad der er relevant i denne forbindelse (Schutz, 2005:63-65). Med min hermeneutiske tilgang til Schutz' fænomenologi betyder denne desinteresse imidlertid ikke, at jeg frakobler min egen forforståelser, men at jeg samtidig med bevarelse af åbenhed og sensitivitet over for empiriens unikke meningsindhold aktivt inddrager og anvender eksisterende teorier og forforståelser i fortolkning af de professionelle common sense-tænkning og handlinger i praksis.

I det videnskabelige arbejde indgår konstruktioner af mønstre og typiske handlingsforløb, baseret på iagttagelser af menneskers tænkning og handlinger i hverdagens common sense-verden. Typificeringer, der tages ud af de undersøgte menneskers biografiske situation og de intentioner og motiver, som de pågældende forståelser og handlinger er funderet i. For at disse typificeringer, denne form for videnskabelig viden, skal være *konsistent med de common sense-tankegenstande som mennesker skaber i deres hverdagsliv i forsøget på at komme til rette med den sociale virkelighed*, opstiller Schutz tre principper for konstruktion af videnskabelige modeller af menneskelige handlinger:

- *kravet om logisk konsistens*, der handler om, at det indbefattede begrebsapparat er så klar og distinkt som muligt og kompatibelt med den formelle logiks principper
- *kravet om subjektiv fortolkning*, forstået som en undersøgelse af hvilken individuel bevidsthedsmodel, der kan konstrueres og hvilket typisk indhold den kan tillægges mhp. at forklare de iagttagne forhold som resultat af en sådan bevidsthedsaktivitet i en forståelig relation
- *kravet om adækvans*, der handler om, at modellen af menneskelige handlinger er forståelig for aktøren selv og hans medmennesker ud fra common sense-tolkningen af hverdagslivet (Schutz, 2005:69-74).

I en undersøgelse som denne, hvor jeg søger at belyse det faglige skøns 'anatomí' gennem iagttagelser af professionelle i en borgerservicerende organisation og mulighedsbetingelser (handlerum) i skønnet, udgør idealtypedannelse som fremstillingsmåde et vigtigt redskab. Modeldannelser og typificeringer må her være konsistente i deres begrebsanvendelse og finde sted som en dokumenteret (objektiv) konstruktion, baseret på mine subjektive fortolkninger af aktørernes forståelser og handlinger i min empiri og koblet til undersøgelsens deskriptive teori. Sidst men ikke mindst må modeller og typificeringer være genkendelige og forståelige for de professionelle i den praksis, hvori de har rod.

Berger & Luckmanns videnssociologi

Berger & Luckmanns sociologiske perspektiv på hverdagsviden inddrages i denne afhandling som den ene af to eksponenter for konstruktivistisk interaktionisme. Niklas Luhmanns systemteori udgør et andet og komplementerende perspektiv i min konstruktivistiske interaktionistiske tilgang.

I forhold til Berger & Luckmanns videnssociologiske teori om samhandling mellem aktører er jeg især inspireret af elementerne *eksternalisering*, *institutionalisering*, *objektivering* og *internalisering* af vaner som adfærd og handlinger i udfoldelsen af professionelle faglige skøn ved vurderinger af behov for rehabilitering i et kræftforløb.

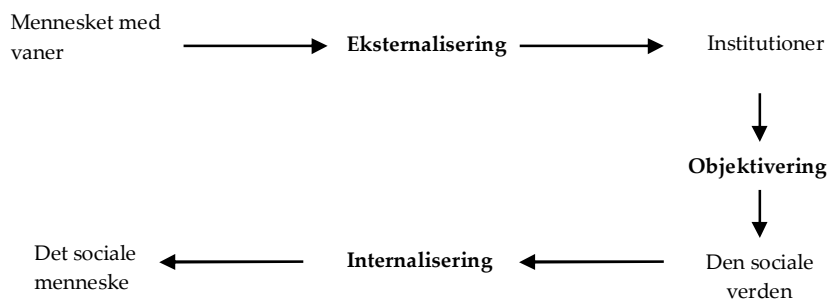
Når jeg vælger at anvende Berger & Luckmanns sociologiske perspektiv, er det begrundet i, at denne teori kan sige noget om, hvad der sker når mennesker handler sammen i indbyrdes relationer og her producerer, forbruger og vedligeholder viden i hverdagens praksis. En viden, der efterhånden bliver til en mere eller mindre upåagtet, ubevidst eller tavs viden, der tages for givet i den konkrete sammenhæng.

Det konstruerende og konstituerende aspekt i det sociale er grundlæggende for Berger & Luckmann og kommer til udtryk som en karakteristik af den sociale verden på følgende måde: "*Samfundet er et menneskeligt produkt. Samfundet er en objektiv virkelighed. Mennesket er et socialt produkt*" (Berger & Luckmann, 2002:79). I disse tre korte udsagn sammenfatter Berger & Luckmann, at samfundet og det enkelte menneske (aktørerne) på en og samme tid er et produkt af menneskets virksomhed og for menneskets vedkommende et produkt af samfundet. Endelig fremtræder samfundet som en faktisk (epistemologisk) realitet. Disse tre måder at konstruere det sociale på beskrives af Berger & Luckmann igennem en proces bestående af *eksternalisering*, *objektivering* og *internalisering*, jf. fig. 3.2 på næste side.

Den konstruktionsproces, som Berger & Luckmann beskriver i deres videnssociologi handler om, at mennesket og den sociale verden interagerer med hinanden hvorigenem der etableres vaner. Vaner bliver til handlinger, der kan udføres igen med færre kræfter samtidigt med, at det rummer og opbevarer et fælles videnlager og dermed et mindre behov for fortolkninger af lignende situationen.

Disse vaner bliver *eksternaliseret* gennem den enkelte aktørs aktiviteter og spredes på denne måde igennem relationer og samspil med andre aktører. Eksternaliseringen viser sig i den måde, hvorpå vi deler virkelighed med andre i hverdagens praksis: "*Den mest betydningsfulde oplevelse af andre finder sted i ansigt-til-ansigt situationer, der er prototypen af social interaktion. Alle andre tilfælde er afledninger af dette. [...] Alle andre måder at forholde sig til den anden på er mere eller mindre 'fjerne'*" (Berger & Luckmann, 2002:43). Det er således i den direkte relation fx mellem den professionelle og borgeren eller den professionelle og mig som forsker, at eksternaliseringen af forståelser og handlinger kommer til syne og får sit mest konkrete og personlige udtryk. Hvor der ikke er denne direkte relation, får forståelser et mere generaliseret (typificeret) og anonymt udtryk.

Fig. 3.2: Berger & Luckmanns videnssociologi (e. Wenneberg, 2002:90)



Sammen med det relationelle samspil mellem aktører i ansigt-til-ansigt relationer udgør sproget et andet og vigtigt element i eksternalisering af vaner - her i form af udfoldelse af faglige skøn ved vurderinger af behov for rehabilitering. Som nævnt i det foregående afsnit udgør sproget samfundets vigtigste tegnsystem samtidig med, at det er en forudsætning for at forstå hverdagens sociale virkelighed. Sprogets rolle og betydning i eksternalisering af det sociale, fx af det faglige skøn er, at

- hverdagens fælles objektiveringer primært opretholdes gennem lingvistiske tegndannelser, hvorfor forståelsen af sproget er væsentlig for forståelsen af hverdagens virkelighed
- sproget er et objektivt tilgængeligt opbevaringssted for akkumuleringer af betydninger [meninger] og erfaringer, som aktører kan bevare i tidsforløb og overføre til nye og efterfølgende aktører
- sproget er i stand til at overskride det givne "her og nu" (rumlige, tidslige og sociale dimensioner). Dermed kan sproget bygge bro mellem forskellige zoner inden for hverdagens virkelighed og integrere dem i en meningsfuld helhed. Gennem sproget kan man simpelthen aktualisere en hel verden på ethvert givet tidspunkt, ligesom det kan overskride hverdagens virkelighed helt og totalt
- sproget er ikke kun i stand til at konstruere symboler, der er abstrakte i forhold til hverdagens erfaringer. Sproget kan også bringe disse symboler "tilbage" og indsætte dem som objektiv virkelige elementer i hverdagen. Symbolik og symbolsk sprog yder et væsentligt bidrag til opretholdelsen af hverdagens virkelighed og til common-sense-forståelsen af virkeligheden; vi lever i en tegn og symbolverden
- sproget forsyner det sociale videnlager hos mennesker og institutioner med de typeskemaer, som hverdagens mere betydningsfulde handlinger kræver; typeskemaer om andre mennesker og alle andre former for begivenheder og oplevelser (Berger & Luckmann, 2002:53-59).

Dette perspektiv på eksternalisering af det sociale som viden i hverdagens praksis peger på, at en forståelse af skønnen må ske igennem iagttagelser af de professionelle relationelle samspil med andre aktører (andre professionelle og borgere) og sproglige eksternalisering af forståelser *i og af* skønmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb. Et indblik i det faglige skøn vil således kunne iagttages såvel i mundtlige som skriftlige italesættelser af meninger og handlemåder i den enkelte aktørs eller organisationens udfoldelse af skøn og bedømmelser (dømmekraft) i forhold til borgere med behov for rehabilitering i et kræftforløb. En tilgang, der er benyttet i min generering af data i undersøgelsen, som i mine analyser af det empiriske datamateriale.

Institutionalisering af forståelser og handlinger i det sociale hos aktører og i institutionerne finder gensidig sted, når aktører typificerer de vanemæssige handlinger: *"Vanedannelsesprocessen går forud for al institutionalisering [...] Institutionalisering finder sted, hver gang forskellige slags aktører gensidigt typificerer vanemæssige handlinger. Sagt på en anden måde, så er enhver typedannelse af den art en institution"* (Berger & Luckmann, 2002:72). I denne undersøgelse betyder det, at de professionelle på forskellige niveauer i det sociale gennem love, standarder og programmer for iagttagelse af borgerens behov for rehabilitering søger at lette hverdagens mange handlinger. Hertil kommer, at disse typificeringer er med til at skabe kontrol, sammenhæng og historicitet i praksis for skøn i behovsvurderingen inden for rammerne af en given social sammenhæng, her i en offentlig borgerservicerende organisation.

Denne institutionalisering betyder, at vanerne bliver *objektiveret* som mønstre, der ikke længere er afhængige af den enkelte aktørs bevidsthed, men allerede er til stede derude som en del af en social verden i form af en omfattende og given virkelighed, der kan overføres til nye generationer af aktører. *"Institutionerne [fx det faglige skøn] står som historiske og objektive kendsgerninger over for individet som uomtvistelige fakta. [...] Her er det imidlertid vigtigt at huske på, "[...] at den institutionelle verdens objektivitet, hvor uomgængelig den end synes at være, er en menneskeskabt objektivitet. [...] Produktet virker tilbage på producenten. Eksternalisering og objektivering er en uafbrudt dialektisk proces* (Berger & Luckmann, 2002:79). En institutionalisering, der i omfang og stabilitet er afhængig af styrken og relevansen for tilstrækkelig mange aktører; dele heraf vil kunne brydes op og ændres, men ikke alt. Institutionaliseringen med dens objektivering i hverdagens sociale praksis er dog ikke givet en gang for alle: *"Institutionaliseringen er imidlertid ikke en uomvendelig proces, selv om det er en kendsgerning, at institutionerne, når de en gang er dannet, har tendens til at bestå"* (Berger & Luckmann, 2002:101). Over tid viser det sig, at mennesker er i stand til at forandre allerede etablerede (spor)afhængigheder og udvikle hverdagens praksis i nye retninger. Ikke mindst i nutidens moderne samfund ser der ud til at herske en høj grad af ustabilitet og kompleksitet, der gør, at institutionaliserede forståelser og handlemåder forandres i et højt tempo og omfattende omfang (Qvortrup, 2009).

Gennem den enkelte aktørs samspil med den sociale verden sker der en *internalisering*, hvorigennem den objektiverede verden i løbet af socialiseringen føres tilbage til menneskets eller aktørens bevidsthed (Berger & Luckmann, 2002:74, 99). Internalisering be-

tyder, "[...] at man umiddelbart forstår eller tolker en objektiv begivenhed som meningsfuld, det vil sige, opfatter den som et udtryk for den andens subjektive processer, der derved bliver subjektivt meningsfulde for mig". Den enkelte overtager således den 'verden, som den anden beboer'. "Et menneske er først medlem af samfundet, når det er nået til denne grad af internalisering. [...] og kan således "... defineres som den omfattende og vedvarende styring, der fører individet ind i samfundets objektive verden eller dele af den.", bl.a. gennem sekundær socialisering i særlige sektorer af samfundet, fx som professionel aktør i en borgerservice-rende organisation (Berger & Luckmann, 2002:153-154). Set i lyset af dette perspektiv på internalisering og den allerede beskrevne institutionalisering vil aktører i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn dels trække på forståelser og handlemåder i den organisation, som de er medlem af, dels over tid i samspil med andre aktører tilføre feltet nye perspektiver og måder at handle på i det faglige skøn og derigennem institutionalisere nye forståelser og handleformer i hverdagens praksis.

Det sociale eller samfundet bliver således, som Berger & Luckmann beskriver det, et produkt af aktørernes sociale virksomhed, ligesom aktørerne tilsvarende bliver et produkt af samfundet, det sociale. Et samfund, der endvidere fremtræder som en menneskeskabt og dermed foranderlig objektiv realitet.

Denne måde at betragte menneskets samhandling på i den sociale virkelighed, som Berger & Luckmann har beskrevet i deres videnssociologi, rummer nogle paralleller til Blumers *symbolske interaktionisme* (Blumer, 1969) og Garfinkels *etnometodologi* (Garfinkel, 2006). Blumer har formuleret tre teser i sin symbolske interaktionisme, der har paralleller til Berger & Luckmanns videnssociologi: **1)** at mennesker forholder sig til deres omverden (den fysiske og sociale) på basis af den *forståelse*, omverden har for dem, **2)** at denne forståelse er skabt gennem social *interaktion* og **3)** at der i den sociale interaktion sker en stadig *omfortolkning* af kommunikation og forståelser (Blumer, 1969; Järvinen i; Järvinen & Mik-Meyer, 2005:27). Garfinkel er i sin etnometodologi inde på, at mennesker hele tiden anvender *metoder* i deres hverdagsliv, og at observerede metoder kan ud-sige noget om den sociale orden. En orden, der er det praktiske resultat af menneskers fortløbende anvendelsen af metoder i hverdagslivet. Disse metoder omfatter bl.a. *typificeringsprocesser* som metoder til at klassificere sig selv, andre mennesker, udtalelser eller begivenheder. Her er Garfinkels begreber '*accountability*' (jf. note 24), sammen med begrebet '*indeksikalitet*' centrale; sidstnævnte som udtryk for den måde, hvorpå mennesker '*indekserer*', kondenserer og opretholder forståelser fx om mennesker eller begivenheder gennem hverdagslivets sproglige udtryk (Garfinkel, 2006).

Niklas Luhmanns systemteori

Niklas Luhmanns systemteoretiske perspektiv inddrages i denne afhandling som den anden af to eksponenter for konstruktivistisk interaktionisme. Her inddrager jeg Luhmanns teori om *sociale systemers*, især organisationssystemers funktionsmåde og *funktio-*

nelle differentiering. For at kunne forstå sociale systemers funktion og differentiering indtager jeg endvidere begreber om *selv- og fremmedreffererende autopoietiske sociale systemer, kommunikation og handling, kompleksitet, refleksion og strukturelle koblinger*.³⁷

Når jeg vælger at anvende Luhmanns systemteoretiske perspektiv sammen med Berger & Luckmanns teori i min interaktionistiske inspirerede analytiske tilgang begrundes jeg det med, at jeg med denne teori får et begrebsapparat, hvormed jeg kan analysere hvorledes organisationer som selvkonstruerende og selvopretholdende (autopoietiske) sociale systemer kan kendetegnes ved forskellige funktionelle mulighedsbetingelser for udfoldelse af forståelser og handlinger *i og af* det professionelle faglige skøn. Dette perspektiv giver mig således mulighed for at analysere udfoldelsen af forståelser og handlinger i skønnet og herfra at kunne forstå disse meninger og handlinger i lyset af mulighedsbetingelser (handlerum) i organisationen for udfoldelse af faglige skøn.

Luhmann (1927-1998) skelner i sin systemteori mellem tre forskellige typer af *sociale systemer*: *Samfundet*, herunder en række funktionelt differentierede systemer (fx økonomi-, rets-, videnskabs- og politiske systemer), *organisationer* og *interaktionssystemer*. Hertil kommer andre systemer som psykiske systemer, organismer og maskiner (Luhmann, 2000:37). Luhmanns systemteoretiske teoriapparat er ganske omfattende og meget kompleks, ligesom han anvender et kontraintuitivt sprog, der kan gøre læsningen og anvendelsen af teorien i praksis vanskelig.

Sociale systemer er systemer, der består af (opererer) i form af kommunikation som den måde, hvorpå *det sociale* træder frem og får karakter af virkelighed på. Hvor den fysiske verden består af materiale 'ting' består det sociale iflg. Luhmann alene i kommunikationer, der gør det muligt at kommunikere med andre kommunikationer og *handle/samhandle* i praksis. Her adskiller interaktionssystemer sig ikke fra sociale systemer, men rummer perceptionsprægede kommunikationer mellem en gruppe af handlende, der efterfølgende kan gøres til genstand for kommunikationer. I psykiske systemer hører til sociale systemers omverden og er kendetegnet ved bevidsthed som tanker og forestillinger, der gennem bevidsthedsoperationer skaber og kontrollerer sig selv og sin individualitet gennem en selvreferentiel refleksionsproces (Luhmann, 2000: 474, 481, 302-312).

En særlig type sociale systemer er *organisationer* eller organisationssystemer, der har en række særlige kendetegn i form af **1) medlemskab** igennem socialdimensionens skelnen mellem system og omverden, **2) roller** med bindinger af bestemte forventninger til medlemmets (aktørens) måde at fungere på i forhold til opnåelse af organisationens mål og forventninger, **3) programmer** med bestemte iagttagelsesledende koder for organisationens kommunikation (love, standarder, forløbsprogrammer mv.) inden for og på tværs af systemets grænser og **4) beslutninger** rettet mod fx medlemskab, roller og anvendelse af programmer, men tillige beslutninger i form af kommunikationer, der kobler sig til tidligere kommunikationer, og dermed gør nogle beslutninger mere sandsynlige, me-

³⁷ Denne fremstilling bygger især på læsning af (Luhmann, 2000; Luhmann, 2002; Kneer & Nassehi, 2002). Hvor der er indtaget citater er disse efterfulgt af den konkrete reference.

dens andre eksisterer som potentielle, men måske ikke så sandsynlige (Luhmann, 2000: 240, 248, 343, 345; Tække & Paulsen, 2008:11-36). Hvad angår det sidste kendetegn om beslutninger, mener Luhmann, at vi kan tale om en beslutning "[...] *når og for så vidt den mening, en handling gives, reagerer på en forventning, der er rettet mod denne handling*" (Luhmann, 2000: 346). Det betyder i praksis, at beslutninger er handlinger, og at beslutninger kan forstås som forventninger rettet mod at aktualisere en bestemt handling, der er mulig, men ikke nødvendigvis realiseres, hvorfor beslutninger altid først lader sig bestemme bagud.³⁸ Det er kendetegn som disse, som jeg må rette blikket imod for at kunne få forståelse for, hvorledes organisationer kan være med til at konstruere og konstituere de professionelles og den borgerservicerende organisations måder at udfolde faglige skøn på i hverdagens praksis.

Et af Luhmanns centrale begreber er *funktionel differentiering*, der kendetegnes af det forhold, at samfundet og samfundets institutioner uddifferentieres i forskellige funktionssystemer - fx *hjælpesystemer, sundhedssystemer, retssystemer, politiske systemer og økonomisystemer*. Sociale fænomener tilhører således et system (eller flere) og andre systemers omverden. Det er endvidere igennem systemers differentiering, at der skabes muligheder for en kompleksitetsreduktion. Forskellige systemer adskiller sig således fra hinanden gennem deres funktion samt gennem systemets binære *koder* eller konteksturer for iagttagelse, fx hjælp | ikke-hjælp; sund | syg; ret | uret; betale | ikke betale; styre | styret (Luhmann, 2000:219-245; Andersen & Born i: Højlund & Knudsen 2003: 182-206). Når et system, som fx et socialt hjælpesystem anvender kvalitetsstandarder i vurderinger af borgerens behov for rehabiliterende indsatser ved kræft, er der tale om *programmer* med forudgivne betingelser for rigtigheden af en selektion mellem behov for hjælp | ikke behov for hjælp.

Tæt knyttet til Luhmanns begreb om funktionel differentiering er begrebet *kompleksitet*. Luhmann definerer kompleksitet som selektive relationer mellem elementer med et iboende (immanent) overskud af tilslutningsmuligheder med selektionstvung og deraf følgende kontingens og risiko, dels som en 'ubestemthed' med mangel på information (Luhmann, 2000:60-65). I en forelæsning om kompleksitet kommer Luhmann ind på, at begrebet klassisk set har at gøre med to andre begreber: *element* og *relation*. Der hvor et fænomen bliver kompleks er i "[...] *det tilfælde, hvor selektionsmønstre er nødvendige og bliver progressivt mere krævende, altså kræver, at noget bestemt og ikke noget andet skal realiseres*" (Luhmann, 2007:159,161). Kendetegnende for sociale systemer er en høj grad af kompleksitet, der netop er begrundet i at "[...] *mening er en form for kompleksitet. Mening er fokuseret opmærksomhed på én mulighed blandt mange andre. Der er altid en kerne, som tages for givet, omgivet af henvisninger til andre muligheder, som ikke kan forfølges samtidigt*" (Andersen & Kaspersen, 2001:388). Med dette begreb åbnes der mulighed for at observere, hvorledes aktører og organisationer søger dels at reducere kompleksitet gennem en se-

³⁸ Det betyder, at beslutning først er en beslutning, når den er taget. Først da kan det bestemmes hvilke forventningsstrukturer beslutningen har realiseret, ligesom realiseringen af andre forventninger har gjort det muligt at træffe en anden/andre beslutninger.

lektiv kobling til meninger i forhold til systemets omgivelser, dels en forøgelse af kompleksitet inden for systemets egne meningsgrænser. Dette kan ske via selvrefererende og rekursive kommunikationsprocesser (jf. note 45), hvor systemets karakter og omfang af meninger, hvortil tilslutninger kan ske, udvikles og forøges. Et eksempel er den betydning nye styringsteknologier som New Public Managementteorier har fået i de professionelle arbejder fx i et sundhedssystem, hvor den dominerende 'kode' er syg | rask. Her har fx økonomi og styringsregimer stor indflydelse på det sundhedsfaglige arbejdes form. I forhold til en forståelse af det faglige skøn i lyset af organisationens mulighedsbetingelser gør Luhmann det muligt at forstå, hvordan de professionelle udfoldelse af faglige skøn er forbundet med kompleksitet og kontingens i et omfang, som Berger & Luckmann ikke indfanger i deres videnssociologi.

Begreberne funktionel differentiering og kompleksitet er endvidere med til at indramme Luhmanns *samfundsteori*. I lyset af de to nævnte begreber er samfundet og her et organisatorisk system, fx en kommune, i stand til at danne delsystemer, der ikke er andet end gentagelser af systemdannelsen i systemerne selv. En måde, hvorpå samfundet og en organisation kan håndtere sin kompleksitet og herigennem skabe basis for ny kompleksitet inden for systemets egne grænser. I forhold til borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb og vurderinger af behov herfor er der tale om et komplekst fænomen. For at kunne håndtere denne kompleksitet har man i en borgerservicerende organisation som en kommune er, brug for at uddifferentiere indsatsen. Resultatet er, at der omkring den enkelte borger hermed findes flere forskellige typer af skøn. Dermed opstår der en ny kompleksitet, der kan relateres til systemkompleksitet og det problem, at det faglige skøn altid eksisterer i en kontekst af andre relevante skøn. Denne dannelse af delsystemer og en ny kompleksitet er som al anden systemdannelse *kontingent*, dvs. den er hverken nødvendig eller umulig; den kan være, som den nu er eller også være anderledes. For at samfundet eller en organisation skal kunne fungere, er det imidlertid nødsaget til at differentiere sig funktionelt i sub- eller delsystemer. Her er det enkelte organisationsystem i stand til at skelne mellem sig selv og sine omgivelser. I Luhmanns systemteori er der således fokus på kommunikation, der kommunikerer med kommunikationer i interaktionssystemer inden for det sociale systems meningsgrænse og psykiske systemers tanker og forestillinger i interaktionssystemets omverden (Luhmann, 2000:36-47, 467-500; Kneer & Nassehi, 2002:115-120).

Sociale systemer og dermed organisationssystemer er, som nævnt ovenfor kendetegnet ved at være *selv- og fremmedrefererende autopoietisk systemer*. Det vil sige, at disse systemer skaber og opretholder sig selv som system med klart definerede meningsgrænser gennem referencer til egne kommunikationer (meninger, diskurser) og rekursive³⁹ kommunikationsprocesser inden for systemets egen grænse. Det er dog ikke såle-

³⁹ En rekursiv kommunikation er en kommunikation, hvor konstruktionen af nye meninger og betydninger trækker på allerede kendte, det som er sket forudgående, og ser fremad mod det, der kan forstås eller ske fremadrettet som element i en selvrelateret kommunikationsproces (Luhmann, 2000; 184-186; Kneer & Nassehi, 2002: 88-89).

des, at systemerne som lukkede og selvskabende systemer er fuldstændig afsondrede fra omgivelserne. Var det tilfældet, ville de med tiden ikke kunne opretholdes og fungere pga. intern degeneration og mangel på funktionel betydning i samfundet. Derimod er der tale om, at sociale systemer foretager en skelnen mellem sig selv og omverden, skaber sin egne forståelser og identitet samt kommunikerer med omverden ud fra egne meninger (koder). Sociale systemer udvikler sig autopoietiske gennem *strukturelle koblinger* med *selv-* og *fremmedreferencer* hvilket betyder, at systemet i kommunikationen referer såvel til egne forudgående kommunikationer som til kommunikationer i omgivelserne; et forhold, som Luhmann benævner som *interpenetration* (i senere skrifter som *strukturelle koblinger*). Interpenetration forekommer "[...] når begge systemer muliggør sig selv ved at føre deres forud konstituerede egenkompleksitet ind i det respektive andet system" (Luhmann, 2000:257). Igennem denne form for kobling henviser to systemer til hinandens kommunikation med bevarelsen af system-/omgivelsesgrænsen samt afhængigheds-/uafhængighedsforholdet mellem systemerne. Med anvendelse af begreber, der kan kendetegne sociale systemer, deres differentiering og mekanismer i deres selvskabelse og -opretholdelse kan jeg analysere og nå frem til en forståelse af, hvorledes de organisatoriske enheder i undersøgelsen skaber bestemte mulighedsbetingelser for udfoldelse og handlerum i det faglige skøn. Betingelser der også gør, at de enkelte systemer har hver deres måde at foretage skøn på, hvorved en helhedsorienteret behovsvurdering og sammenhængende rehabiliteringsindsats bliver afhængig af ovennævnte strukturelle koblinger.

Sociale systemer opererer eller har *kommunikation* som grundlæggende funktionsmåde og bestanddel. Kommunikationer produceres således ud fra kommunikationer, hvilket forudsætter enheden af *information*, *meddelelse* og *forståelse*; en forståelse der kommer i spil mellem to personer selv om, der ikke er tale om kommunikationer i og mellem bevidsthedssystemer, men som kommunikationer i det sociale system.⁴⁰ Dermed omhandler kommunikation konstruktioner i sociale systemer; konstruktioner, der selv er med til at fastslå, hvad der fungerer som forståelser i kommunikationsprocessen, fx kommunikationer og forståelser af meninger i det professionelle faglige skøn. Aktører eller personer i den sundheds- og socialfaglige praksis bliver dermed kommunikationsinterne enheder eller identifikationspunkter i kommunikationen. Det er aktøren, der italesætter eller producerer en kommunikation fx om borgerens funktionsevnenedsættelse, medens det er systemets programmer for indikation (skelnen) af en borgers funktionsevnenedsættelse, der primært udgør iagttagelsespunktet og ikke sagsbehandlerens personlige tænkning omkring dette fænomen.

I sociale systemer tillægges kommunikationer ofte karakter af meddelelseshandlinger, hvilket ikke er den måde, hvorpå Luhmann betragter kommunikation som final enhed i

⁴⁰ Luhmanns teori kan virke fremmedartet, da han i sin teori ekskluderer individet. 'Mennesker og individer har ingen plads i Luhmanns sociale systemer' (Mortensen i forordet til: Kneer & Nassehi, 2002:8). I realiteten anerkender Luhmann i høj grad individet, men foretager en erstatning af skellet mellem 'subjekt' og 'objekt' med skellet mellem 'system' og 'omverden' (Luhmann, 1998 i; Hermandsen, 2004:166).

sociale systemer. En beskrivelse af sociale sammenhænge som handlingskæder er ikke forkert, men ensidig og utilstrækkelig. I Luhmanns perspektiv betragtes *handling* som en måde sociale systemer kommunikerer på. *"Kommunikation er symmetrisk [...]. Handling asymmetriserer kommunikationen som et forhold, hvor ego formidler noget til alter [...]. Handling er tidsbundne hændelser og skaber dermed samtidighed i oplevelse og erfaring blandt kommunikationsdeltagerne. Handling er enklere at erkende og behandle end kommunikation; derfor har de kommunikationsværdi"* (Luhmann, 2000:205-209). Det vil således være muligt gennem observation af aktørernes handlinger at få indblik i kommunikationens tilregningsprocesser og måder at reducere kompleksitet på - her aktørernes udfoldelse af det faglige skøn som en organisatorisk mulighedsbetingelse. Ligeledes vil handlinger indeholde de meninger, som den handlende aktør gennem sin bevidsthed og refleksionsevne tillægger situationen og de aktuelle mulighedsbetingelser i organisationen.

Refleksion optræder i forbindelse med systemers (bevidsthedssystemer, organisationssystemer, interaktionssystemer) selvreference (Luhmann, 2000:184-185). Luhmann skelner mellem tre former for selvreference - *basal selvreference* som en forskel mellem element og relation, *refleksivitet* (processuel selvreference) som en forskel mellem før og efter og *refleksion* som en adskillelse mellem system og omverden (Luhmann, 2000:507-508). Organisationer producerer sig basalt selvreferentielt og kan iagttage sig selv gennem de beslutninger, de træffer refleksivitet. Refleksion handler om de særlige situationer, hvor de gør deres egne kriterier for iagttagelse til genstand for iagttagelse. På den måde drejer refleksion sig om " [...] en særlig måde, hvorpå systemer kan forholde sig til sig selv. Det er en særlig problemorienteret iagttagelse, hvor kriterierne for egen måde at fungere på gøres til genstand for iagttagelse, dvs. selviagttagelse. [...] En refleksionsteori handler således om systemets problemhorisont og de forståelser og forklaringer, der anses som virkningsfulde i og for systemet" (Hagen i; Nissen, 2010:36). Denne opfattelse af refleksion vil dels kunne anvendes i **1**) en forståelse af aktørernes udfoldelse af det faglige skøn som bevidstheds- og interaktionssystemer, hvor aktører tænker og systemer kommunikerer i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering ved kræft, dels i **2**) en forståelse af hvordan det faglige skøn interagerer og er mulig i samspil med de organisatoriske mulighedsbetingelser, fx som refleksioner over, hvordan man iagttager borgerens behov for rehabilitering ud fra organisatoriske kriterier, og hvordan skønnet har konsekvenser for de faglige vurderinger.

3.3 Dømmekraft som analytisk begreb

I min introduktion til denne afhandling har jeg i afsnit 1.5 redegjort for en lang række bidrag i litteraturen vedr. begrebet *dømmekraft* og *skøn*. Begrundet i den tætte relation, der er mellem begrebet *dømmekraft* og *skøn* samt min inspiration af begrebet *dømme-*

kraft i undersøgelsen redegøres der her uddybende for min tilgang til dette begreb i min generering og analyse af undersøgelsens empiriske datamateriale.

I min forståelse af begrebet dømmekraft trækker jeg især på den forståelse af begrebet, således som Søren Juul fremstiller begrebet i sin afhandling om *Solidaritet, anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft* (Juul, 2010). Ud over denne afhandling har jeg været inspireret af Søren Juuls tidligere perspektiver på begrebet dømmekraft (Høilund & Juul, 2005). Søren Juul taler i titel på afhandlingen om *god dømmekraft*, hvilket indikerer, at der er tale om et normativt perspektiv på dømmekraft som fænomen; en tilgang, der er overensstemmende med mit eget delvist normative afsæt i denne afhandling begrundet i min teoretiske forforståelse, mine egne erfaringer fra praksis og min metateoretiske tilgang.

I en bog om *Socialrettsfilosofi* beskæftiger Høilund (2000) sig med dømmekraftens vilkår i samfundets institutioner og redegør for dømmekraftens idehistorie. Her har jeg på samme måde været inspireret af tænkningen fra Aristoteles (1992; 1995; 2002), Immanuel Kant (2005) og Paul Ricoeur (1992) om *praktisk fornuft, dømmekraft og det gode liv, sammen med og for andre i retfærdige institutioner*.

I Høilund & Juuls fælles bog (2005) om *Anerkendelse og dømmekraft i social arbejde* kommer de ind på dømmekraft som et velegnet redskab til analyse af institutionaliserede tænkemåder, der kan udgøre barrierer for anerkendelse. I den måde, hvorpå de beskriver dømmekraften på, skelnes der mellem tre former: *personlig, institutionel og social dømmekraft*. Den personlige dømmekraft udtrykker anskuelser, vurderinger og stillingtagen afhængig af arv og miljø, herunder uddannelse og livserfaring som den horisont socialarbejderen anskuer verden ud fra. I den institutionelle dømmekraft finder vi de faglig-moralske koder for, hvordan socialarbejderen bør handle over for borgeren. Endelig omfatter den sociale dømmekraft, der har rod i mødet mellem borgeren og socialarbejderen, borgerens livshistorie, drømme og visioner og socialarbejderens livserfaringer, socialfaglige indsigter og anvendelse af de retlige rammer. Det siges videre, at "*Dømmekraften indeholder en regulativ idé, der er den horisont, som omfatter og omslutter alt det, som er synligt fra et bestemt felt*" og inddrager socialarbejderens viden og indsigt på det sociale område og den fortrolighedskundskab, der ligger i, at den professionelle formår at træde ind i den andens verden og herfra etablere en forståelse af borgerens situation (Høilund & Juul, 2005:68-71).

I sin afhandling kommer Juul med filosoferne Aristoteles' begreb om *praktisk fornuft* og Immanuel Kant' *kritik af dømmekraften* frem til den konklusion, at "*Hvordan vi handler og bør handle, er i sidste ende ikke et rent teoretisk spørgsmål, men noget der må afgøres af en dømmekraft i situationen. Denne dømmekraft er, når vi følger Aristoteles og Kant, en sans for det almene*" (Juul, 2010:74). Det betyder på den måde, at udfoldelse af et fagligt skøn ligesom dømmekraft ikke uden videre kan baseres på politisk fastsatte regler, standardiserede programmer eller faglige teorier og etiske standarder, men må omsættes til social handling ud fra en bevidsthed om *det almene i hverdagens praksis eller livsverden*, hvori der fx

sker udfoldelse af vurderinger og skøn i forhold til en borgers behov for rehabilitering i et kræftforløb.

I afhandlingen formulerer Juul en idealiseret dømmekraftsmodel (normativt ideal) for dømmekraft, der som en anticipation om en anden dømmekraft end den nuværende baserer sig på *solidaritet, anerkendelse og retfærdighed* som bærende værdier. Dette ideal står over for en aktuel dømmekraft domineret af instrumentel fornuft, der er med til at skabe krænkelse og disrespekt. Med en dømmekraft baseret på værdier som solidaritet, anerkendelse og retfærdighed er det et håb for Juul, at idealet i en virkningshistorisk proces vil vinde anerkendelse og få praktisk betydning (Juul, 2010:80).

Det perspektiv Juul kommer frem til i sin analyse af solidaritet som begreb leder frem til følgende forståelse: *"Et solidaritetsbegreb, som skal kunne skabe sammenhængskraft i et differentieret og pluralistisk samfund handler grundlæggende om anerkendelse og om en retfærdig fordeling af betingelserne for anerkendelse. Men det handler også om retfærdighed og retfærdige procedurer, der hverken er entydige eller kan formuleres i universelle principper en gang for alle"* (Juul, 2010:151). I forlængelse af denne forståelse af begrebet solidaritet analyserer Juul nødvendigheden af at udvikle en formel bestemmelse af betingelserne for det gode liv og nødvendigheden af at formulere et mere nuanceret retfærdighedsbegreb; et retfærdighedsbegreb, der interesserer sig for mennesker som medlem af forskellige typer fællesskaber.

Juul argumenterer videre for, at anerkendelse udgør en almen betingelse for, at det enkelte menneske kan realisere sig selv og leve et godt liv sammen med andre (Juul, 2010: 152). I min undersøgelse af det faglige skøn betyder det, at anerkendelse af borgerens situation og vanskeligheder i et kræftforløb og deraf afledte behov for støtte og hjælp til at 'komme til live igen' gennem en rehabiliteringsproces udgør en grundlæggende forudsætning for, at borgeren kan realisere sig selv og leve et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv. Juul beskriver denne anerkendelse som en 'kærlighedskamp', der ikke blot må kæmpes af borgere med vanskeligheder i hverdagslivet og behov for hjælp, men i lige så høj grad af mennesker i en mere privilegeret position: *"Med understregningen af, at kampen også kan være en kamp med og for andre bliver det klart, at anerkendelse ikke kun er noget dårligt stillede mennesker eller underprivilegerede grupper må kæmpe af hensyn til deres eksistentielle overlevelse. Det er også en fordring til den bedrestillede [fx professionelle i borgerservicerende organisationer] om at kæmpe med og for den anden imod kulturelle tænkemåder og en politisk og institutionel udvikling, der forhindrer bestemte individer og grupper i at opnå den anerkendelse, som er grundlæggende for det gode liv"* (Juul, 2010:202).

I min undersøgelse af det professionelle faglige skøn vil Juuls perspektiv på en solidaritetsfremmende anerkendelse have den betydning, at udfoldelsen af faglige skøn for det første **1)** skal kunne åbne op for italesættelse og vurderinger af borgerens situation og vanskeligheder ud fra, at borgeren betragtes som en ligeværdig person, hvis liv må anerkendes retligt som rettigheder i praksis og socialt som værdsættelse af borgerens livsform og visioner om det gode liv. For det andet **2)** må de professionelle tage på sig at

sikre, at egne og konsociater i organisatione (jf. Schutz' teori) og institutionelle praksisformer fremmer og ikke modvirker en anerkendende tilgang i udfoldelsen af dømmekraft og faglige skøn.

Det sidste af de tre begreber Juul inddrager i sit perspektiv på dømmekraft er begrebet social *retfærdighed*. Her forfægter Juul i forhold til den faktiske dømmekraft i samfundet og institutionerne den antagelse, "[...] at denne dømmekraft er langt mere influeret af økonomiske og administrative normer end af normer, der handler om omsorg, anerkendelse og retfærdighed" og Juul siger her videre "Pointen med dømmekraftsbegrebet er netop, at teorier og begreber altid medieres af praktisk fornuft, der i omsætningen af regler og principper tager hensyn til situationen og den historiske kontekst" (Juul, 2010:239).

I min undersøgelse af kendetegn *i* og *af* professionelles faglige skøn som fænomen og handling har jeg været inspireret af Juuls perspektiv på retfærdighed i flere af mine tematiske analyser; dels i analyser af det faglige skøn og mulighedsbetingelser i organisationen, dels i tænkemåder i analyser af elementer i skønnet som fænomen. Endelig har jeg været inspireret af Juuls retfærdighedsbegreb i min analyse af, hvorledes vi kan forstå det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen.

De måder, hvorpå jeg således anvender inspirationen fra Juuls dømmekraftsbegreb og det teoretiske afsæt herfor, har fundet sted på tre måder: for det første **1**) har jeg søgt at sætte lys på det faglige skøn som et upåagtet fænomen og virksomhed i borgerservicerende organisationer som led i en *anerkendelseskamp for borgere*, hvis behov for støtte og hjælp først og fremmest må igennem en behovsprøvning forud for inklusion i organisationens hjælpesystem, i anden række professionelles vurderinger og skøn undervejs i udførelsen af de rehabiliterende indsatser. For det andet **2**) har jeg i min tilgang til det faglige skøn været inspireret af det grundlæggende perspektiv på begrebet dømmekraft, som Juul og andre forfattere argumenterer for; et perspektiv, der kan sammenfattes med Aristoteles' begreb *phronesis* eller praktisk fornuft. For det tredje **3**) har jeg anvendt Juuls perspektiv på *anerkendelse* og *det gode liv* såvel som et grundlæggende blik i mine tematiske analyser sammen med andre substantielle teorier.

3.4 Præsentation af substantielle teorier

Et helt centralt element i min analysestrategi er det trin, hvor jeg bevæger mig fra store mængder af koder og tilhørende datasegmenter til dannelse af begreber og begrebssammenhænge frem mod min teoretisering omkring det professionelle faglige skøn. En teoretisering, der finder sted hele vejen i forskningsprocessen og træder mere og mere i forgrunden efterhånden som min kodning af datamaterialet og analyser af empirien skrider frem. Denne teoretisering antager efter Layder (1968) ofte karakter af kombinationer af **1**) min indledende analytiske og begrebslige tænkning frem mod min fremstilling af kendetegn ved det professionelle faglige skøn som fænomen og handling, **2**) min måde

på gennem logisk eller fornuftsbase­ret tænkning at finde frem til relationer mellem teoretiske begreber og empiriske mønstre/forbindelser, **3**) min måde at bevæge mig fra det partikulære og konkrete til mere og mere generaliserede mønstre og **4**) min evne til at skifte perspektiv mellem mikro- og makroperspektiver i mit begrebs- og teoriarbejde (Layder, 1968:100-101; Jacobsen, 2007:273).

I min begrebs- og teoribygning får min teoretiske ramme i form af orienterende begreber og teorier en central rolle gennem den måde, de medvirker til at understøtte og guide arbejdet med datagenereringen på, bl.a. ved at indikere temaer eller aspekter i felten eller det empiriske datamateriale, der efterfølgende bør udforskes nærmere. Endvidere vil disse teorier kunne åbne op for andre relevante begreber og foreslå fortolkninger eller indfaldsvinkler i forhold til min analyse af empirien. Det er dog vigtigt, at holde sig for øje, at de orienterende begreber primært fungerer provisorisk og ikke bliver determinerende i forskningsprocessen gennem den måde, de fremstår som sensitiviserende, indikerende og fleksible begreber, såvel i forhold til aktørernes meningsdannelse og samhandling som på det struktur­mæssige niveau (Layder, 1968:109-110; Jacobsen, 2007:273-274).

I det efterfølgende introducerer jeg kort de områder, hvorfra jeg har hentet teoretisk inspiration samt hentet orienterende begreber og teorier fra undervejs i min datagenerering, databearbejdning/kodning og mit analysearbejde. Min anvendelse af substantielle teorier er foregået med inddragelse af intuition, sensitivitet, kreativitet og fantasi som vigtige elementer i teoretiseringsprocessen kombineret med formaltænkning. Layder argumenterer videre for, at teorier ikke af sig selv vokser frem og præsenterer sig for forskeren, men at den skal konstrueres aktivt gennem det, Layder benævner som *primær*, *sekundær* og *tertiær teori­laborering*. En tilvirkning af teorier, der bygger på min fremadskridende lokalisering, udvikling og fremstilling af kerne- og satellitkoder samt relationer imellem disse (Layder, 1968:106-108; Jacobsen, 2007:274).

Et brugbart element i en adaptiv inspireret teoretiseringsproces er udvikling af *typologier* eller *typologiske modeller* som teoretiske forestillinger genereret i analyseprocessen. Et aspekt Schutz (2005), som beskrevet ovenfor, også peger på som videnskabelig fremstillingsform af aktørernes intersubjektive fortolkninger i det faglige skøn i hverdagens praksis.

Layder definerer typologier som "[...] *systematic classifications of types of social phenomenon as the fall within a particularly category*" (Layder, 1968:73). I mine analyser af det empiriske datamateriale af det professionelle faglige skøn benytter jeg mig af typologiske modeller i min måde at teoretisere og fremstille undersøgelsens resultater på. Styrken ved bl.a. at teoretisere i form af typologier eller typologiske modeller er, at jeg herigen­nem kan styrke: **1**) min måde at stille spørgsmål til mine data og det fænomen, som mine data refererer til, **2**) min tilvirkning af nye teorier gennem min måde at tænke i forbindelser mellem rækker af forskellige begreber, **3**) min måde at organisere det empiriske materiale på frem mod at kunne foretage komparative analyser mellem forskellige

elementer af aktørenes iagttagelser i det faglige skøn samt kontekstens eller organisationens rolle og betydning heri, 4) at stringens og klarhed i min teoretiserende tænkning og virker guidende for mine fortolkninger og bestemmelser af det faglige skøn som fænomen og handling og 5) at kortlægge underliggende forbindelser mellem aktørniveauet (forståelser, handlinger, adfærd) og strukturniveauet (kontekst og mulighedsbetingelser). Kort sagt kan udvikling af typologier/typologiske modeller sammen med substantive teorier være med til at facilitere en proces med et gensidigt samspil mellem teoretiske ideer og koncepter og løbende indsamling og analyse af data (Layder, 1968: 73-77).

Den kompleksitet jeg antager det professionelle faglige skøn har, betyder, at omfanget af substantielle orienterende begreber og teorier er stor og mangefacetteret. I dette afsnit vil jeg derfor afgrænse mig til i oversigtsform at redegøre for hvilke teoriområder der er tale om. Herfra vil jeg inddrage de forskellige substantielle teorier undervejs i mine tematiske analyser af det empiriske datamateriale. I tabel 3.2 er en oversigt over de anvendte substantielle teorier beskrevet henholdsvis i forhold til teorier, der primært retter sig mod aktørdomænet og teorier, der primært retter sig imod strukturdomænet.

Tabel 3.2: *Oversigt over anvendte substantielle teorier*

| Aktørorienterede teorier | Strukturorienterede teorier |
|--|--|
| <p>Fagligt skøn i professionelt socialt arbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktisk fornuft, dømmekraft og skøn <ul style="list-style-type: none"> - Videnformer - Behovsteorier - Hverdagslivsteori og teorier om 'det gode liv' - Anerkendelse - Brugerinddragelse - Læring, dannelse og refleksion i socialt arbejde | <p>Professionel praksis i socialt arbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation og forvaltning <ul style="list-style-type: none"> - Den borgerservicerende organisation - Komplexitet - Beslutning - Tillid - Helhedssyn i socialt arbejde - Ret og retsanvendelse - Institutionel klassifikation - Implementering af politik i praksis |

For de aktørorienterede teorier tager disse udgangspunktet i udfoldelse af *dømmekraft og skøn i socialt arbejde*. I de strukturorienterede teorier er udgangspunktet *professionel praksis i socialt arbejde*. Koblet til de to overordnede områder er en række underliggende og for nogle medierende/brobyggende aspekter knyttet til hvert af de to nævnte områder.

Undersøgelse af det faglige skøn har for det første afsæt i substantielle teorier rettet *mod praktisk fornuft, dømmekraft og skøn* som fænomen (jf. mine tidligere fremstillinger heraf). I den måde, hvorpå professionelle udfolder det faglige skøn på antager jeg, at jeg vil kunne forstå i lyset af teorier om 1) borgerens almenmenneskelige behov samt 2) hvorledes disse behov udfolder sig i borgerens hverdagsliv og livsforløb. Jeg antager videre,

at nogle af de centrale forudsætninger for at kunne bedømme den enkelte borgers vanskeligheder i hverdagslivet med kræft er, **3)** at den professionelle aktør må kunne samarbejde med borgeren på en anerkende måde. Den professionelle udfoldelse af faglige skøn finder endvidere sted i **4)** mødet med borgeren, igennem hvilken der sker inddragelse af borgeren eller brugeren i vurderinger af dennes behov for rehabilitering. Endelig antager jeg, at den professionelle i sin udfoldelse af det faglige skøn **5)** trækker på forskellige videnformer ligesom der **6)** udfoldes refleksionsprocesser i behovsvurderingen og finder situeret læring sted.

For det andet tager undersøgelsen afsæt i substantielle teorier om *professionel praksis i socialt arbejde*. Her har jeg grundlæggende været inspireret af Yeheskel Hasenfelds teorier om den borgerservicerende organisation i det moderne samfund (Hasenfeld, 2003), dels af systemteoretiske perspektiver på den borgerservicerende organisation (Tække & Paulsen, 2008; la Cour, 2002; Thyssen, 2000; Luhmann, 2000). I min forståelse af det faglige skøn og mulighedsbetingelser trækker jeg endvidere på teorier om **1) kompleksitet** og kompleksitetsreduktion i moderne velfærdsinstitutioner samt, **2) beslutning** og **3) tillid** som handlemåde og greb til reduktion af kompleksitet. Hertil kommer den måde, hvorpå **4) helhedssyn** og **5) ret** og *retsanvendelse* i socialt arbejde, **7) institutionel klassifikation** og **8) implementering af politik i praksis** dels er med til at etablere muligheder og grænser for udfoldelse af et fagligt skøn, dels er kendetegnende for borgerservicerende organisationers måde at fungere på.

Til sidst skal det nævnes, at flere teorier og begreber allerede er belyst i min introduktion i kap. 1. Det gælder *skøn og forvaltningsvirksomhed*, *kræft og kræftpatientens situation*, *rehabilitering* samt *dømmekraft og skøn*, således som den optræder i litteraturen.

3.5 Opsamling

I dette kapitel har jeg redegjort for undersøgelsens teoretiske grundlag, der dels omfatter valg af undersøgelsens metateoretiske samt generelle deskriptive perspektiver og analytiske begreber i form af *konstruktivistisk interaktionisme* og *hermeneutisk fænomenologi*. I forhold til min interaktionistiske tilgang er jeg inspireret af Peter L. Berger & Thomas Luckmanns (2002) *videnssociologi* og Niklas Luhmanns (2000) *systemteori*. I forhold til min hermeneutisk-fænomenologiske tilgang er jeg inspireret af Alfred Schuts' (2005) *hverdagslivssociologi*. To perspektiver eller spor, der føjer sig ind som perspektiver i min analytiske tilgang med deskriptive analyser (thick description), meningskategorisering og tematiske analyser, baseret på Derek Layders adaptive metode (Layder, 1998).

Ud over de metateoretiske og generelle deskriptive teorier har jeg introduceret en række *substantielle teorier*, herunder uddybet min inspiration fra Søren Juuls (2010) *dømmekraftsbegreb*; teorier, der dels er valgt ud fra mine forforståelser (jf. kap. 1), dels ud fra mit valg af metateoretiske og generelle deskriptive teorier. Endelig er de substantielle

teorier valgt ud fra mine egne erfaringer og normative forestillinger om influerende mekanismer og strukturer i professionelles udfoldelse af faglige skøn ved vurdering af borgerens behov for rehabiliterende indsatser i et kræftforløb.

De valg, som jeg har foretaget i denne del af min afhandling, har haft en række konsekvenser i det videre forskningsarbejde; konsekvenser, der handler om

- at mit valg af metateoretisk position med konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi har *guidet mit valg af generelle deskriptive teorier* (teoretikere) samt valg af *substantielle teorier*. Disse teorier rummer optikker, der dels er rettet mod den enkelte aktør, dels er rettet imod strukturen eller de sociale systemer samt samspillet imellem disse i min udforskning af det faglige skøn
- at mit valg af analysestrategisk perspektiv og begreber åbner mulighed for, at jeg kan *analysere og dermed fremstille empirisk og teoretisk funderede resultater og teoretiseringer* af professionelle aktørernes udfoldelse af det faglige skøn i fire afdelinger på sundheds- og socialområdet i Randers Kommune; en udfoldelse der giver mulighed for at kunne iagttage, forstå og kendetegne det faglige skøn som fænomen inden for rammerne af mulighedsbetingelser og handlerum i organisationen
- at mit valg af en lang række af substantielle teorier, centreret omkring de to temaområder 1) *det faglige skøn og dømmekraft* samt 2) *professionel praksis* i sundheds- og socialarbejde giver mulighed for teoretiseringer, hvor jeg kobler fortolkninger i mine analyser af empirien med eksisterende substantielle teorier
- at min måde at betragte forholdet mellem empiri og teori på i samfundsvidenskabelig forskning vil virke *gensidig produktiv* for min deskriptive og adaptive analyser af professionelles udfoldelse af det faglige skøn og den betydning konteksten har for konstituering af skønnet i praksis.

Schutz' teoretiske potentiale i undersøgelsen ligger i den måde, hvorpå han redegør for menneskers tænkning og handling i hverdages praksis som en common sense-tænkning, influeret af den intersubjektivitet, der opstår når mennesker lever (arbejder) sammen i biografiske sammenhænge.

Berger & Luckmanns og Luhmanns teoretiske potentialer ligger i denne undersøgelse i den måde, hvorpå de redegør for forløbet i dannelsen og institutionalisering af viden som forståelser, kommunikationer og handlemåder i hverdagens praksis i en organisation.

4. Analysestrategi og metodologi

I dette kapitel redegøres der for undersøgelsen analysestrategi og metodologi. De metodologiske aspekter handler om, hvorledes undersøgelsens analysestrategi forbinder sig med undersøgelsens teoretiske perspektiver. En forbindelse, der for det første leder til og **1)** udfolder sig i undersøgelsens deskriptive analyser og generering af meningskategorier, for det andet **2)** leder frem til generering af en række tematiske analyseområder og gennemførelse af tematiske analyser. Tilsammen muliggør disse analytiske trin grundlaget for at kunne besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål.

Koblet til undersøgelsens analysestrategi redegøres der for anvendelsen af undersøgelsens teoretiske perspektiver. Begrundet i afhandlingens opbygning med syv tematiske analyser redegøres der for metodologiske aspekter og resultater af analyser på de trin af analysestrategien, der går forud for de tematiske analyser, der rummer undersøgelsens resultater. Dermed redegøres der for forbindelsen mellem dannelsen af undersøgelsens tematiske analyseområder og de analytiske trin, der er gået forud for dannelsen af disse.

En detaljeret fremstilling af undersøgelsen deskriptive analyser samt meningskategoriserende og meningskondenserende analyser er dokumenteret i fire selvstændige case-rapporter (Case-rapport 1-2) som forskningsmæssige arbejdsdokumenter.

4.1 Analysestrategi

At beskrive undersøgelsens analysestrategi eller analytiske tilgang er grundlæggende en måde at operationalisere og ekspliciterer mine metodologiske forudsætninger for undersøgelsens datagenerering og analyser, funderet på min metateoretiske position. I forskningstraditioner som empirisme, positivisme og kritisk rationalisme tages 'genstanden' i høj grad for givet. Denne undersøgelse tager udgangspunkt i interaktionisme og fænomenologi, som forholder sig anderledes hertil. Her betragtes genstanden, det faglige skøn, som et socialt konstrueret fænomen der udfoldes i relationer mellem mennesker i en given kontekst. Indholdet og betydning af fænomenet har tilmed en ustabil, flertydig og foranderlig karakter. Empirien eller *det professionelle faglige skøn* beder således ikke om at blive fundet som en fysisk genstand, men skabes og konstrueres som et meningsfyldt fænomen i et samspil mellem de udforskede aktører og forskeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2005:15). I denne proces er der tale om en intuitiv og kreativ men ikke vilkårlig konstruktionsproces.

I undersøgelsen inddrages to forskellige analysestrategiske tilgange (observations- og analysemetoder) i form af: **a)** en deskriptiv analyse (thick description) med sigte på at undersøge og redegøre for den kontekst, hvori professionelle udfolder det faglige skøn

og **b)** en adaptiv inspireret analyse af professionelles udfoldelse af faglige skøn i konkrete situationer/borgersager og den måde, hvorpå de professionelle aktører italesætter og reflektere på i udfoldelsen af det faglige skøn.

Derek Layders adaptive analytik

Et centralt element i mit valg af analysestrategi har dels været et ønske om **1)** at foretage analyser rettet mod aktørernes *subjektive forståelser* (meninger), intentioner og motiver og analyser af, **2)** hvorledes professionelle skaber, vedligeholder og forandrer *det sociale* i den praksis, hvori de indgår som handlende aktører med udfoldelse af faglige skøn. Dermed analyserer jeg på to niveauer, som jeg benævner aktør-/livsverdensniveau og struktur-/systemniveau. I min besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål søger jeg endvidere at kombinere generering af teori og idealtypiske modeller funderet i empiriske data med allerede eksisterende teorier og perspektiver. Denne kombination af empiri og eksisterende teorier kan være en styrke for samfundsvidenskabelig forskning: "*Both general theory and empirical research would benefit from mutual cooperation and dialogue*" (Layder, 1968:7).

Det er netop dette forsøg på at skabe en tættere forbindelse mellem empirisk forskning og teori, der udgør fundamentet i den amerikanske samfundsforsker Derek Layders praktiske strategi for en adaptiv analysestrategi. Jeg anvender således den adaptive teori som en måde at forbinde flere forskellige teoretiske perspektiver på i min undersøgelse. Teorien gør derimod ikke krav på at udgøre en selvstændig og fuldt udviklet teori, der kan appliceres på sociologisk eller samfundsvidenskabelig forskning.

Layders adaptive analysestrategi placerer sig i spændingsfeltet mellem grounded theory og grand theory forstået på den måde, at den analytiske tilgang søger at kombinere generel teori (formal og substantiel teori) med en grounded theory-inspireret tilgang, hvor empirien får lov til at spille en styrende rolle for udvikling af nye teorier (Layder 1998: 38; Jacobsen, 2007:263). I min undersøgelse udfoldes denne tilgang ved, at jeg forud for og undervejs i min datagenerering og analyse af det empiriske datamateriale, inddrager og lader mig inspirere af eksisterende teorier. Disse teorier kan skabe sensitivitet over for den måde, hvorpå jeg iagttager udfoldelse af et fagligt skøn på i den sociale praksis. Samtidigt lader jeg empirien være ledende i mine analyser set i forhold til hvilke eksisterende teorier, der er relevante i min analyse og fortolkning af det genererede datamateriale.

Layder beskriver i sin teori ud fra tre begrebsmæssige domæner eller begrebsindikatorer: aktør-, system- og brobyggende domæne, jf. tabel 4.1 på næste side. Her er aspekter af den sociale virkelighed i forhold til udfoldelse af faglige skøn sat over for Layders generelle begrebstyper, for på den måde at operationalisere de enkelte begrebstyper.

Disse tre domæner og sæt af indikatorer virker som orienterende begreber i kodningen og analysen af datamaterialet. Begreberne kan endvidere fungere som en afbildning af

Layders ontologi: et aktørniveau med fokus på adfærd og handling og et systemniveau (brobyggende/medierende) niveau med fokus på sociale relationer og processer (Layder, 1968:84-97; Jacobsen, 2007:269-271).

Tabel 4.1: Begrebstyper/niveauer relateret til en undersøgelse af fagligt skøn
(Inspireret efter Layder, 1968:85; Jacobsen, 2007:271)

| Begrebstype: | Aspekter af den sociale virkelighed (eksempler) - relateret til iagttagelser af fagligt skøn: |
|---|--|
| Aktør: Adfærds- og handlingsmæssige begreber Meninger (forståelser, motiver mv.) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meninger og forforståelser ▪ Praksisformer ved behovsvurderinger/skøn ▪ Adfærd og kommunikation ifm. vurderinger/skøn ▪ Samhandlingsformer mellem aktører |
| System: Systemiske eller sociale begreber | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationen som kontekst for aktøradfærd ▪ Organisationens funktionsdeling (specialisering) ▪ Styringsmekanismer |
| Brobyggende/medierende begreber: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refleksions- og beslutningsprocessen ▪ Konstruktioner af borgeren som 'problemidentitet' ▪ Dannelse af skønnet som kompetence |
| Generelle sociale teorier: Teoretiske begreber | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Begreber og teorier vedr. ovenstående tre begrebsindikator-forbindelser |

Begrundet i undersøgelsens hermeneutisk-fænomenologiske perspektiv rettes fokus i analyserne mod den enkelte aktørs subjektive meninger, forståelser og handlinger på aktørniveau. Disse søges endvidere analyseret i forhold til Layders systemiske niveau som den organisatoriske kontekst, hvori udfoldelsen og mulighedsbetingelserne for det faglige skøn finder sted. Endelig tager analysestrategien sigte på at analysere nogle af de brobyggende mekanismer, der er med til at koble og institutionalisere udfoldelsen af det faglige skøn på aktør- og systemniveau, fx gennem refleksions- og beslutningsprocesser samt institutionelle konstruktions- og klassifikationsprocesser. De generelle sociale teorier udgøres af undersøgelsen analytiske perspektiver og begreber (jf. kap. 3).

På *aktørniveauet* er fokus observation og beskrivelse af aspekter i aktørernes adfærd, forståelser, forforståelser for adfærd og samhandlinger samt koblinger mellem disse og aktørernes identitet og forståelser i udfoldelsen af det faglige skøn i praksis. Et observations- og forståelsesniveau, der er vigtig i en 'grounded' inspireret undersøgelse, hvor genereret teori om det professionelle faglige skøn skal kunne forbindes tæt til og forstå relevant for de involverede aktører. Det sociale er imidlertid ikke alene udtryk for de enkelte aktørers forståelser og subjektive forståelser, men er influeret af eksisterende sociale *systemer* eller strukturelle faktorer. Faktorer, der øver indflydelse på den enkelte aktørs erfaringer, forståelser, adfærd og handlinger i praksis. Disse faktorer er funderet i

organisationen som kontekst, herunder fx styringsmekanismer er med til at skabe de mulighedsbetingelser, hvori det faglige skøn konstitueres.

Mellem *aktør-* og *systembegreberne* placerer Layder en række syntetiserende eller *bro-byggende/medierende* begreber, der repræsenterer kombinerede effekter af aktør-system-interaktionen som udtryk for såvel subjektive som objektive aspekter i det sociale. I relation til denne undersøgelse kan det fx handle om subjekt-objekt-forhold hvori aktører og organisationer reflekterer, vurderer og agerer i ansigt-til-ansigt relationer ved vurderinger af behov for rehabilitering med evt. bevilling af hjælp eller ved gennemførelse af konkrete rehabiliterende interventioner (Layder, 1968:84-97).

Undersøgelsens adaptivt inspirerede teori og analysestrategi placerer sig mellem *grand theory* og *grounded theory* på den måde, at den dels anerkender og trækker på eksisterende teori (*grand theory*) samtidigt med, at den analytisk søger at lade empirien indtage en fremtrædende rolle i udviklingen af ny teori (Layder, 1968:27; Jacobsen, 2007: 263). Den adaptive analysestrategi har således mange paralleller til en 'modifieret grounded theory'⁴¹ såvel i dens fremgangsmåde som i dens anerkendelse af, at vi ikke kan erkende og undersøge den sociale praksis uden forudgående teori, hvorved jeg ikke indtræder forudsætningsløs i den praksis, som jeg undersøger. Layders modificerede tilgang til grounding af teorier og inddragelse af eksisterende teorier rummer en mere adækvat balance mellem teori og metode, der trækker på det potentiale, der netop ligger i en bevidst inddragelse af eksisterende teorier og teoretiske forforståelser. Ligeledes inddrager jeg ikke alene mikrofænomener men også makroforhold i form af kontekstuelle fænomener og strukturer (Jacobsen, 2002:90-93; Jacobsen, 2007: 264-265). Netop for at styrke undersøgelsens analyser af de brobyggende/medierende mekanismer samt fastholde et blik på det sociale konstituerende betydning for aktørers udfoldelse af det professionelle faglige skøn, vælger jeg at inkludere såvel interaktionistiske som hermeneutisk-fænomenologiske perspektiver i mine analyser i kombination med Layders adaptive perspektiv.

Operationalisering af undersøgelsens analysestrategi

Analyseprocessen er, jf. tabel 4.2 på næste side, forløbet som en proces med tre analytiske trin: **1)** en *thick description* (deskriptiv analyse) og kategorisering og kondensering af forståelser fra CNR-processen og de gennemførte interviews, **2)** en temadannelse med generering af en række tematiske analyseområder og **3)** en række tematiske analyser.

⁴¹ I bilag 19 om min *Kodestrategi* har jeg uddybende redegjort for en analyse af ligheder og forskelle mellem tilgangen i Grounded Theory og Layders (1998) adaptive metode.

Tabel 4.2: *Oversigt over undersøgelsens analysestrategi*

| Trin | Thick description og meningskategorisering/-kondensering | | |
|------|---|---|---|
| | Datagenereringsfase | Empiri | Analysestrategi |
| 1. | Deltagende observation | Feltnoter, lydfiler, dokumenter, inkl. 25 journaler | ▪ Deskriptiv analyse (thick description) |
| | CNR-processen | 27 CNR-besvarelser 4 fokusgruppeinterview | ▪ Adaptiv metode, inspireret af Derek Layder |
| | Interview | 14 individuelle interview 4 fokusgruppeinterview | - Kodning - Meningskategorisering og meningskondensering |
| | Temadannelse | | |
| 2. | Generering af tematiske analyseområder - baseret på meningskategorier fra trin 1 | | - Temadannelse |
| | Tematiske analyser | | |
| 3. | Tematisk analyseområde 1 - baseret på empiri fra trin 1 og eksisterende substantielle teorier | | - Tematiske analyser med kobling mellem empiri og teori |
| | Tematisk analyseområde 2 - baseret på empiri fra trin 1 og eksisterende substantielle teorier | | |
| | osv. | | |

Analysen af empirien er foretaget som tre fortløbende trin: **Trin 1** omfatter en deskriptiv analyse (thick description) af empiri fra den deltagende observation, dokumenter samt meningskategorisering og -kondensering af tekster genereret i case note review-processen og transskriberede tekster fra individuelle og fokusgruppeinterviews.

Gennem analyser på trin 1 genereres en lang række meningskategorier og kondenseringer af de professionelle forståelser og handlinger i udfoldelsen af vurderinger og faglige skøn i hverdagens praksis i hver af de fire inkluderede afdelinger. Disse kategorier af meninger og handlinger er på **trin 2** sammenfattet til en række tematiske analyseområder. På dette trin af analyseprocessen er der foretaget en række valg, fravalg og koblinger blandt de mange forskellige meningskategorier frem mod at generere en række sammenhængende tematiske analyseområder. Det indblik og den forståelse, jeg har opnået gennem trin 1 og 2 udgør fundamentet for på **trin 3** at foretage en række adaptivt inspirerede analyser af undersøgelsens empiri gennem anvendelse af undersøgelsens teoretiske perspektiver, analytiske begreber og eksisterende substantielle teorier.

Resultatet af de gennemførte analyser på trin 1 er opsamlet og dokumenteret i fire selvstændige case-rapporter, der har karakter af forskningsmæssige arbejdsdokumenter.

Trin 1: Deskriptiv analyse og meningskategorisering

En deskriptiv analyse eller 'thick description' udgør efter Pattons (2002) opfattelse fundamentet for kvalitative undersøgelser: "*Thick, right description provides the foundation for qualitative analysis and reporting. Good description takes the reader into the setting being described [...] These classic qualitative studies shared the capacity to open up a world to the reader through rich, detailed, and concrete descriptions of people and places ... in such a way that we can understand the phenomenon studied and draw our own interpretations about meanings and significance*" (Patton, 2002:437-438). Igennem min måde at observere og analysere de professionelle daglige praksis med udfoldelse af faglige skøn og den sammenhæng eller kontekst, hvori den finder sted har jeg for det første **1**) kunne belyse nogle vigtige aspekter, fx af mødet og samtalen med borgeren, anvendelsen af ret, i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn således, som det konkret fremtræder i en given praksis. For det andet **2**) har jeg analyseret og dermed belyst den sammenhæng eller kontekst, hvori det faglige skøn udfoldes og relateres til - ikke mindst mulighedsbetingelser i organisationen for det faglige skøn. Spradley taler i sin etnografisk metodologi om, at "*You will make descriptive observations, whenever you look at a social situation and try to record as much as possible*". Hovedspørgsmålet er her "*What is going on here?*" (Spradley, 1980:73). De spørgsmåls- eller observationstyper, som en thick description kan rettes mod handler om mennesker, daglige aktiviteter, kritiske eller vigtige hændelser, beskrivelse af forskellige fysiske steder/lokaliteter eller sammenhænge, beskrivelse af processer, strukturer, problemstillinger og organisatoriske rammer, herunder ledelse mv. (Patton, 2002: 439; Spradley, 1998: 32-33).

En beskrivende fremstilling og analyse af udfoldelsen af det professionelle faglige skøn former mit fundament for rapportering af undersøgelsens resultater på en måde, hvorpå jeg, som Geertz og Denzin siger, kan "*[...] open up a world to the reader through rich, detailed, and concrete descriptions of people and places - "thick description"*" (Geertz og Denzin i: Patton, 2002:438). Med denne deskriptive del af min analyse søger jeg således at fremstille konteksten for udfoldelsen og forståelsen af det faglige skøn. Samlet set vil min *thick description* medvirke til at kontekstualisere de fire enkeltcases i min undersøgelse og lede til en begyndende identifikation af interessante tematiske analyseområder omkring det faglige skøn som fænomen og praksisform.

I forlængelse af den deskriptive analyse gennemføres en analyse af besvarelserne af spørgsmål i case note review-processen samt transskriberede tekster fra de efterfølgende fokusgruppeinterviews med åbne drøftelser af de udleverede cases og besvarelser af de stillede spørgsmål. Hertil kommer meningskategoriseringer og -kondenseringer af de individuelle og fokusgruppeinterviews i den sidste del af datagenereringsprocessen (trin 3). Her benyttes en analyseform med en *meningskategoriserende adaptiv kodning* efterfulgt af en *meningskondenserende* fremstilling, hvor der fortolkningsmæssigt fokuseres på empiriens meningsindhold (Layder, 1998; Kvale, 2002; Schutz, 2005).

Datagrundlaget for denne del af min analyse baserer sig på 27 skriftlige besvarelser af spørgsmål knyttet til de udleverede cases i case note review-processen samt transskribe-

ringer fra de fire opfølgende fokusgruppeinterviews samt 14 individuelle og 4 fokusgruppeinterviews fra *trin 2* og *3* i min datagenereringsproces (jf. bilag 20: *Datamatrix*). Resultatet af analyser af empirien på dette trin af analysestrategien beskrives efterfølgende i afsnit 4.3.

Trin 2: Temadannelse

Med afsæt i analysestrategiens *trin 1* genereres en række tematiske analyseområder. Resultatet af temadannelsen beskrives efterfølgende i afsnit 4.4.

Trin 3: Tematiske analyser

På dette trin af analysestrategien udfoldes en række adaptivt inspirerede **tematiske og teoretiserende analyser**, baseret på de genererede tematiske analyseområder på trin 2 af analysestrategien. Denne del af analysestrategien er inspireret af Derek Layders teori og metode om "*Linking Theory and Social Research*" (Layder, 1998; Jacobsen, 2007). I kort form forløber den adaptive analyse som en proces med tre sammenhængende faser (Layder, 1968: 51-78).⁴²

I den **første fase** sker der valg af *analytisk fokus* med inddragelse af identificerede meningskategorier, struktureret inden for de genererede tematiske analyseområder genereret på trin 1 af analysestrategien. Her vil genererede satellitkoder i forhold til de meningskategorier (kerne-koder), der udgør baggrunden for mine tematiske analyseområder medvirke til at strukturere de aspekter, som de enkelte tematiske analyser sætter lys på.

I den **anden fase** sker der *begrebsdannelse* med bestemmelse og forbindelse af begrebsindikatorer og begreber gennem udvikling af nye begreber på grundlag af min empiri og koblinger af udvalgte eksisterende teoretiske fragmenter. Undervejs i denne proces identificeres og bestemmes endvidere brobyggende/medierende mekanismer (begreber) mellem aktørerne og systemet eller den kontekst, hvori det faglige skøn udfolder sig.

I den **tredje fase** sker der en *teoretisering* i form af en kobling mellem nyudviklede begreber og eksisterende teoretiske fragmenter og perspektiver. En proces, der foregår løbende undervejs i hele analyseprocessen. Analysen vil her veksle mellem en tilgang, hvor teori danner udgangspunkt for inddragelse af specifikke empiriske datasegmenter som led i belysninger af forskellige aspekter knyttet til det tematiske analyseområde. I andre situationer vil det være specifikke empiriske datasegmenter, der danner afsæt for analyserne for herefter at koble denne med eksisterende teorier i min analyse af et temaområde. En vekslen mellem teori/empiri eller empiri/teori, der er kendetegnende for den adaptive metode.

⁴² Den fjerde fase - kodning - er gennemført på trin 1 i min analysestrategi, hvorfor den ikke indgår på dette trin af min analyse. Derimod er den, som nævnt ovenfor, anvendt på trin 1 af min analysestrategi.

Datagrundlaget for hele denne del af analysestrategien baserer sig især på data fra de 14 individuelle interviews og 8 fokusgruppeinterviews samt data fra case note review-processen. Hertil kommer data og resultater af den deskriptive analyse, der danner et solidt fundament for forståelser og fortolkninger af empiri på dette trin af analysestrategien. Resultaterne af undersøgelsens analyser på dette trin udgøres af de syv tematiske analyseområder i kap. 5-11.

Kodestrategi

Kodningen af de kvalitative data er grundlag for undersøgelsens empiriske og teoretiserende analyser. Dermed er det afgørende for undersøgelsens videnskabelige troværdighed, at behandlingen og kodningen af data gøres *eksplicit*, gennemføres *stringent* og gøres *transparent* for en kvalitetsmæssig bedømmelse bl.a. igennem dokumentation af den anvendte fremgangsmåde.

Kodestrategien er koblet til undersøgelsens videnskabelige og metodologiske grundlag, der er inspireret af adaptiv teori. Ved valget af adaptiv teori som metodologisk ramme søger jeg at håndtere den kritik, der fra forskellig side rejses over for grounded theory (GT) i sin klassiske form (Jacobsen i: Jacobsen, Kristiansen & Prieur, 2002:94-96; Olsen, 2002:130; Christensen m.fl. i: Vallgård & Koch, 2007: 76). En kritik, der håndteres ved at benytte Layders adaptive kodeprincipper, der grundlæggende adskiller sig ved at inddrage eksisterende teori og læsning heraf adaptivt hele vejen igennem forskningsprocessen, herunder i kodeprocessen og ikke som i GT først ifm. den teoretiske kodning (Glaser, 1978; Charmaz, 2006; Bryant & Charmaz, 2010; Hartman, 2005; Guvå & Hylander, 2005). For det andet ved at strukturere selve kodeprocessen ud fra en i forvejen identificeret 'kernepoces' eller problemstilling på en mindre rigid, mindre detaljeret og måske mere intuitiv måde (Layder, 1998:53-56; Jacobsen m.fl., 2002:77-107; Jacobsen i: Antoft m.fl., 2007:268).

Layder påpeger i sin beskrivelse af kodning og analyse af data, at "[...] *the issue of coding is directly relevant to the question of the analysis and interpretation of the data, as well as the development of theory and concepts from the data*" (Layder, 1998:52). Koder bliver i denne undersøgelse således anvendt som en metode til at identificere *forståelser* eller måder at tale om og handle i forhold til det faglige skøn på i det empiriske materiale. Kodning er en induktiv proces, hvori jeg stiller spørgsmål eller undersøger det empiriske datamateriale. Igennem min undersøgelse af materialet søger jeg at identificere, fortolke og benævne sproglige udtryk, hændelser, begivenheder eller processer i forhold til det faglige skøn. Layder beskriver med andre ord kodning som "*classification or labeling the interview data*" (Layder, 1998:53). Set i forhold til Layders definition af kodning, så adskiller den adaptive kodeproces sig fra den klassiske GT-metode ikke ved sit mål eller sin forståelse af den opgave, som der er at kode, men derimod mere ved at processen som nævnt inddrager eksisterende teori på alle trin igennem kodeprocessen (Layder, 1998:

57), dels at processen gennemføres med en større grad af fleksibilitet og mindre komplekse procedurer for kodningen (Layder, 1998:45-49).

I kodeprocessen genereres der koder for alle relevante og interessante datasegmenter i materialet i form af benævnelser for meningsindholdet i de enkelte segmenter, bl.a. med inddragelse af tidligere og nye orienterende begreber og eksisterende teorier. Kodeprocessen afsluttes med en komparation af koder mellem kodninger af materialer for at reducere overlappende koder og identificere felter med ligheder/forskelle. De data, der kodes efter denne strategi, omfatter individuelle skriftlige besvarelser af spørgsmål knyttet til cases i case note review-processen (CNR) og transskriberede tekster fra individuelle og fokusgruppeinterviews.

Håndteringen af kodeprocessen er gennemført manuelt i en lang række Word dokumenter for hvert datasæt (fx besvarelser af en case i CNR-processen). Gennem en længere årrække er der sket en udvikling og stigende anvendelse af computerværktøjer til kodning og analyse af kvalitative data, der erstatter klippe-og-klistre-løsninger ved analyser fx af de ofte mange hundrede siders transskriberede interviewdata. Det drejer sig om systemer som *Textbase ALPHA*, *KIT*, *NUD.IST* og ikke mindst systemet *Nvivo* (Kristiansen & Krogstrup, 2002:177; Patton, 2002:442-447). I mit arbejde med kodning og analyse af undersøgelsens kvalitative data har jeg imidlertid fravalgt brugen af disse it-systemer begrundet i følgende forhold:

1. den kritik eller det problem, at aktører og sammenhænge brydes i stykker, hvorved overblik og centrale indsigter risikerer at forsvinde samt at udskrifterne tingsliggøres, hvorved der ses bort fra deres grundlag i en levende social situation og meninger isoleres fra den kontekst, hvori den mellem menneskelige kommunikation har fundet sted (Kvale, 2002; 173-175; Kristiansen & Krogstrup, 2002: 177).
2. at jeg foretager afdelingsopdelte analyser med kodning af en begrænset del af det samlede datamateriale, fx fra to og op til fem individuelle interviews, hvormed jeg mener at kunne opretholde overblik og kvalitet i min kodning.
3. at den adaptive kodeproces er mindre rigid, mindre detaljeret og måske mere intuitiv end fx den metode, der anvendes i grounded theory, ligesom en traditionel kodning ikke kan anvendes i en funktionel inspireret analyse.

I afhandlingens bilagssamling (jf. bilag 19) er kodestrategien beskrevet uddybende rent metodisk sammen med eksempler på fremanalyserede koder for undersøgelsens datamateriale (jf. bilag 21-22).

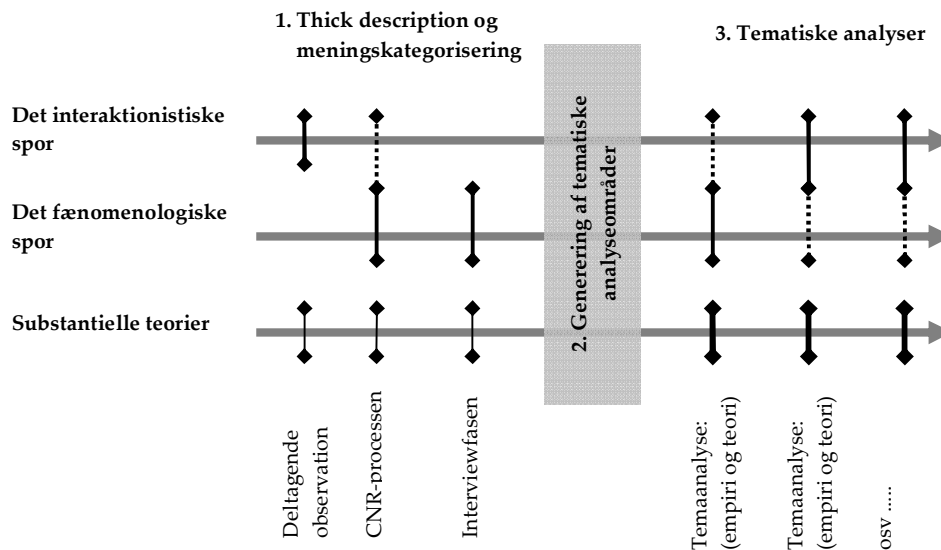
4.2 Anvendelse af de valgte analytiske perspektiver

I kapitel 3 er der redegjort for valg af *samhandlingsteoretiske* perspektiv i form af konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi samt de tre teoretikere,

som jeg trækker på i mit analytiske perspektiv: Alfred Schutz, Berger & Luckmann og Niklas Luhmann. De nævnte perspektiver har dels fungeret som det blik, hvormed jeg konkret har foretaget observationer på i de fire inkluderede afdelinger i Randers Kommune, dels influerer på min måde at stille spørgsmål til informanterne i de gennemførte interviews. I dette afsnit vil jeg, på tværs af de to perspektiver og analytiske begreber fra de nævnte samfundsteoretikere, redegøre for, hvorledes jeg har anvendt disse i min analyse af empirien, for herigennem at kunne besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål. Desuden er en række substantielle teorier inddraget dels i datagenereringsprocessen som *orienterende begreber*, dels i analyser på trin 1 af analyseprocessen som prækoder. Endvidere indgår der substantielle teorier som et væsentligt element i de tematiske analyser.

I fig. 4.1 har jeg søgt at illustrere min anvendelse af henholdsvis konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi. En anvendelse, der er struktureret som to komplementerende 'spor', der på den ene side kobles til trin i min analysstrategi, dels kobles til min empiri og teori/forforståelser i undersøgelsen.

Fig. 4.1: Teoretiske spor i min analyse af undersøgelsens empiri



Begrundet i min forskningsmæssige tilgang med fokus på de empiriske aspekter i det faglige skøn indgår der et spor med substantielle teorier på alle trin af analyseprocessen. Der er også her tale om, at dette spor har betydelig vægt i undersøgelsens analyser frem for generelle (meta)teoretiske perspektiver. Eksempelvis vælger jeg at inddrage forvalt-

ningsretlige regler i analysen af de professionelles retsanvendelse frem for fx Luhmanns teorier om retssystemet⁴³ og forvaltningen, begrundet i et ønske om at forstå dette element i skønnet, i lyset af de betingelser og rammer som de forvaltningsretlige bestemmelser rummer.

Undersøgelsens analyser er gennemført som et sammenhængende forløb med tre trin. På **trin 1** er der foretaget en empirinær analyse af den genererede empiri i form af fase 1 og 2 i datagenereringsprocessen (deltagende observation, dokumenter og CNR-processen). Analyserne i denne fase er foregået såvel ud fra et interaktionistisk perspektiv som et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv. Som det fremgår af fig. 4.1 ovenfor har jeg i dette forløb vekslet mellem de to hovedspor af teoretiske perspektiver i mine analyser. Mere konkret har min anvendelse af de to perspektiver og begreber fra de valgte generelle deskriptive teorier fundet sted på følgende måde:

- Afhængigt af det empiriske datamateriales karakter og fokus i min datagenereringsstrategi (jf. tabel 2.1) har jeg haft *forskellige analytiske tilgange*. Således har jeg i analysen af min deltagende observation haft et interaktionistisk perspektiv. I analysen af data fra CNR-processen har jeg overvejende haft et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv, medens jeg i analysen af empiri fra interviewfasen har inddraget begge perspektiver; aktørernes subjektive forståelser, intentioner og motiver samt aktørernes adfærd og handlinger i samspil med det sociale og fællesskabet i konteksten.
- Perspektiver og begreber fra de tre samfundsteoretikere Schutz, Berger & Luckmann samt Luhmann har i denne fase af mine analyser udgjort en del af den teoretiske *forforståelse*, jeg har observeret, interviewet og analyseret ud fra. Dette er dels sket ifm. udformning af observationspunkter og spørgsmål i de guides jeg har anvendt i datagenereringsprocessen (jf. bilag 3-5, 9-19 og 17), dels som 'orienterende begreber' og perspektiver i min initiale kodning af mit datamateriale (jf. uddybningen af kodestrategien, bilag 19)

Hertil kommer, at teorier indlejret i min forforståelse (jf. kap.1) og øvrige substantielle teorier (jf. afsnit 3.4) på trin 1 af min analyse af empirien dels er anvendt som *orienterende begreber* i min datagenerering, dels som initiale koder i min kodning af det empiriske datamateriale.

På **trin 2** blev der gennemført en generering af tematiske analyseområder gennem en induktiv tværgående analyse af resultater af de deskriptive analyse og genererede meningskategorier på trin 1.

På **trin 3** er der foretaget en række adaptivt inspirerede analyser med inddragelse af undersøgelsens empiri og substantielle teorier. Analyserne på dette trin har, som vist i fig.

⁴³ Her refererer jeg til Luhmann, Niklas & Martin Albrow (1983): *Rechtssociozoilogie*. Opladen: Westdeutscher Verlag. (A *Sociological Theory of Law*. London: Routledge and Kegan Paul, 1985) samt Luhmann, Niklas (1997): *Recht und Automation in der öffentlichen Verwaltung*. Berlin: Duncker & Humboldt.

4.1 ovenfor, haft en overvejende *hermeneutisk-fænomenologisk* tilgang med fokus på forståelse af den enkelte aktørs meningsdannelse. Det *interaktionistiske* perspektiv er især inddraget i de tematiske analyser, der retter sig imod mulighedsbetingelser i organisationen og forståelse af det faglige skøn i lyset af disse mulighedsbetingelser. Mere konkret har min anvendelse af de generelle deskriptive og de substantielle teorier fundet sted på følgende måde:

- I nogle af de tematiske analyser er den enkelte analyse struktureret i forhold til udvalgte perspektiver og begreber i undersøgelsens generelle deskriptive teorigrundlag. Eksempelvis struktureres analysen af de professionelle møde og samtale med borgeren ud fra Luhmanns teori om mening (Luhmann, 2000:114-122). Ud fra dette perspektiv på meninger søges disse endvidere forstået som intersubjektive sproglige udtryk og handlinger i den professionelle samspil med borgeren i mødet og samtalen om behov for rehabilitering. I andre analyser er det substantielle teorier, der udgør det strukturerende blik i en tematisk analyse, fx i analysen af retsanvendelse og retssikkerhed.
- Undervejs i de tematiske analyser indgår perspektiver og begreber i de generelle deskriptive teorier sammen med substantielle teorier som *analytisk redskaber*. Et eksempel er her temaet om institutionelle klassifikationsprocesser, hvor substantielle teorier kobles til Berger & Luckmanns teori om institutionalisering af menneskers handlinger (Berger & Luckmann, 2002:65-112) sammen med flere substantielle teorier.
- Endelig anvendes de generelle deskriptive perspektiver og substantielle teorier som det fundament, hvorpå jeg *kan forstå* de professionelle udfoldelse af faglige skøn og her igennem generere viden om og idealtypiske modeller af det faglige skøn som et fænomen, der er indlejret i de professionelle praksis.

Undersøgelsens generelle og substantielle deskriptive teorier er således både blevet anvendt implicit og eksplicit, i første omgang i datagenereringsfasen, senere på forskellige trin og niveauer i analysen af empirien. Her har det hermeneutisk-fænomenologiske spor været dominerende, men ikke uden at de professionelle forståelser og handlinger må forstås i lyset af de sociale strukturer og processer i hverdagens praksis. Derfor er denne kobling mellem det interaktionistiske og det fænomenologiske spor også forbundet i fig. 4.1 rent grafisk, hvilket også illustrerer, at der i analyserne ikke kan trækkes et skarpt skel mellem et hermeneutisk-fænomenologisk og et interaktionistisk perspektiv i de enkelte tematiske analyser.

En begrundelse for at undersøge det faglige skøn som fænomen ud fra såvel et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv med Schutz' hverdagslivssociologi sammen med et struktur-/systemorienteret interaktionistisk perspektiv med Berger & Luckmann' videnssociologi samt Niklas Luhmanns systemteori er, at betydningen af strukturen for det sociale kritiseres for at forsvinde i de mere mikro-sociologiske perspektiver i fænomenologien (Andersen, 1998: 65). Ved netop at inddrage de to 'spor' i sammenhæng kan det

dynamiske samspil mellem aktørerne og deres forståelser og handlinger i skønnet sættes ind i og forstås i lyset af den rolle og betydning strukturer/socialt systemer har i og for udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Strukturen i det sociale eksisterer ikke uden tænkende og handlende mennesker, ligesom mennesker ikke eksisterer i et tomrum, men indgår i relationer med andre mennesker i en social sammenhæng og struktur.

Med mit valg metateori og deskriptive perspektiver, der henholdsvis har fokus på aktørerne og strukturen/de sociale systemer må jeg som konsekvens heraf benytte en analysestrategisk tilgang, der formår at gribe begge disse to hovedperspektiver. Valg af Layders (1998) adaptive teori og metodologi i min analysestrategiske tilgang giver mulighed for at kunne analysere det empiriske materiale og foretage teoretiseringer baseret på perspektiver og begreber i det valgte deskriptive teoriapparat.

4.2 Resultater af deskriptiv analyse og meningskategorisering

Analysen af det empiriske datamateriale er, som nævnt i afsnit 4.1, gennemført som tre fortløbende trin. På trin 1 er der gennemført en omfattende deskriptiv analyse (thick description) af empiri genereret via deltagende observationer og samling af dokumenter, dels gennemført en adaptiv inspireret kategorisering og kondensering af forståelser i tekstmateriale bestående af skriftlige besvarelser af spørgsmål i case note review-processen samt en lang række interviews. I dette afsnit redegøres der for resultaterne af mine analyser på trin 1 af analysestrategien i form af en sammenfatning af kontekstuelle aspekter og meningskategorier af det professionelle faglige skøn i de fire inkluderede afdelinger.

Denne indsigt og forståelse, der er genereret på trin 1 og 2 af analyseprocessen, er opnået ved dels at anvende en *adaptiv metode* (Layder 1998), dels ved at trække på undersøgelsens teoretiske perspektiv med *konstruktivistisk interaktionisme og fænomenologi*. For det første ved at iagttage og analysere de enkelte aktørers intersubjektive forståelser i en common sense-tænkning; dels ved at analysere sproglige udtryk og handlinger i faglige skøn som udtryk for kendetegn ved skønnet som en viden, der genereres i den sociale sammenhæng, hvori skønnet udfoldes. Hertil kommer forståelse af elementer i undersøgelsens forskningsspørgsmål (jf. afsn. 1.3) samt *dømmekraft* som fænomen (jf. afsn. 1.4) i mit blik på empirien og anvendelse af eksisterende substantielle teorier.

Resultater af den deskriptive analyse (thick description)

Gennem min deltagende observation i de fire afdelinger med observation af afdelingernes praksis samt indsamling og analyse af dokumenter blev der genereret et omfattende

datamateriale, der er dokumenteret i fire case-rapporter (Case-rapport 1-4). I disse rapporter er der redegjort for

- organisationen som kontekst for de professionelle vurderinger og faglige skøn i forhold til borgernes situation og vanskeligheder i forhold til behov for rehabilitering
- praksis ved vurderinger/skøn i konkrete vurderingssituationer med/uden borgerdeltagelse, fx ved visitationsbesøg i borgerens eget hjem, samtaler mellem borgeren og sagsbehandleren i afdelingen eller drøftelser af borgerens situation og anmodning om hjælp ved interne møder i afdelingen. Der kunne også være tale om drøftelser af borgernes sager mhp. afdelingens praksis for bedømmelse af de enkelte sager eller typer af sager (fx ansøgninger om bestemte hjælpemidler, kriterier for forlængelse af sygedagpengesager)
- praksis for dokumentation af vurderinger og faglige skøn i borgerens sag (journal eller andet dokumentationssystem) samt
- italesættelser af behovsvurderinger og faglige skøn i officielle dokumenter i afdelingerne (fx kvalitetsstandarder, informationsmaterialer til borgerne, love og vejledninger).

I min deskriptive analyse af data fra min deltagende observation har jeg, inspireret af Berger & Luckmanns teori, dels haft et blik på, hvorledes udfoldelsen af faglige skøn i de professionelle daglige praksis er med til at konstituerer forståelser og handlinger i det faglige skøn, dels et blik på den indflydelse praksis har på de professionelle udfoldelse af skønnet i hverdagens praksis. Det har jeg for det første gjort ved **1**) at analysere hverdagens praktiske opgaver (*vaner*) i de enkelte afdelinger med vurderinger af borgernes behov for rehabilitering. For det andet **2**) har jeg iagttaget hvorledes *eksternaliseringer* af forståelser og handlinger i ansigt-til-ansigt relationer (borger /professionel; professionel/professionel) kommer til udtryk; udtryk, som jeg har observeret og mødt som sproglige italesættelser i de professionelle daglige arbejde med konkrete vurderinger hos borgere med behov for støtte og hjælp. Det er netop i relationelle situation mellem aktører involveret i behovsvurderinger, at forståelser og handlinger *i og af* det professionelle faglige skøn træder frem som eksternaliseringer af det faglige skøn. For det tredje **3**) har jeg observeret og analyseret *typificeringer* af forståelser og handlinger i det faglige skøn, således som disse kommer til udtryk gennem hverdagens praktiske rutiner, i møder med drøftelser af konkrete borgeres behov for rehabilitering, i praksis for dokumentation af vurderinger/skøn i borgerens journal, i organisationens formelle dokumenter samt i standardiserende programmer anvendt i udfoldelsen af vurderinger og skøn af borgerens behov for rehabiliterende indsatser. Typificeringer, der er med til at *institutionalisere* organisationens daglige praksis, fx med iagttagelsespunkter (hvorfra borgeren vurderes), definitioner af vanskeligheder og behov for hjælp (problemdefinitioner) og måder at håndtere borgerens situation og vanskeligheder på (problemløsningsmåder) for organisationen (Berger & Luckmann, 2002).

Analyser af data på dette trin af datagenereringsprocessen (trin 1) blev der genereret følgende aspekter af betydning for og som elementer i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn:

- forvaltningsmæssige kendetegn for den enkelte afdeling (myndighed, udførerfunktion)
- ret og retsanvendelse, herunder lokalpolitiske programmer som kvalitetsstandarder
- omfanget af fokus på henholdsvis kontrol/tilpasning samt støtte til realisering af 'det gode liv' for borgeren
- bredden i de vurderede helbredsrelaterede gener og andre vanskeligheder i hverdagslivet i forhold til vurderingen af behov for rehabilitering, herunder bredden i de anvendte perspektiver i forhold til rehabilitering
- graden af kompleksitetsreduktion i behovsvurderingen og det faglige skøn
- tid til samtaler med borgeren
- betydningen af borgerens egen fortælling eller selvfremsættelse i samtalen med den professionelle, såvel set i forhold til den relationelle betydning som i forhold til betydningen for beslutninger i sagen
- om og hvorledes det faglige skøn træder frem i afgørelser eller andre beslutninger vedr. borgerens rehabilitering
- vurderingsprocessens kompleksitet, herunder beskrivelser af vurderingsprocessens elementer og forløb samt identifikation af faglige skøn undervejs i denne proces.

Ovennævnte aspekter og elementer indgår alle i undersøgelsens tematiske analyser i de efterfølgende kapitler (kap. 5-11).

Grundlaget for ovenstående resultater af analyser på trin 1 af analysestrategien med aspekter og elementer i det faglige skøn bygger på data fra den deltagende observation i form af feltnoter, herunder elektroniske lydfiler; dokumenter, herunder i alt 25 journaler fra de fire afdelinger.⁴⁴

Meningskategorisering

På dette niveau i mine analyser (trin 1 af analysestrategien) har jeg inddraget min hermeneutisk-fænomenologiske tilgang med begreber, som jeg henter fra Schutz' hverdagssociologi (2005). Denne tilgang er anvendt såvel i analyser af sproglige italesættelser af det professionelle faglige skøn i empiri fra min CNR-proces som fokusgruppeinterviews og individuelle interviews i fase 2.0 og 2.1 samt 3.0 og 3.1 i min datagenereringsproces.

⁴⁴ De konkrete empiriske data, der her er benyttet relaterer sig til A 1-6, B 1-7, C 1-6 og D 1-5, jf. min datamatrix i bilg 20 i min bilagssamling.

Med Schuts' begreb om *common sense-tænkning* (Schutz, 2005) som blik på min empiri har jeg analyseret, hvorledes professionelles forståelser og italesættelser af handlinger *i* og *af* det faglige skøn her kommer til udtryk i sproglige italesættelser. Med Schutz' *common sense*-begreb har jeg haft det udgangspunkt i mine analyser, at professionelle anvender og producerer fortolkninger og handleformer i praksis. Forståelser, der dels allerede er til stede i den aktuelle praksis, dels forståelser den enkelte aktør over tid selv producerer som fortolkninger i denne selv samme praksis som et dynamisk samspil mellem fænomen, kontekst og fortolkning/forståelse. Dermed vil fortolkninger således aldrig nå et slutpunkt, men udgøre et flydende, ustabil og flertydigt fænomen.

Schutz' teori peger med andre ord på, at forståelser og handlinger udfoldes inden for rammerne af social virkelighed, en organisation og dens praksis, der allerede er fortolket. Denne fortolkning betyder, at organisationen fra starten rummer opfattelser, viden og handlerepertoire, der præsenteres for og bliver overleveret til den enkelte aktør og tages for givet af denne. Endelig fortolker den enkelte aktør selv inden for rammerne af disse overleverede forståelser, fx forståelser knyttet til det faglige skøn.

Fortolkningsprocessen finder sted i *intersubjektive relationer* i daglige ansigt-til-ansigt-relationer i organisationen, især i relationer tæt på den enkelte aktør som såkaldte *konso-ciater*, der omfatter aktører der 'er hinandens hverdagsliv'. Intersubjektiviteten betyder også iflg. Schutz, at der opretholdes en høj grad af fælles forståelse (perspektivernes reciprocitet) af forståelser og handleformer i en social praksis. Denne relation får således karakter af den mekanisme, som Berger & Luckmann (2002) betegner som *internalisering*, hvor eksternaliserede forståelser og handleformer via en objektivisering, hvor disse tages for givet af aktørerne i praksis, føres tilbage til aktørernes bevidsthed, fx som opfattelser og handleformer *i* og *af* det professionelle faglige skøn. Dermed vil der kunne genereres meningskategorier ud fra min empiri, der kan udgøre typificerede konstruktioner af elementer og processer i det professionelle faglige skøn.

Det vil endelig være ud fra disse typificerede konstruktioner, vi kan forstå de professionelles måder at tænke og handle på i udfoldelsen af faglige skøn. Det kan vi fordi professionelle, som Schutz påpeger i sit begreb om *rationalitet*, handler i en *common sense*-verden, hvor handlinger kun er delvist rationelle influeret af typificerede konstruktioner af de aspekter, som indgår og betragtes som relevante i den konkrete sociale praksis.

Resultater: Meningskategorier fra fase 2.0 og 2.1 i datagenereringsprocessen

Denne del af min datagenereringsproces (fase 2) bygger på to selvstændige men tæt sammenhængende delfaser: **1)** en case note review-proces (CNR-proces) med besvarelse af spørgsmål knyttet til to realistiske cases fra informanternes egne afdelinger efterfulgt af **2)** et opfølgende ustruktureret fokusgruppeinterview.

I denne fase blev der i mine analyser kodet og genereret italesættelser af en lang række meninger og meningskategorier af det professionelle faglige skøn fra de deltagende informanter. De genererede meningskategorier opdeles nedenfor i forhold til hver af de fire afdeling vel vidende, at der for en række af disse er tale om helt eller delvis sammenfaldende kategorier. Det skal dog bemærkes her, at samme kategori ofte rummer forskellige udtryk og nuancer, der vil blive søgt synliggjort i mine tematiske analyser. Ligeledes er der sket en kobling af meningskategorier fra analyser af de skriftlige refleksioner i case note review-processen og det opfølgende fokusgruppeinterview.

Visitationsenheden

Analyser af data fra *Visitationsenheden* førte i denne fase frem til meningskategorier om italesættelser af vurderinger og skøn, der handler om **1)** borgeren, hvor informanterne beskrev aspekter om a) *sygdom, helbred og senfølger*, b) *mødet og samtalen med borgeren*, c) betydningen af *at møde borgeren i hjemmet*, d) *funktionsevne og funktionsevnedssættelse*, herunder fortolkning af borgerens/familiens situation, e) *afgørelser om hjælp* og f) *rehabilitering*; **2)** vurderingsarbejdet, der handler om a) *vurderingsprocessen*, b) *anvendelse af ret og regler*, c) *perspektiver på borgerens situation*, d) *tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*, e) *medarbejderen som moralsk person* og f) *personlige normer*.

Sygedagpengeafdelingen

Analyser af data fra *Sygedagpengeafdelingen* førte på samme måde frem til meningskategorier om italesættelser af vurderinger og skøn, der handler om **1)** borgeren, hvor informanterne beskrev aspekter om a) *sygdom og helbred*, b) *kendskab til borgeren*, c) *samtalen* og d) *konsekvenser for borgeren*; **2)** vurderingsarbejdet, der handler om a) *sagsbehandling*, b) *arbejdsmarkedstilknytning*, c) *retsregler*, d) *samarbejdspartnere og koordinering*, e) *sagsbehandlingen som person* og f) *vurderings- og refleksionsproces*.

Rehabiliteringsenheden

Analyser af data fra *Rehabiliteringsenheden* førte frem til meningskategorier om italesættelser af vurderinger og skøn, der handler om **1)** borgeren, hvor informanterne beskrev aspekter om a) *sygdom og helbred*, b) *borgerens situation og vanskeligheder*, c) *mødet og samtalen med borgeren*, d) *identifikation af behov for rehabilitering*, e) *information af borgeren*, f) *handling i praksis*, g) *konsekvenser for borgeren*; **2)** vurderingsarbejdet, der handler om a) *myndighedsrollen*, b) *faglig og erfaringsbaseret refleksion i vurderinger og handling*, c) *samarbejde og koordinering* og d) *faglig-kritisk selvrefleksion*.

Hjemmesygeplejen

Analyser af data fra *Hjemmesygeplejen* førte frem til nogle anderledes og kondenserede meningskategorier om italesættelser af vurderinger og skøn, der handler om **1)** borgeren, hvor informanterne beskrev aspekter om a) *borgeren/familiens situation og vanskeligheder* med identifikation af behov for hjælp, b) *relationen - etablering, opretholdelse og*

udvikling, c) *borgerinddragelse* - samarbejde med og støtte af pårørende; 2) vurderingsarbejdet, der handler om a) *handling* - med håndtering af pleje- og behandlingsopgaver, b) *koordinering og samarbejde*, herunder tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og c) *refleksioner og vurderinger*, herunder faglige og kritiske vurderinger.

Det empiriske grundlag for ovenstående resultater af min meningskategoriserende analyse er data fra min case note review-proces i form af cases og 27 skriftlige besvarelser af spørgsmål knyttet til de udleverede cases og transskriberede tekster fra fire opfølgende fokusgruppeinterviews.⁴⁵

Resultater: Meningskategorier fra fase 3.0 og 3.1 i datagenereringsprocessen

Denne sidste del af min datagenereringsproces bygger, som tidligere beskrevet, på to interviewforløb: 1) et individuelt interview af hver af de 14 inkluderede informanter og 2) et afsluttende fokusgruppeinterview i hver af de fire afdelinger.

I denne fase af min datagenerering blev der via mine adaptivt inspirerede analyser genereret forståelser og uddybninger af en lang række tidligere genererede aspekter og meningskategorier om det professionelle faglige skøn. De genererede kategorier viste sig i vidt omfang at være sammenfaldende for alle fire afdelinger, hvorfor min fremstilling ikke opdeles i forhold til de enkelte afdelinger men omfatter alle fire afdelinger. Visse meningskategorier var imidlertid mere fremtrædende i enkelte afdelinger frem for andre; hvor det er tilfældet markeres disse, fx på denne måde: ^{Vis.} = *Visitationenheden*.⁴⁶

I mine analyser på dette trin anvender jeg, som beskrevet tidligere, samme teoretiske tilgang, som for data fra fase 2.0 og 2.1 i min datagenereringsproces, dvs. Schutz' hverdagslivssociologiske begreber.

De genererede meningskategorier i alt 18 interviews var følgende:

- Hjemmebesøget / mødet med borgeren som dominerende fortælling
- Ni funktionsområder som dominerende iagttagelsespunkt ^(Vis.)
- Rammer og love som dominerende programmer ^(Vis. / SDP)
- Transformerings af borgeren fra hjælp-søgende til hjælp-berettiget
- Perceptioner, refleksioner og vurderinger som en faglig bestemmelsesproces
- Aktørernes programmering til iagttagelse af borgeren
- Organisationens programmering af et virksomheds- og fortolkningsrum.

⁴⁵ De konkrete empiriske data, der her er benyttet relaterer sig til A 7-9, B 8-10, C 7-9 og D 6-8, jf. min datamatrix i bilag 20 i min bilagssamling.

Når der er 27 og ikke 28 besvarelser fra de 14 informanter skyldes det, at det ikke var relevant/muligt for én af informanterne at besvare spørgsmål til den ene af de to udleverede cases.

⁴⁶ I min bilagssamling, jf. bilag 22, findes der et eksempel på min meningskategorisering (kerne-koder) sammen med de delaspekter (satellitkoder), der indgik i denne analyse.

Grundlaget for de ovennævnte meningskategorier er transskriberede tekster fra 14 individuelle interviews og 4 fokusgrupeinterviews.⁴⁷

4.3 Generering af tematiske analyseområder

Gennem mine deskriptive og meningskategoriserende analyser har jeg, som beskrevet ovenfor, fremanalyseret en lang række af kategorier og kontekstuelle aspekter, der hver især og sammen medvirker til at belyse kendetegn ved det professionelle faglige skøn og den kontekstuelle forbundenhed, dette skøn har.

Denne meningskategoriserende analyse af mit omfattende datamateriale er på trin 2 i min analysestrategi sammenfattet i en række tematiske analyseområder, der på en systematisk og produktiv måde vil kunne være med til at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål.

Undersøgelsens overordnede tematiske analyseområder vil herefter være følgende:

- *mødet og samtalen* med borgeren (kap. 5)
- *retsanvendelse og retssikkerhed* i det faglige skøn (kap. 6)
- det faglige skøn som *institutionel klassifikationsproces* (kap. 7)
- det faglige skøn som *refleksions- og beslutningsproces* (kap. 8)
- det faglige skøns *dannelse* som kompetence (kap. 9)
- *mulighedsbetingelser* for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen (kap. 10).

Med afsæt i ovennævnte seks tematiske analyseområder gennemføres der en tværgående tematisk analyse af, *hvorledes det faglige skøn kan forstås i lyset af mulighedsbetingelser og handlerum* for de professionelle aktører i de fire inkluderede afdelinger (kap. 11).

Analyser af de seks tematiske analyseområder og en tværgående analyse af skøn, mulighedsbetingelser og handlerum i organisationen vil hver især belyse en række centrale aspekter omkring det professionelle faglige skøn. Undervejs i genereringen af undersøgelsens tematiske analyseområder er der foretaget en række fravalg af delaspekter og tilvalg af hovedaspekter, som jeg har fundet relevante og interessante i forhold til besvarelse af undersøgelsens forskningsspørgsmål.

Hver af de syv tematiske analyser afsluttes med en konklusion med kobling af analysen af temaet i forhold til undersøgelsens teoretiske perspektiver.

⁴⁷ De konkrete empiriske data, der her er benyttet relaterer sig til A 10-11, B 11-12, C 10-11 og D 9-10, jf. min datamatrix i bilg 20 i min bilagssamling.

4.1 Opsamling

Med valg af Layders adaptive metodologi som afsæt for undersøgelsen analyseres min metateoretiske position og valget af teoretiske perspektiver med *hermeneutisk-fænomenologi* og *interaktionisme* i et *konstruktivistisk* perspektiv og samhandlende aktører i en borgerservicerende organisation som kontekst herfor til en analytisk-teoretisk tilgang i analysen af mit empiriske datamateriale.

Beskrivelsen af analysestrategien og anvendelsen af undersøgelsens to niveauer af teoretiske perspektiver søger at eksplicite, hvorledes analysen og inddragelsen af teorier har bevæget sig fra empirinære deskriptive analyser af konteksten, over de professionelle aktørers italesættelser af skønnen i vurderinger af konkrete borgersager i CNR-processen interviews og frem til generering af syv tematiske analyseområder. Resultaterne af analysestrategiens første to trin beskrives her i form af emner og meningskategorier, fremstillet og dokumenteret empirisk i fire selvstændige case-rapporter som forskningsmæssige arbejdsdokumenter.

Med afsæt i undersøgelsens forskningsspørgsmål indledes de tematiske analyser med fire analyser af aspekter, der er med til at kendetegne *det faglige skøns anatomi*, forstået som en række sammenhængende og samvirkende elementer. De fire tematiske analyser omfatter 1) *mødet og samtalen med borgeren*, 2) *retsanvendelse og retssikkerhed*, 3) *det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces* og 4) *refleksions- og beslutningsprocesser* i det faglige skøn.

I udfoldelsen af det professionelle faglige skøn udgør *mødet og samtalen med borgeren* og *anvendelsen af ret og retssikkerhed* to meget centralt omdrejningspunkter. I en tematisk analyse af mødet og samtalen med borgeren søger jeg at belyse den rolle og betydning dette aspekt har i det faglige skøn. En analyse af mødet og samtalen med borgeren, der dels rummer et møde med et system, dels indeholder et relationelt møde mellem to aktører, hvori der kan iagttages forskellige forståelses- eller betydningsdannelser.

I forlængelse heraf analyseres det andet af de to centrale omdrejningspunkter i udfoldelsen af faglige skøn - *anvendelsen af ret og borgerens retssikkerhed* ved skønmæssige afgørelser. Analysen her belyser, hvorledes de eksisterende retssikkerhedsbestemmelser muliggør en sikring af borgerens retssikkerhed ved skønmæssige afgørelser i konkrete individuelle vurdering af borgerens situation, vanskeligheder og behov for rehabilitering. Betydningen heraf skal ikke mindst set i lyset af den placering og rolle anvendelsen af ret og andre politisk fastsatte standarder især har i udfoldelsen af retlig forvaltningsvirksomhed i en borgerservicerende organisation; et felt, der særligt har min opmærksomhed i denne undersøgelse.

En af de konsekvenser, som praksis for udfoldelsen af det faglige skøn rummer, knytter sig til de *institutionelle klassifikationsprocesser* igennem hvilke, borgeren konstrueres som 'hjælp-berettiget' borger og videre til en 'sag' i institutionen eller den borgerservicerende

de organisation. En tematisk analyse beskæftiger sig med dette perspektiv, hvor min empiri sættes i spil over for teoretiske perspektiver på klassifikationsprocessen.

Det sidste element i analysen af aspekter, der ser ud til at være central for besvarelsen af spørgsmålet om kendetegn for det faglige skøn er, hvorledes professionelle *reflekterer* i og træffer *beslutninger* om adgang til og indhold i rehabilitering hos borgere i et kræftforløb, bl.a. baseret på oplysninger og observationer i mødet og samtalen med borgeren samt organisationens mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn.

En tilgang til forståelse af aktørernes forståelser og handlinger i det faglige skøn er den rolle og betydning, som det faglige skøns *dannelse som kompetence* hos den enkelte aktør ser ud til at have. I en femte tematiske analyse vil jeg derfor sætte lys på den måde, hvorpå den enkelte aktør anvender og videreudvikler sine personligfaglige vurderingskompetencer i en borgerservicerende organisation. Kompetencer, der kommer til at udgøre den ene af de to 'sider', der udgør det professionelle faglige skøns mulighedsbetingelser; den professionelle eller aktøren som et *dannet og kompetent* menneske og organisationen eller konteksten.

De fem ovennævnte tematiske analyser er rettet imod besvarelse af det første af to delspørgsmål i undersøgelsens forskningsspørgsmål om kendetegn ved det faglige skøn (jf. afsnit 1.1).

For at forstå ovennævnte analyser fuldt ud må konteksten i den borgerservicerende organisation inddrages og analyseres. En analyse af *mulighedsbetingelser og handlerum* for udfoldelse af det faglige skøn i konteksten vil endvidere kunne danne afsæt for besvarelse af det andet af de to delspørgsmål i undersøgelsens forskningsspørgsmål. I en undersøgelse, hvor fokus særligt retter sig imod den enkelte aktør som et selvstændigt, forståelseskabende, reflekterende og samhandlende individ kan der argumenteres for "[...] at meningsfulde fænomener kun er forståelige i den sammenhæng eller kontekst, de forekommer i. Det er sammenhængen, der giver dem en bestemt mening og fremskaffer de nøgler, man må have for at kunne forstå dem. For at kunne udlæse den mening, de måtte have, må forskeren derfor placere dem i deres rette sammenhæng" (Andersen, 2002:176). Det betyder, at skal vi kunne forstå de professionelle aktørers forståelser og handlinger i det faglige skøn, må vi have et fundament eller et sæt af nøgler, der sætter os i stand til at forstå aktørernes forståelser i det faglige skøn i en samhandlende borgerservicerende organisation.

For at besvare det sidste af undersøgelsens to forskningsmæssige delspørgsmål - hvorledes forståelser og handlinger i det professionelle faglige skøn kan forstås i lyset af *mulighedsbetingelser og handlerum for udfoldelsen af det faglige skøn*, afsluttes mine tematiske analyser med en analyse af perspektiver i det faglige skøn. Ud fra kendetegn i de professionelles udfoldelse af faglige skøn i fire forskellige organisatoriske enheder med meget forskellige mulighedsbetingelser foretages en sammenlignende analyse af dominerende *perspektiver* i de professionelles udfoldelse af det faglige skøn i praksis. En analyse, der leder frem til en placering af de inkluderede aktører og organisatoriske enheder på et

kontinuum mellem et aktør- og livsverdensperspektiv og et struktur- og systemperspektiv.

Mit valg af de syv tematiske analyseområder søger at synliggøre en sammenhæng, hvor jeg med afsæt i undersøgelsens teoretiske perspektiver bevæger mig igennem en række tematiske analyser af centrale elementer, der dels kan være med til at kendetegne det professionelle faglige skøn som fænomen og forstå dette i lyset af mulighedsbetingelser og handlerum i en borgerservicerende organisation.

5. Mødet og samtalen med borgeren

Gennem mine første analyser af det empiriske datamateriale træder der italesættelser frem af en af de vel mest dominerende fortællinger af alle blandt de fortællinger, som denne undersøgelse har åbnet op for. En fortælling om mødet og samtalen med borgeren ifm. vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i dennes kræftforløb.

De mange fortællinger om mødet og samtalen med borgeren har meget forskelligt indhold og rummer mange forskellige betydninger eller forståelser af udfoldelsen af det faglige skøn i de fire afdelinger. I nogle af de efterfølgende tematiske analyser vil jeg belyse flere aspekter af det faglige skøn, der på forskellig måde har relationer til dette tema, fx skøn som institutionel klassifikationsproces.

I dette kapitel vendes blikket mod de professionelle møde og samtale med borgeren samt den betydning dette møde og samtalerne har *for* og *i* udfoldelsen af det faglige skøn. Det gør jeg for det første ved **1**) at analysere den betydning selve *mødet som relation* har i skønnet; for det andet ved **2**) at analysere den betydning mødet og samtalen har i *oplysning af sagen* som led i en bestemmelse af borgerens behov for rehabiliterende indsatser; for det tredje ved **3**) at analysere mødet og samtalen i forhold til et *tidsmæssigt kontinuum*, hvor såvel borgerens livsforløb og samarbejdet mellem borgeren og den professionelle rummer en symbolsk og en konkret tidsdimension. Tre analytiske aspekter, der har paralleller til Luhmanns tre meningsdimensioner: *socialdimensionen*, *sagsdimensionen* og *tidsdimensionen* (Luhmann, 2000:114-122). I forlængelse af disse tre analytiske aspekter redegøres der for nogle substantielle perspektiver i inddragelse af borgeren i rehabiliteringsprocessen, bl.a. Luhmanns perspektiv på tillid (Luhmann, 1999) og Honnets anerkendelsesteori (Honnet, 2003, 2006) - et element, der er central i konstituering af rehabilitering som praksisform, jf. afsnit 1.3.

I min analyse af mødet og samtalen med borgeren er der tale om en intersubjektiv relation mellem to selvstændige aktører - borgeren som aktør i sit eget liv, den professionelle som aktør i en afdeling i en borgerservicerende organisation. Denne relation mellem borgeren og den professionelle søges fortolket ud fra Schutz' begreber om common sense-tænkning og intersubjektivitet ud fra begreb om 'den fremmede' samt handling, som noget der finder sted i en tidsmæssig dimension (Schutz, 2005: 21-24; 31-37; 88-93; 181-200). Endvidere inddrages aspekter af Luhmanns tidsbegreb, her i forståelsen af tidsdimensionen i mødet og samtalen med borgeren (Luhmann, 2002:217-218). I denne analyse kommer vi tæt på de enkelte aktører og subjektive meninger, intention og motiver i den enkelte aktørs udfoldelse af det faglige skøn som fænomen.

Det empiriske grundlag for denne analyse udgøres af data fra *Fase 1* og *2* i min datageringsproces, bestående af case note review-processen og interviewprocessen, jf. min Datamatrix, bilag 20.

5.1 Mødet og samtalen med borgeren som en social relation

Mødet og samtalen mellem borgeren og de professionelle rummer grundlæggende en *social relation* og dimension. Denne relation handler om, at to individer i et møde og en samtale kommunikerer om og tematiserer borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft set i forhold til den professionelles muligheder for at yde hjælp her til. Der samtales således ud fra to forskellige horisonter; en dobbelthorisont mellem borgeren som den 'fremmede' og den professionelle som en del af en 'in-gruppe', der som Schutz udtrykker det bygger på en common sense-tænkning om "[...] *den naturlige, den rigtige måde at leve på*" og kendetegnes ved måder at typificere situationer og selvfølgelige måde at betragte borgerens situation og vanskeligheder på samt handlemuligheder over for disse (Schutz, 2005:34). Det at være den 'fremmede' betyder, at borgeren ikke med samme sikkerhed som i eget hverdagsliv kan forudsige og navigere i mødet og samtalen med den professionelle. Borgeren er her klar over, at vedkommende bliver iagttaget ud fra og må agere i forhold til normer og forventninger, som hører den professionelles sociale verden og praksis til (Schutz, 2005: 196-2000). Denne dobbelthorisont er med til at konstituere de sociale relations rolle og betydning samtidig med, at graden af konsensus og dissens bliver bestemmende for samtalsens indhold, betydning og videre forløb.

Den sociale relation i mødet og samtalen med borgeren handler dermed om de måder, hvorpå borgeren og de professionelle mødes og taler om den situation borgeren oplever at befinde sig i samt den professionelles og organisationens muligheder og betingelser for at inkludere borgeren i hjælpe-systemet og/eller iværksætte konkrete rehabiliterende indsatser på udførerniveauet. I mødet og samtalsens sociale dimension ser følgende aspekter ud til at være af betydning i det faglige skøn:

- lokalitetens betydning for mødet med borgeren
- etablering af relationen
- betydningen af det første møde med borgeren
- borgeren og den professionelle som samtalepartnere
- tryghed/tillid, magt og anerkendelse som konstituerende elementer i mødet og samtalen.

Lokalitetens betydning for mødet med borgeren kommer især tydelig frem i *Visitationsenheden* og i *Hjemmesygeplejen*, der begge møder borgeren i dennes private hjem. Det at møde borgeren i eget hjem, giver, efter de professionelles mening, nogle unikke muligheder for at vurdere borgeren med større præcision og dybde, dels sætter det nogle andre rammer og betingelser for samarbejdet på den måde, at her er det den professionelle, der 'er gæsten' og borgeren, der er på hjemmebane. En tilgang, der kan mindske borgerens oplevelse af at være 'fremmed' i mødet med den professionelle. På visitationsområdet kommer dette aspekt frem på følgende måde hos to informanter:

"[...] det er så utrolig svært at vurdere, når jeg ikke er til stede og har set personerne og snakket med dem og set deres kropssprog osv.. Der er så mange signaler ved et besøg, som betyder så meget for min måde at vurdere dem på [...] Så det er i hvert fald vigtigt, at man kommer ud og opleve "hvad er det for en situation vi er i?" (Inform. Vis.).

"Vi tager jo meget på hjemmebesøg. Nogle få sager kan vi afgøre i telefonen, men hvis jeg tager udgangspunkt i almindelige besøg, så er det jo der, vi tager på hjemmebesøg. Her snakker vi med borgeren, ser... Og det er rigtig godt at se borgeren i hjemmet, fordi det giver rigtig mange input at se dem i hjemmet, og hvordan de klarer sig i dagligdagen. Og så i forhold til at få snakket om det hele, fordi nogen gange, så glemmer borgeren måske lige, at hun har problemer med en ting og får det ikke nævnt. Derimod hvis vi er der, så kan vi spørge ind til det hele "Ja, hvordan klarer du at komme på toilettet, hvordan klarer du, hvordan gør du det fysisk? Må vi se det, se dig gøre det?" Der er meget af det vi udnytter, når vi er på hjemmebesøg" (Inform. Vis.).

På sygedagpengeområdet erkender man betydningen af at kunne møde borgeren, selv om det ikke er almindelig praksis. Her foregår mødet på sagsbehandlerens kontor i Jobcentret:

"Vi får jo et endnu snævre billede, når de kommer ind til os på kontoret til en tomandsamtale. Og vi styrer samtalen, og der vil være en masse, der ikke kommer noget ud af" (Inform. SDP).

I Hjemmesygeplejen udgør borgerens hjem, måske i endnu højere grad end for visitatorerne, den naturlige lokalitet for mødet og samtalen med borgeren.

"Altså, man kan jo læse enormt meget bare ved at træde ind ad døren og tale med folk der. Så jeg forsøger altid at danne mig et overblik inden, jeg sådan helt konkret kan vurdere, hvad der er, denne borger kan have hjælp til. [...] Jeg synes også tit at det, man får meldt, det er et sår!', så tager vi ud og kigger på det, altså så kan det tit være noget helt andet når man står derude, noget andet der rent faktisk er brug for" (Inform. Hj.spl.).

"I hjemmeplejen er vi ude i noget andet, og der arbejdes anderledes, når du er ude i et hjem, fordi du ligesom er inde på borgerens enemærke. Det er borgeren, der bestemmer ude i hjemmet, i vidt omfang altså! Og det er måske lidt sværere at måske skære igennem, tænker jeg med mig selv, når man kommer ud i hjemmet, fordi 'her er det mig, der bestemmer' siger borgeren" (Inform. Hj.spl.).

Det ser således ud til at professionelle får et tydeligere og mere konkret billede af borgerens situation og vanskeligheder, når mødet med borgeren finder sted i borgerens eget hjem frem for på et kontor i forvaltningen. På visitationsområdet gives der endog udtryk for, at det vil være utroligt svært at vurdere borgerens situation, hvis ikke mødet og samtalen med borgeren finder sted i borgerens hjem i egne omgivelser. For hjemmesy-

geplejen er det også i hjemmet⁴⁸, at hele indsatsen finder sted, forudgået af en vurdering af borgerens samlede situation. Der er her givetvis tale om en form for social tilpasningsproces (Schutz, 2005:200), hvor begge aktører - borgeren og den professionelle - udfolder en form for gensidig social tilpasning i samspillet og samtalen.

Etablering af relationen er et aspekt, der især ser ud til at spille en rolle for professionelle med udførerfunktioner i *Hjemmesygeplejen* og *Rehabiliteringsenheden*.

"Jeg var heldig, at borgeren tilsyneladende i mig så et professionelt menneske med kompetencer, som hun kunne bruge/modtage støtte, faglighed og medmenneskelighed fra. Vi fik en fin kontakt med en gensidig respekt. At 'kemien' passede, var af meget stor betydning for borgeren. Jeg var heldig, at jeg blev budt indenfor i hendes private univers. Det er utrolig vigtigt at føle efter, måske endda skønne og møde borgeren der, hvor borgeren er, men selvfølgelig holde sig professionel" (Inform. Hj-spl.).

"Og jeg må også sige, vi skal bruge rigtig lang tid til, at hun føler sig tryk her i centeret og selvhjælpen til at selvtræne. Så det er det, jeg tænker, når jeg tænker på denne borger; der er rigtig mange andre dimensioner end bare det fysiske, som der skal tages hånd om først, før jeg kan forvente nogen som helst fremgang på det fysiske.[...]. Jeg kan følge op på det, ved at sige at, det var sådan set ikke kræften, der var det vigtigste, men det var det, der var anledningen til, at hun kommer i huset. [...] Så jeg kører helt ned i gear med de forskellige tilbud, vi har, og koncentrerer mig kun om at komme i dialog med hende og få hende til at synes at det giver mening for hende, at være i huset. [...] Så igen den der springen tilbage, til den person det jo drejer sig om. Hvor er hun henne nu, har jeg stadig hendes tillid, ... har jeg stadigvæk hendes tro på, at jeg gerne vil hjælpe hende" (Inform. Rehab.).

Måske ikke særligt overraskende finder professionelle på udførerniveauet det af stor værdi og betydning, at der etableres en tæt og tillidsfuld relation mellem borgeren og hjemmesygeplejersken eller den trænende fysioterapeut, således som citatet ovenfor rummer flere aspekter af. Etablering af tryghed er også her et vigtigt element. Dette relationsaspekt og -arbejde ser ud til ikke alene at have betydning *for* og *i* udfoldelsen af det faglige skøn, men tillige som et greb eller redskab i rehabiliteringsarbejdet sammen med borgeren. Et arbejde, hvor borgerens motivation og forandringsparathed spiller en væsentlig rolle for effekten af en rehabiliterende indsats.

Det første møde med borgeren ser ud til at have særlig stor betydning i den sociale dimension af mødet og samtalen. I de professionelles italesættelse af mødet og samtalen med borgeren er der et mønster, der tydeligt peger på, at især det første møde med borgeren spiller en afgørende rolle. Der peges bl.a. her på, at skønnet eller bestemmelsen af borgerens situation og vanskeligheder i vidt omfang fastlægges allerede ved det første møde - også selv om der efterfølgende finder nye kontakter sted mellem borgeren og

⁴⁸ I Randers Kommune findes der endvidere en sygeplejeklinik for socialt udsatte (Perron 4), ligesom der arbejdes på at etablere klinikfunktioner på plejecentre for borgere, der ønsker at bruge en klinik frem for besøg af hjemmesygeplejerske i eget hjem eller hvis tilstand muliggør benyttelse af en klinikfunktion.

den professionelle. For medarbejdere i *Visitationsenheden* består vurderingsprocessen i vidt omfang af ét møde og én samtale med borgeren, hvorefter der på baggrund heraf almindeligvis træffes en afgørelse.

"Altså selve det faglige skøn, det starter vel sådan set egentlig fra, at man modtager henvendelsen. Fra jeg modtager henvendelsen, hvor jeg jo allerede der sådan begynder at danne mig nogen indtryk af, hvad det er for en borger, jeg har med at gøre. Det gør jeg ud fra det, borgeren selvfølgelig selv fortæller. Og der kan være mange ting. Der kan jo også være oplysninger fra andre, som ringer og henvender sig om den borger, det drejer sig om. Henvendelsen behøver jo ikke komme fra borgeren selv, men så begynder jeg jo allerede der sådan at danne mig et indtryk. Men jeg foretager ... jeg vil sige, jeg foretager mig forhåbentlig ikke et skøn så tidligt. Der skal jeg jo have kontakt med borgeren, før jeg kan gøre det. Og for mig, der er det utrolig betydningsfuldt! Det giver mig mest mening at have direkte kontakt med borgeren. Jeg har svært ved at danne mig et skøn, både fagligt og personligt, hvis ikke jeg snakker med borgeren, ser borgeren og oplever kropssprog og det der. Det synes jeg er en væsentlig ting i min vurdering" (Inform. Vis.).

"Selvom man kan læse meget fra oplysningsskemaet, og selvom man har de lægelige oplysninger, så er det vigtigt at man hører borgeren, for den første samtale er også inddragelse af borgeren. Jeg har allerede dannet et skøn og et billede af borgeren, og det er ikke, det er ikke langt fra det, man møder til den første samtale" (Inform. SDP.).

"Den første samtale er altafgørende for, i det store hele, i 90 % af tilfældene vil jeg tro, så er den første samtale, vi har, den er altafgørende for, hvordan jeg kommer til at kunne, eller hvordan borgeren vil kunne bruge mig og har lyst til at bruge mig, og synes han kan bruge mig. Der er den første samtale altafgørende. Så der er det virkelig vigtigt, at der bliver skabt en god kontakt" (Inform. Rehab.).

De professionelle aktører taler her om, at det direkte møde og samtalen med borgeren har meget stor betydning for det billede, vedkommende får af borgeren. Hertil kommer, som noget gennemgående for alle de inkluderede informanter, at skønnet i vidt omfang 'etableres' allerede ved det første møde med borgeren og får betydning for det samarbejde, der kan etableres i rehabiliteringsarbejdet. For alle informanter ser det således ud til, at det første møde med borgeren kan være og ofte er meget afgørende for de skøn og vurderinger, der efterfølgende indgår som grundlag (fakta, data) for beslutninger i vurderingsprocessen. Dermed kan borgerens *selvfremstilling*, således som jeg vil redegøre for i afsnit 5.2 om sagsdimensionen, i sig selv få meget stor betydning for den vurdering, som den professionelle ender ud med i forhold til en afgørelse om hjælp eller ikke-hjælp.

For nogle af de professionelle bliver mødet med borgeren udgangspunkt for en relation og en dialog, hvor **borgeren og den professionelle bliver samtalepartnere**. Her er der ikke alene fokus på behovsvurderingen eller den konkrete rehabiliteringsindsats men tillige fokus på betydningen af samtalen som et selvstændigt element i rehabilitering.

Dette aspekt kommer tydeligst og meget personligt til udtryk i en fortælling i CNR-processen fra hjemmesygeplejen:

"De følgende støttebesøg gav borgeren store og store tillid til mig, og 'kortene', som hun havde holdt tæt på kroppen, delte hun nu gerne ud af. Borgeren havde både brug for at fortælle om sin 'livsrygsæk', sin sygdom, interesser og daglige tanker og gøremål. Kommunikationen var her af stor betydning. Det kostede noget tid at være aktivt lyttende med en anerkendende kommunikation. I samtalerne er jeg overbevist om, borgeren tog små oplevelser til sig. Jeg tror, livet for borgeren ikke bare handlede om så mange vejtræknings som muligt, men måske snarere om de åndeløse øjeblikke. Borgeren vidste, hvor det hurtigt bar hen med livet, men alligevel nød hun at drømme lidt videre" (Inform. Hj.spl.).

En række forhold ser her ud til at indgå som konstituerende elementer i mødet og samtalen; etablering af tryghed og tillid mellem parterne, anerkendelse og magt er de aspekter, som træder tydeligst frem i min empiri.

Tydeligst er her de professionelles fokus på **tillid og tryghed**, der eksempelvis italesættes af informanterne på følgende måder:

"... fordi det er i hvert fald min erfaring, at det er meget meget afgørende, at der er et tillidsforhold, at der ikke bliver trådt ved siden af til at starte med. Så får borgeren tit sådan et skævt, et eller andet ikke helt trygt forhold til systemet. Og så starter man jo på et helt andet niveau, end hvis de ser os som noget trygt og noget godt, som de kan få noget hjælp af, som de kan bruge" [...] "... det er så afgørende, både for borgeren med det første møde og tilliden til mig og systemet som sådan, men også for mig, for at kunne yde den bedste sygepleje for ham fremadrettet. (Inform. Hj.spl.).

"For eksempel, den pige, den unge pige med skizofreni, da hun mødte første gang, så kunne jeg se, der var noget galt, og hun var ikke villig til at sige, og jeg skulle heller ikke presse hende. Fordi hvis jeg havde presset hende, så ville hun ikke kunne skabe tillid til mig. Det er også at skabe kontakt, et forhold mellem mig og borger" (Inform. SDP).

Tryghed og tillid kædes her i informanternes fortællinger tæt sammen, hvilket jeg fortolker på den måde, at trygheden mellem parterne udgør en forudsætning for at kunne skabe tillid til den professionelle og systemet, således som en af informanterne taler direkte om. En tryghed og tillid, der for borgeren er helt afgørende i den meget sårbare og komplekse situation, som borgeren befinder sig i og har brug for professionel hjælp til at håndtere, ikke mindst i langvarige relationer. Her medvirker trygheden og tilliden til at etablere et *meningsfællesskab*, båret af den indbyrdes afhængighed og de sociale relationer, der etableres i denne biografiske og intersubjektive sammenhæng (Schutz, 2005: 31)

En måde at reducere kompleksitet på i sociale systemer kan være udfoldelse af *tillid*; tillid som *risikofyldte forudsigelser*. Luhmann beskriver her, at tillid kun foreligger, når den tillidsfulde forventning giver det ønskede udslag som følge af en beslutning - ellers handler det om håb. Tillid reflekterer således kontingens; håb eliminerer kontingens

(Luhmann, 1999:60). Luhmann peger videre på, at reduktion af tillid ikke er deduktion men induktion. *"Tillid er i sidste instans altid ubegrundbar; den kommer i stand ved at overdrive den forhåndværende information; den er, [...] en blanding af viden og ikke-viden. Skønt den, der har tillid, ikke mangler begrundelser og kan angive, hvorfor han i dette eller hint tilfælde udviser tillid, tjener disse grunde mere til hans egen selvagtelse og sociale retfærdiggørelse. De forhindrer, at han - hvis hans tillid bliver misbrugt - over for sig selv og andre fremstår som en tåbe eller som en uerfaren og ikke livsduelig mand. Begrundelser af tillid påvirker placeringen af tillid, men ikke tilliden selv. Tillid er og bliver et vovestykke"* (Luhmann, 1999:62). Det at kunne udvise tillid er endvidere et element i den socialisering, der starter allerede i barndommen (Berger & Luckmann, 2002:160) og et element i aktørernes intersubjektivitet, hvor gensidighed i perspektiver og viden overleveret fra andre er genererende for socialisering til bl.a. tillid i menneskelige relationer (Schutz, 2005: 31-37).

I den professionelle udfoldelse af det faglige skøn antages fænomener som anerkendelse, tillid og magt at kunne have en indgribende rolle i den måde og de konsekvenser udfoldelser af skøn kan have i praksis. Tillid - ikke en naiv, men en realistisk og velbegrundet - mellem borgeren og den professionelle, herunder de informationer, der indgår i skønnet, må være et af de bærende elementer i sundheds- og socialfagligt arbejde.

Anerkendelse og **magt** er aspekter, der i vidt ikke italesættes særligt tydeligt i informanternes fortællinger, men er til stede og kan observeres i de professionelle handlinger. At den enkelte professionelle i myndighedsfunktioner sidder i en magtposition i mødet og samtalen med borgeren, er man dog helt bevidst om.

"Og det er vigtigt at sige 'Nu har vi afklaret nogen ting, nu har vi aftalt nogen ting, men jeg vil bare igen gentage at sygedagpenge, det er en ydelse man får, når man er syg osv.'. På den måde, at borgeren kan få et indtryk af, hvad er det egentlig, der kan ske i sagen, hvad det er, jeg som borger kan forvente, og hvad for nogle forudsætninger og krav der er der. Så er jeg en myndighed, men det er vigtigt, at den myndighedsrolle forklares på en værdig måde. Fordi jeg sidder ikke her, fordi jeg har magt, jo selvfølgelig har jeg det ..."
(Inform. SDP)

"Ja, jeg har magten, og det skal jeg være meget bevidst om. Men hvis du laver det her på en så kvalitativ måde, at når du går fra mødet af, så har du åbenbaret - også for brugeren, hvad udgangspunktet er i det her. Hvorfor vurderingen er, som den er, og at vurderingen er foretaget i dag, den kan være anderledes i morgen, og du er altid velkommen til at slå på tråden, så tager vi den forfra. Fordi jeg tror på, at der hvor klagerne kan komme ind og der hvor man kan komme rigtig galt af sted, det er der, hvor man er meget fokuseret på paragraffer og regler og siger 'Det kan du få, det kan du ikke få!', fordi man kan nemt blive opfattet som en paragrafrytter, der ikke evner, ønsker, har overskud eller har rummelighed til at sætte sig ind i brugerens situation" (Inform. Vis.)

I de to citater ovenfor italesættes såvel magten som aspekter af anerkendelse af borgeren med nogle juridiske rettigheder, en tilregnelighed i samarbejdet og den professionelle rummelighed over for borgerens situation. Magten ligger her i den rolle den profes-

nelle har i forhold til borgerens forsørgelsesgrundlag og muligheder for at blive inkluderet i organisationens hjælpesystem eller at blive ekskluderet herfra.

I professionelt sundheds- og socialarbejde er der tale om en asymmetrisk relation, hvor magtforholdet mellem borgeren og den professionelle ikke er ligeligt fordelt. Derfor vil aspekter omkring tilskrivning og udfoldelse af *anerkendelse* i forhold til individet, retsorden og samfundet være relevant at inddrage i udfoldelsen af dømmekraft og skøn, ikke mindst når der er tale om retlig forvaltningsvirksomhed i den borgerservicerende organisation.

Axel Honneth har i en kritisk og normativ samfundsteori omkring anerkendelse, baseret på menneskets stræben efter anerkendelse som grundlag for en skabelse af en personlig identitet og vellykket social funktion, formuleret tre former for anerkendelse og dermed også tre former for disrespekt eller krænkelse: **1) kærlighed** som en følelsesmæssig og kropsbaseret anerkendelse rettet mod en balance mellem selvstændighed og emotionel binding og dermed en selvtillidsfuld evne til at handle, kommunikere og deltagelse i nære fællesskaber; **2) retlig** anerkendelse af det enkelte individs ret og værdi forstået som respekt for borgerens rettigheder i praksis med en moralsk tilregnelighed som alle andre; **3) anerkendelse** som *social værdsættelse* (solidaritet) i det moderne samfund af egen og andres livsstil og levemåde gennem en øget refleksivitet. Knyttet til disse tre anerkendelsesformer taler Honneth om tre former for disrespekt eller krænkelse: *kropslige krænkelse* (fx fysiske overgreb), *nægtelse af rettigheder* og *nedværdigelse af livsformer* (Honneth, 2003; 2006).

Anerkendelsen af borgerens situation og vanskeligheder kommer derfor også til udtryk i den professionelle syn på borgerens hverdagsliv, den aktuelle situation i forløbet med kræft og tænkningen i rehabilitering.

"Jeg vil sige, det er et mere aktivt liv, når man er 37 år, og tit med familie. Man er jo bare generel til et mere aktivt liv, end når man er 88 år. Og det kan være der skal nogle andre hjælpemidler til, for at ... en scooter eller, for at de kan komme ud i samfundet. Hvorimod en 88-årig måske har brug for andre ting... i forhold til hjælpemidler." [...] "Også hvis der er børn inde i billedet, synes jeg. Der skal drages omsorg, altså for ... ægtefællen, som måske også skal hjælpe den syge. Det er også noget andet." (Inform. Vis.)

Anerkendelse kommer i *Visitationenheden* til udtryk som en opgave om at bevare borgerens identitet og at kunne klare sig selv i dagligdagen:

"... formålet må være, at borgeren bevarer sin identitet så godt som muligt og sine resourcer. Og at det man yder, det oplever borgeren som en støtte i sin dagligdag. Hvad karakter det nu er. Og at, afhængig af situationen selvfølgelig, at borgeren ... ja, stadigvæk kan klare sig selv bedst mulig. For det tror jeg grundlæggende, det er menneskets største ønske og behov. Det er at kunne varetage sig selv og være egenbestemmende, medbestemmende." (Inform. Vis.)

Der er her fokus på aspekter som borgerens selvstændighed og uafhængighed i eget liv, hvilket også vil kunne være i overensstemmelse med den professionelles common sense-tænkning om det 'naturlige' hverdagsliv samt den professionelles og organisationens intentioner og motiver i forhold til opgaven med at 'holde hus med kommunens resourcer'.

I *Rehabiliteringsenheden* taler man om anerkendelse i et rehabiliteringsperspektiv på en anden måde, der mere retter sig imod hverdagslivets betydning i forhold til rehabilitering i borgerens livsforløb.

"Tænker hun er en 'eneboer' og har været det i mange år, og har fundet sin egen måde at leve livet på. Jeg bruger en del af første samtale til at tænke over, at skal jeg få kontakt med hende, må de spørgsmål jeg vil stille hende ikke på nogen måde må stille tvivl om, at jeg accepterer den måde, hun lever sit liv på. Tænker eneboere er ofte lukkede om den måde, de lever på og har fundet deres eget indre liv.

Med udgangspunkt i Tove Borgs tanker om hverdagslivets betydning i forhold til rehabilitering, har jeg megen fokus på, om hun er tilfreds med den måde, hun hidtil har levet på og lever på p.t. eller der er noget, hun gerne vil have anderledes. Hun udtrykker også, at hun har det udmærket, og ikke tror hun har brug for noget. Har egentlig mest fokus på sin epilepsi. Og det ikke er nemt at have brystkræft oveni, siger hun, men kræften synes ikke at genere hende. Jeg tænker det ikke nytter at komme med adskillige tilbud nede hos os - det vil hun straks blankt afvise. Hun skal kun have de tilbud, som hun straks kan tænke over, hun muligvis kan bruge, - men hvad er det?

Jeg ønsker mere viden om hendes situation for at være sikker på, om vi kan hjælpe hende, så hvordan får jeg viden om det, og hvordan får jeg hende til at komme til en anden samtale, da jeg ikke mener at kunne komme så langt ved første samtale. Hvordan får jeg vakt hendes tillid?" (Inform. Rehab.)

I dette citat er det synligt, hvorledes der arbejdes bevidst med en anerkendende tilgang i kommunikationen og samarbejdet med borgeren. En anerkendelse der viser et engagement i forhold til at yde borgeren hjælp og støtte, der hvor borgeren er i sit liv samt anerkendelse og værdsættelse af den livsform, borgeren har valgt.

Aspekterne omkring magt og borgerens møde med den borgerservicerende organisation som system samt bestemmelsen af borgerens behov for hjælp vil blive belyst nærmere i kap. 7 om *det faglige skøn som institutionelle klassifikationsproces*.

5.2 Oplysning af sagen gennem mødet og samtalen med borgeren

I mødet og samtalen *sagsdimension* handler det om, hvad der kommunikeres om som selektionen dette/moget andet, forstået som det borgeren og den professionelle taler om, udtrykker, deler og forhandler i form af overvejende subjektive forståelser. Det være sig

borgeren som individ, dennes oplevede vanskeligheder, andre aktørers forståelser om borgerens situation (fx, behandlende læge, psykolog, jobkonsulent mv.) og den professionelles egne forståelser i form af fortolkninger samt observationer og objektive undersøgelser af borgeren, fx undersøgelser på hospitalet. Her opdeles og sættes *forståelser* i forhold til *dette* og *noget andet*, fx at borgeren er træt og har smerter hvorfor vedkommende ikke magter at arbejde mere end 3 timer om dagen sat i forhold til, at borgeren håber at blive fri for trætheden og smerterne og dermed blive i stand til at arbejde som tidligere.

Sagsdimensionen med oplysning af sagen kommer dermed til at handle om de forhold og aspekter borgeren og de professionelle mødes og samtaler om. Forhold, der i et myndighedsperspektiv rummer de *retsfakta*, der udgør grundlaget for den forvaltningsmæssige *afgørelse*. På udførerniveauet udgør de faktiske forhold på samme måde en central del af grundlaget *beslutninger* om at handle på bestemte måder i den konkrete situation.

I denne dimension kommer den professionelles typificeringer som udtryk for former for institutionaliseringer og konstruktioner af intersubjektive forståelser, viden og handlinger i det faglige skøn. Institutionaliseringer, der er med til at fastlægge bestemte former eller typer af tilgange og konstruktioner af de måder, hvorpå de professionelle gennemfører mødet og samtalen med borgeren som et centralt element i skønsmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering (Berger & Luckmann, 2002:72; Schutz, 2005: 62).

I denne dimension af mødet og samtalen med borgeren ser følgende aspekter ud til at være af betydning i det faglige skøn:

- borgerens selvfremsstilling
- inddragelse af et (helhed)perspektiv på borgerens hverdagsliv
- observationer af borgeren i mødet
- inddragelse af oplysninger fra andre samarbejdspartnere
- bestemmelse af borgerens behov for hjælp (situation, vanskeligheder og hjælpebehov).

Borgerens selvfremsstilling ser ud til at have en meget afgørende betydning i flere af afdelingerne som grundlag for de professionelles beslutninger og handlinger. I *Visitationsenheden* er hjemmebesøget og samtale med borgeren i vidt omfang baseret på, at borgeren selv redegør for sin situation, vanskeligheder samt ønsker, forventninger og mål for hjælpen. Visitator spørger undervejs uddybende ind til borgerens fremsstilling, ligesom visitator, som beskrevet nedenfor, foretager observationer af borgeren og hjemmet; alt sammen giver det et indtryk af borgerens funktionsevne og nedsættelser heraf:

"Jeg spørger ind til "Hvordan klarer du det og det?", så ud fra de observationer, jeg gør, hvor jeg tænker, det hænger ikke sammen med andre ting, altså de gør i løbet af samtalen,

eller hvordan de agerer, hvor jeg tænker, det er vigtigt at se borgeren. Ja, og det kan både, være til fordele og til ulempe, for det kan også være i den situation, hvor vedkomne siger "Det kan jeg sagtens klare", og det kan være både omkring rengøring og mad osv., hvor der egentlig er så mange kliniske tegn på, at det ikke går for godt med det. Så det kan være både og." (Inform. Vis.)

På sygedagpengeområdet ser borgerens selvfremsstilling ud til at spille en dilemmafyldt rolle, hvor sagsbehandleren på den ene side værdsætter og prioriterer samarbejdet med borgeren højt samtidigt med, at der i praksis overvejende bliver lagt vægt på de objektive lægefaglige oplysninger.

"Og så møder man borgeren, og jeg synes også, det er det vigtigste. Selvom man kan læse meget fra oplysningsskemaet og selvom man har de lægelige oplysninger, så er det vigtigt at man hører borgeren. Den første samtale er også inddragelse af borgeren. Jeg har allerede dannet et skøn og billede af borgeren - og det er ikke langt fra det, man møder til den første samtale" (Inform. SDP.)

"Ja, så bruger jeg den især i begyndelsesforløbet, hvor behandlingen bare er i gang.. og der er det også bedre, havde jeg nær sagt, bare lytte øre til, der skal jeg jo ikke ind og beslutte noget. Og lade det være op til den sygemeldte om, der er kræfter til at gå i gang eller ikke gå i gang" (Inform. SDP.)

Når sagsbehandleren så kommer længere frem i sagsforløbet, og der skal træffes større beslutninger "... så høres borgeren ikke særligt meget". Her er det de dokumenterede lægefaglige oplysninger, der spiller en meget dominerende rolle:

"Altså generelt vil man jo spørge lægen om en status på den her borger, som jo har den her lidelse ... en vurdering af diagnose, behandlingsmuligheder, prognose og hvor tilstanden er varig; en vurdering af om lidelsen og behandlingstilstanden har medført en nedsættelse af funktionsevnen og i givet fald hvordan, og om det er varigt eller det over tid vil ændre sig. Så der kan de så komme med deres faglige vurdering" (Inform. SDP.)

Når dette dilemma opstår, er det begrundet i, at der i sager vedr. forlængelse ud over de 52 uger foregår en vurdering i forhold til kriterierne i § 27 i sygedagpengeloven: "Jeg har en ramme, der hedder paragraf 27, og hvis pågældende ikke kan opfylde den ramme, så kan jeg ikke trylle" (Inform. SDP.). En paragraf, der opregner syv kriterier for forlængelse af sygedagpengeperioden, hvilket ikke er ualmindeligt i forløb hos borgere med kræft. Her kan man sige, at samfundets love, fx med sygedagpengelovens § 27, er udtryk for en typificering, der gennem syv punkter eller kriterier typificerer kendetegn i en borgers sygdomsforløb, der i fald borgeren opfylder disse kan give ret til forlængelse af sygedagpengeperioden ud over de 52 uger, der udgør grænsen for opretholdelse af sygedagpenge. Typificeringer, som den professionelle programmeres og socialiseres til at fortolke mere eller mindre stramt i organisationen. I mødet og samtalen med borgeren må den professionelle, ud fra denne typificering, tillige kunne argumentere på en overbevisende og anerkendende måde, upåagtet borgerens evt. forståelse heraf, da det som nævnt ovenfor ikke er muligt for hende at 'trylle, da rammen er § 27'.

Især dette aspekt om den måde, hvorpå borgere med kræft kan blive klemmt mellem sygdom og behandling på den ene side, og manglende ressourcer til at passe deres arbejde på den anden side er genstand for kritik. Glasdam (2011) konkluderer her, at baggrunden for denne klemme er, at den "... er en del af arbejdsmarkedet og de regelsystemer, der er på det område, som kræver jobaktivitet". Her skal borgeren "... være meget stærk i en livssituation, når man er alvorlig syg og kan føle sig truet på sin eksistens, for at gå op imod systemet - her jobcentret - og kræve en human behandling" (Glasdam, 2011:33). En behandling i jobcentret, der bl.a. vil fordre tillid til borgerens selvfremsstilling.

På udførelsniveauet viser der sig en anderledes og mere åben tilgang til borgerens selvfremsstilling. Her er selvfremsstillingen en afgørende forudsætning for at den professionelle kan iværksætte og gennemføre den rehabiliterende indsats:

"Nu for eksempel hende her, hun arbejder i København på hendes arbejde hver anden uge. Så med hende ved jeg, hende har jeg mulighed for at se hver anden uge, og hver anden uge skal hun klare sig selv. ... Nu ser jeg hende to gange i den uge, hun er hjemme, og så i ugen hun er af sted, der klarer hun sig selv. Så det er hurtigt blevet at det skøn, der har været, "Hvad er muligt rent praktisk? ... At hun kommer til mig og fortæller, hvad der skete, og vi så laver nogen nye vurderinger ud fra, hvordan hun har haft det siden sidst. Hvordan hun reagerede på det, hun har lavet, om hun synes, det er blevet bedre eller om, det lige som om det er blusset lidt op, eller hvad det gør. Jamen, så justerer vi ned på øvelserne eller prøver noget smertebehandling måske, der kan lindre det, hvis hun har fået smerter eller skruer lidt ned for progressionen i de øvelser eller skruer op, hvis det er gået godt, at vi lige så stille kan gøre det ... Jamen, faktisk det der med tilbagemelding fra patienten, det er meget i forhold til det, jeg laver mit faglige skøn" (Inform. Rehab.).

I Luhmanns analyse af personlig tillid spiller begrebet *selvfremstilling* en meget stor rolle, bl.a. begrundet i at al interaktion implicit er en selvfremsstilling frem for handling og har stor relevans for tillidsaspektet. "Grundlaget for al tillid er fremstilling af det egne selv som en social identitet, der bygges op på interaktioner og korresponderer med omverdenen. [...] Den, der vil opnå tillid, må deltage i det sociale liv og være i stand til at indbygge fremmede forventninger i fremstillingen af sig selv." - og Luhmann siger videre om selvfremsstillingen, at "Al selvfremsstilling forpligter - alene derved, at den fremstiller et selv, for hvilket der bliver gjort krav på identitet" (Luhmann, 1999:15, 111-113).

Tillid og borgerens selvfremsstilling som identitet og en bevidsthed om de professionelle og hjælpesystemets forventningskrav til borgeren hænger således tæt sammen. I det omfang det lykkes borgeren på den ene side **1)** at *fremstille sig selv* som individ med vanskeligheder i hverdagslivet med kræft og på den anden side **2)** at fremvise motivation og engagement som *fremmede forventninger* i forhold til at komme til at 'klare sig selv igen' eller mestre et nyt hverdagsliv med forandrede betingelser gør sig fortjent til tillid fra den professionelle og den borgerservicerende organisation som hjælpesystem.

En af de kilder, som nogle af de professionelle benytter i etableringen af et vurderingsgrundlag med tilstrækkelige fakta er, som allerede nævnt ovenfor, **observation af bor-**

geren i mødet med denne. Her udnytter den professionelle muligheden for med egne øjne at iagttage, om og hvorledes borgerens selvfremsstilling stemmer overens med den måde borgeren fx bevæger sig rundt på i hjemmet, og den måde hjemmet ser ud på.

"For det er vigtigt at se, hvordan det fungerer hjemme, også det der med, at man sådan set 'Må jeg lige se dit hus?' og sådan noget, hvor man ser, hvordan rejser borgeren sig? Er der noget med nogen balancebesvær? Er der svimmelhed? Er det trapper vi lige kan prøve at tage og sådan noget. Det, synes jeg, er vigtigt" (Inform. Vis.).

Igennem direkte observationer af borgeren kan den professionelle aktør få be- eller afkræftet borgerens og egne subjektive opfattelser af situationen og vanskelighederne i hverdagslivet.

Et andet af de aspekter, der viser sig at have betydning i udfoldelsen af det faglige skøn, ikke mindst for indholdet i borgerens rehabiliteringsforløb, er **inddragelsen af et (helheds)perspektiv på borgerens hverdagsliv**. Når helhed her er sat i parentes betyder det, at der er tale om et meget forskelligt omfang af helheder, som professionelle i de fire inkluderede afdelinger i undersøgelsen inddrager i skønnet.

"Fordi selvom vi skal forholde os til den sygdom, som hun er sygemeldt for, så er det også vigtigt med alle andre forhold. Vi har ressourceprofilen, vi har arbejdsevne metoden, hvor vi skal forholde os til alle de punkter, som et menneske har, både socialt, både helbredsmæssigt, fagligt og privat" (Inform. SDP.). Denne bredde bliver dog modificeret på den måde, at sagsbehandlerne i høj grad taler om en bredde, der er "... så bred som nødvendigt til at afdække arbejdsevnen. [...] Men rammen er rammen. Det er det, vi arbejder under, og så skal vi forholde os til det. Der syntes jeg det, jeg oplever er, at det faglige skøn bliver så lille" (Inform. SDP.).

"Men det faglige skøn indeholder jo for mig, at jeg kommer omkring det hele menneske - det psykiske, den fysiske situation, helbredssituationen, den sociale situation og arbejdssituationen. Og så ovenpå det, så kobler du jo, hvordan personen reagerer på den situation vedkommende er i. Hvilken handlekraft har personen, hvilken dømmekraft har personen, hvilken beslutningskraft har personen" (Inform. Rehab.).

"Med alle patienter bliver vi jo nødt til at se som det hele menneske. Der er rigtig rigtig mange ting, der spiller ind, når vi snakker kræft, som gør, at skønnet nogen gange bliver anderledes, og man starter et andet sted, end man ellers ville have gjort" [...] Er det problematisk for dig at bruge armene? Det vil de tit fortælle. Altså vælter det ud af dem, og det er tit, det de fortæller. Det er det, der giver problemer i hverdagen og det være sig 'Jeg kan ikke bære en indkøbspose', det kan også bare være 'Jeg er dødhamrende træt, jeg sover hele tiden, eller hvad det måtte være. Så det er tit de tager hverdagssituationer ud, når de beskriver over for os, hvad det er, jeg har problemer med. Så synes jeg tit, der er den vej, man egentlig kommer ind i det. Og det er også et rigtig godt måleredskab, kan man så sige: 'Virker det det, vi gør?', sover du mindre?'" (Inform. Rehab.).

Der viser sig, som illustreret i citaterne ovenfor, betydelige forskelle i den bredde af borgerens hverdagsliv og vanskeligheder, som de professionelle inddrager som oplysninger og fakta i sagsbehandlingen - fra overvejende jobrelaterede aspekter på sygedagpengeområdet til et bredt bio-psyko-socialt perspektiv i *Rehabiliteringsenheden*. Et helhedsperspektiv, der kan være udtryk for primære og sekundære socialiseringer af den enkelte professionelle aktør i den sociale verden og i den organisation, som hun er medlem af og skal fungere inden for; et aspekt, der udfoldes yderligere i kap. 11 om skøn og mulighedsbetingelser i organisationen.

Sammen med borgerens selvfremsættelse og observationer af borgeren ved mødet og samtalen i borgerens hjem inddrager de professionelle i vidt omfang **oplysninger fra andre samarbejdspartnere**. Her tales der både ud fra en måske begrænset tillid til det, som borgeren har fremstillet i samtalen på myndighedsområdet og derfor inddrages disse oplysninger som grundlag for arbejdet og samarbejdet omkring borgerens situation på udførerniveauet:

"Det kan godt være, at jeg lige skal undersøge det hos nogle andre. Om det nu er rigtigt. [...] ligesom én nævner, at "Man tænker, man ville godt lige se med skjult kamera, når man gik ud derfra, hvordan det så lige foregik" (Inform. Vis.).

"Jeg ser det som en stor lettelse, at hjemmeplejen inddrages. Borgerens helbredssituation er forringet såvel fysisk som mentalt, og jeg er i tvivl om, hun tager medicinen på rette måde. Borgeren har derfor hjælp til personlig pleje, så hun kan bruge sine kræfter på at have nogle gode timer. Jeg deltog også i et besøg hos lægen, og da han virkede fraværende i sin kontakt til borgeren, er det trygt at hjemmeplejen tager over. ... Jeg tænker, det er vigtigt at have en tæt kontakt til hjemmeplejen, da der vil kunne opstå familieproblemer, efterhånden som borgerens funktionsevne nedsættes. Ved at have den ofte kontakt til hjemmeplejen, vil de kunne gøre mig opmærksom på evt. problemer, som jeg kan tage mig af, efter som mit kendskab til familien er vokset" (Inform. Rehab.).

Sagsdimensionen i mødet og samtalen med borgeren rummer endelig en **bestemmelse af borgerens behov for hjælp** set i forhold til borgerens situation og vanskeligheder i kræftforløbet. Et aspekt, der vil blive udfoldet i min tematiske analyse i kap. 7 om *det faglige skøn og institutionelle klassifikationsprocesser*, hvorfor dette emne ikke belyses yderligere her.

5.3 Mødet og samtalen med borgeren i et tidsperspektiv

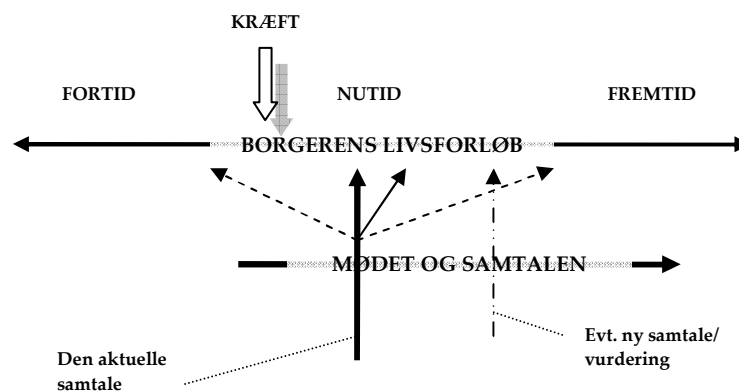
Tid er et element såvel for borgeren som for de professionelle; dels som element i en bestemmelse af, hvornår noget foregår (fortid, nutid, fremtid), dels som noget begge parter befinder sig midt i uden, at nogen kan gribe ind i tiden.

Schutz taler i sin hverdagssociologi om tid som *rumlig, homogen tid* og *indre tid* som henholdsvis fortid og fremtid: "Det er den rumlige, homogene tid, der udgør den objektive eller kosmiske tids universelle form. På den anden side er det i den indre tid eller *durée*, at vores aktuelle erfaringer forbindes med fortiden gennem erindringer og retentioner, og fremtiden gennem protentioner og forventninger"⁴⁹ (Schutz, 2005:90). De handlinger og intenderede forståelser i disse, som henholdsvis borgeren og den professionelle udfolder i den aktuelle situation med samtaler om vanskeligheder i hverdagslivet og behov for rehabilitering ved kræft rummer tidsperspektiver for **1)** samtalen (handlingen) der aktuelt er i gang, **2)** foregribelsen af evt. kommende samtaler senere i forløbet og **3)** refleksioner for borgeren over et erfaret fortidigt livsforløb og forventet fremtidigt liv. For den professionelle vil der her kunne være tale om formålsprægede refleksioner i forhold til egen og organisationens hidtidige praksis for behovsprøvende samtaler med borgeren og evt. opfølgende eller nye samtaler i en nær fremtid.

Luhmann taler om, at *tidsdimensionen* konstitueres ved at skelne mellem før og efter, relateret til alle hændelser samtidig med, at der er mulighed for at forlænge tiden tilbage i fortiden og ud i fremtiden. Tidsdimensionen giver os dermed mulighed for at fortolke realiteten, der foregår nu og om lidt er passeret, ud fra differencen fortid og fremtid (Luhmann, 2000:117-118). Tidsdimensionen siger dermed noget om, at noget sker på et *givet tidspunkt*, er sket, eller at vi forventer at noget vil ske i fremtiden.

Ud fra ovenstående kan tidsperspektivets mange og abstrakte aspekter i mødet og samtalen med borgeren illustreres på følgende måde i fig. 5.1:

Fig. 5.1: Tidsperspektiv og dimensioner i mødet og samtalen med borgeren



⁴⁹ Begreberne *retention* og *protention* stammer fra Husserl og betegner menneskets umiddelbare bevidsthed om henholdsvis fortid og fremtid

I den efterfølgende korte analyse vil vi se, hvorledes mødet og samtalen med borgeren i dennes livsforløb med kræft udfoldes i en aktuell og fælles biografisk situation, og hvorledes de to aktører inddrager fortid, nutid og fremtid på forskellig måde.

I denne dimension ser følgende aspekter ud til at være af central betydning i det faglige skøn:

- selve vurderingssituationens tidslighed
- udvikling af skønnet og dermed vurderingen af borgerens behov for hjælp over tid
- perspektivet mellem nutid, fortid og fremtid set i forhold til borgerens situation.

Vurderingssituationens tidslighed opstår ved, at vurderingen finder sted som en hændelse eller en kæde af hændelser på et givet tidspunkt. I alle fire afdelinger foregår dette ved, at der træffes aftale med borgeren om et hjemmebesøg, en opfølgningssamtale eller en indledende samtale, hvor der sker en første vurdering af borgerens situation og vanskeligheder med henblik på enten at træffe afgørelse om bevilling af en rehabiliterende indsats eller iværksættelse/fortsættelse af en konkret indsats i form af træning eller hjemmesygeplejeydelser mv. Dette aspekt med forløbet og kæden af hændelser omkring vurderingssituationernes tidslighed vil blive belyst i nærmere med fremstilling af forløbsbeskrivelser af vurderingsarbejdet i de fire inkluderede afdelinger i kap. 10 om mulighedsbetingelser for udfoldelse af skøn i organisationen. Såvel borgeren som den professionelle er således placeret i én eller en række af biografiske og tidslige situationer, hvori der finder en mere eller mindre omfattende vurderinger sted med udfoldelse af faglige skøn.

Et aspekt, der kobler sig tæt til betydningen af det første møde og samtalen med borgeren samt borgerens selv fremstilling, jf. min tidligere fremstilling i social- og sagsdimensionen, er **udviklingen af skønnet og vurderingen af borgerens behov for hjælp over tid**. Er skønnet noget, der etablerer sig i den professionelles bevidsthed og i borgerens 'sag' over tid i de samtaleforløb borgeren og den professionelle har sammen? Eller er skønnet som et billede, en (helheds)opfattelse af borgerens situation og vanskeligheder noget, der etablerer sig tidligt i mødet og samtalen med borgeren? Her viser der sig et mønster, der er domineret af en ensartet tidslighed på tværs af alle fire inkluderede afdelinger og informanter, der peger på at etableringen af skønnet/vurderingen i vidt omfang sker ved det første møde eller ganske tidligt i samarbejdsrelationen mellem borgeren og de professionelle.

"Man kan sige at man allerede der, hvor man får oplysningsskemaet og på baggrund af de få oplysninger, man har i sagen, så vurderer man på en eller anden måde tingene. Så allerede der kan man sige, at man starter med et fagligt skøn. [...] ... det skema får vi før vi møder borgeren, så det vil sige allerede, før vi har mødt borgeren, så kan vi konkludere nogen ting. [...] Og så møder man borgeren, og jeg synes også, det er det vigtigste. Selvom man kan læse meget fra oplysningsskemaet og selvom man har de lægelige oplysning-

ger, så er det vigtigt, at man høre borgeren Jeg har allerede der dannet mit skøn og billede af borgeren og det er ikke langt fra det man møder til den første samtale” (Inform. SDP).

To informanter i *Rehabiliteringsenheden* er på samme måde inde på, at skønnet danner sig tidligt i forløbet:

”Men ved den første samtale, så får jeg jo nogen fokuspunkter i forhold til mit faglige skøn, hvor jeg siger ’Hov, her skal jeg være ekstra opmærksom, fordi her har borgeren måske brug for mere støtte, her er borgerens problem’” (Inform. Rehab.).

”Det danner sig tidligt i forløbet. Det synes jeg... i hvert fald fornemmelsen for personen. Den fysioterapeutiske del kan godt gå sådan lidt, hvor vi kommer tilbage igen og prøver igen ’Det var ikke det, så prøver vi lige ud af den her vej. Kunne det være en anden problematik, vi skal starte med at have fokus på, for at få gang i den her arm?’ Så den kan godt mere blive sådan en sløjfemodell, hvor jeg kommer tilbage (Inform. Rehab.).

Dermed kan det første møde med borgeren og borgerens selvfremsættelse blive meget afgørende for det billede, de spor, som den professionelle danner sig af borgeren og følger i den videre vurderingsproces. En vurderingsproces, hvor nye oplysninger i vidt omfang får en be- eller afkræftende rolle i forhold til det billede, som den professionelle fra starten har dannet og anvender som iagttagelsespunkt.

I udfoldelsen af faglige skøn og vurderinger af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet spiller **perspektivet mellem nutid, fortid og fremtid** en afgørende rolle for indholdet, betydningen og rækkevidden af vurderingen og beslutninger knyttet hertil. Dette perspektiv viser sig for det første **1)** som en bestemmelse af borgerens aktuelle situation og vanskeligheder; vanskeligheder og parternes forventninger til en forandring af disse, der for det andet **2)** sættes i forhold til det liv og livsforløb, som borgeren har med sig som forudsætning, som ressourcer og begrænsninger. For det tredje **3)** sættes tidsperspektivet i forhold til borgerens mål, ønsker eller visioner om ’det gode liv’ i tiden fremover med/efter en kræftsygdom. Her inddrager borgeren og den professionelle begge det, som Schutz ovenfor benævner som *indre tid* - en tid, der handler om forbindelse af erfaringer og forståelser i perspektiv af fortid, nutid og en forventet/ønsket fremtid. De aktuelle handlinger, som de professionelle foretager sammen med borgeren - her vurderinger/skøn af behov for rehabilitering - kan (bliver) således forlænget i forhold til borgerens fortid og fremtid. Et perspektiv, der har mange paralleller med fokusområder i rehabilitering i et kræft forløb, jf. afsnit 1.3 om *rehabilitering som begreb og praksisform*. Fokusområder, der handler om at inddrage borgerens hele livssituation og beslutninger, dels om at der er tale om en samarbejdsproces, hvorfor brugerinddragelse er en forudsætning, hvis der skal kunne være tale om (Meyer, 2011:768).

5.4 Mødet og samtalen som brugerinddragelse og rehabilitering

Et af de centrale og konstituerende elementer i tænkningen i rehabilitering (jf. kap. 1, afsnit 1.3) er inddragelse af borgeren eller brugeren i hele rehabiliteringsprocessen. Hertil kommer, at den individuelle samtale mellem borgeren og de professionelle i sig selv kan rumme et betydningsfuldt rehabiliterende element. Endelig er det, som tidligere nævnt, fastlagt i lovgivning om retssikkerhed og administration på det sociale område, at borgeren skal være inddraget i behandlingen af sin egen sag i de situationer, hvor der træffes forvaltningsmæssige afgørelser, jf. § 4 i Retssikkerhedsloven.

I dette afsnit redegøres der kort for nogle teoretiske perspektiver på mødet og samtalen med borgeren som brugerinddragelse og rehabiliteringsindsats, koblet til mine empiriske analyser i de foregående afsnit om de tre dimensioner i mødet og samtalen med borgeren.

Brugerinddragelse i rehabilitering

I definitionen på rehabilitering indgår begrebet brugerinddragelse som et meget centralt konstituerende begreb: "*en ... samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk ... baseret på borgerens hele livssituation og beslutninger...*" (Marselisborgcentret, 2004:16). I min foregående analyse af mødet og samarbejdet med borgeren har brugerinddragelsen såvel en *social-* som en *sagsdimension* indeholdende en række betydningsfulde elementer i forhold til udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. De to dimensioner handler dels om forskellige aspekter koblet til etablering og udvikling af relationen og det relationelle samarbejde, dels om forskellige aspekter omkring bestemmelsen og fremstilling af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft som *sag* i den borgerservicerende organisation.

I *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet* (Marselisborgcentret 2004) forbindes borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen til borgeren som den, der i sin dagligdag har og gør erfaringer med de betydningsfulde menneskelige relationer og praksissammenhænge i hverdagslivet, de iværksatte initiativer og hvorledes disse elementer samvirker her, nu og i fremtiden. Brugerinddragelse relateres videre til aspekter som *medborgerskab, ligestilling og demokrati, empowerment og mestring, motivation og læring, deltagelse og magt* (Marselisborgcentret, 2004:27-30). Disse aspekter afspejler en holdning om, at borgeren er ekspert i eget liv og på, hvorledes rehabilitering påvirker borgerens hverdagsliv. Samtidigt afspejler det en etisk holdning til samarbejdet mellem borgeren og de professionelle og peger på nogle af de fokuspunkter, der kan medvirke til skabe kvalitet i rehabiliteringsindsatsen.

Angel m.fl. har beskrevet en række aspekter omkring borgerens vilkår og muligheder for deltagelse i rehabiliteringsprocessen. Her peges der på en række forhold, der altid er til stede i samarbejdet mellem borgeren og de professionelle. Forhold, der kan sætte nogle begrænsninger for deltagelse med udgangspunkt i borgerens situation. Borgeren

kan være **1)** svækket og mindre opmærksom på grund af sygdom, **2)** have truet identitet på grund af sygdom, **3)** have mentale funktionsnedsættelser i forhold til at kunne deltage, **4)** mangle evner og kræfter til deltagelse, **5)** have behov for deltagelse og vilje til medbestemmelse og **6)** opleve mangel på ønsket indflydelse. I forhold til deltagelse ud fra sagen kan borgeren **7)** have begrænset viden om sagen, der skal samarbejdes om og **8)** mangle ejerskab til den professionelle praksissprog. Borgerens deltagelse i selve relationen kan begrænses af versus fremmes gennem **9)** anerkendelse af borgeren som person og anerkendelse af andre, **10)** begrænset kendskab til samarbejdspartnerne, **11)** fordeling af roller og ansvar, hvor de professionelle er dem, der kan løse borgerens problem samtidigt med, at det problemet betyder mest for borgeren selv, **12)** at borgeren bliver mødt ud fra de professionelle standardisering og **13)** borgerens omfang af kontrol over eget liv. Alle disse elementer er relateret til og foregår i det direkte samarbejde, den direkte kontakt mellem borgeren og den professionelle, og hvor borgeren kan opleve forskellige grader af mulighed for inddragelse og deltagelse (Angel m.fl. i: Hjortbak, 2011:41-56).

Sættes de professionelle italesættelser af mødet og samtalen med borgeren i *social-* og *sagsdimensionen* i afsnit 5.1 og 5.2 i forhold til de krav og betingelser, der ovenfor er formuleret i hvidbogen om rehabilitering og af Angels perspektiv om brugerinddragelse og -deltagelse ser det ud min deltagende observation ud til, at der i vidt omfang ikke sker inddragelse og/eller mangler en tydeligere italesættelse af disse aspekter i mødet og samtalen med borgeren, ikke mindst på myndighedsområdet. I de to afdelinger med udførerfunktioner har der kunnet iagttages inddragelse af flere af de ovenfor nævnte aspekter, bl.a. i betydningen af etableringen af relationen mellem borgeren og den professionelle, rummeligheden og anerkendelsen over for borgerens situation og vanskeligheder samt engagementet i at inddrage borgeren.

Hertil kommer endvidere den måde, hvorpå strukturelle elementer indvirker på og skaber mulighedsbetingelser for inddragelse og deltagelse i rehabiliteringsprocessen - aspekter, der modsvarer mange af de mulighedsbetingelser, som de professionelle virker inden for, jf. min tematiske analyse i kap. 10 om den organisatoriske funktionsopdeling og differentiering, forskellige dominerende perspektiver og omfang af programmering af behovsvurderingen.

Brugerinddragelse som indsatsform i rehabilitering

I vurderingen af borgerens behov for rehabilitering er brugerinddragelse, som beskrevet ovenfor, et af rehabiliteringstænkningens centrale omdrejningspunkter. Det er den også, fordi *"Rehabilitering handler for en stor del om at etablere, agere i og udvikle relationer, fordi rehabilitering som proces viser sig som en lang række af kortere eller længerevarende tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsrelationer, og fordi rehabilitering i bund og grund sker i kraft af et møde mellem mennesker med forskellig viden og forskellig fagligheder"* (Langvad i: Nielsen, 2008:207).

I de forløb, de professionelle har sammen med borgeren, vil der for alle, med undtagelse af medarbejderne i *Visitationenheden* med den korte direkte borgerkontakt, være mulighed for at inddrage selve mødet og samtalen med borgeren som en selvstændig rehabiliteringsindsats. Det gælder især for udførerfunktioner i *Hjemmesygeplejen* og *Rehabiliteringsenheden*, ikke mindst i funktionen som forløbskoordinator, hvilket analyser af forløbskoordinatorens journaler også dokumenterer. I dette møde finder der en betydelig læring sted for borgeren, udvikling af evnen til mestring og selvforvaltning af egen situation i kræftforløbet (empowerment).

Mødet og samtalen med borgeren kan og bliver således på flere felter nyttiggjort, ikke alene som et redskab til at oplyse sagen og borgerens behov for rehabilitering, men til lige som element i selve rehabiliteringen. I *Sygedagpengeafdelingen* er der imidlertid et dominerende billede af fokus på oplysning af sagen og fravær af fokus på målrettet at anvende lange opfølgingsforløb som element i en relationelt funderet støtte af borgeren i forløbet med kræft.

5.5 Konklusion

Mødet og samtalen med borgeren udgør et af de mest dominerende elementer i konstituering af udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Dermed rummer mødet og samtalen med borgeren et meget centralt kendetegn ved det professionelle faglige skøn.

Mødet og samtalen mellem borgeren og de professionelle er analyseret ud fra Schutz' hverdagslivsteori, med paralleller til Luhmanns meningsbegreb. I den *sociale relation* har følgende aspekter en afgørende betydning *for* og *i* udfoldelsen af det faglige skøn: **1)** lokalitetens betydning for mødet med borgeren, **2)** etablering af relationen, **3)** betydningen af det første møde med borgeren, **4)** borgeren og den professionelle som samtalepartnere og **5)** tryghed/tillid, magt og anerkendelse som konstituerende elementer i mødet og samtalen. I *oplysningen af sagen* er det **6)** borgerens selvfremsstilling, **7)** inddragelse af et (helheds)perspektiv på borgerens hverdagsliv, **8)** observationer af borgeren i mødet, **9)** inddragelse af oplysninger fra andre samarbejdspartnere og **10)** bestemmelse af borgerens behov for hjælp. Endelig rummer mødet og samtalen med borgeren i *tidsperspektiv* en tidslighed i forhold til **11)** selve vurderingssituationen, **12)** udvikling af skønnet og vurderingen af borgerens behov for hjælp over tid og **13)** perspektivet mellem nutid, fortid og fremtid set i forhold til borgerens situation og vanskeligheder.

Blandt de ovennævnte elementer udgør *det første møde* og *borgerens selvfremsstilling* af sin situation to meget afgørende aspekter i det faglige skøn. Aspekter, der ser ud til at få afgørende betydning for vurderingen af borgerens situation og vanskeligheder, i forhold til især at få adgang til hjælp fra den borgerservicerende organisation.

Analysen viser hvorledes, mødet og samtalen med borgeren kommer i spil og udfolder sig som en for de professionelle vigtig og *naturlig* måde at møde borgeren på og få be- eller oplyst borgerens situation og vanskeligheder på. Et møde, hvor den professionelle common sense-tænkning og intersubjektivitet har forrang frem for en institutionaliserende retsanvendelse, der er fokus for den efterfølgende tematiske analyse.

Her er det endvidere kendetegnende, at borgeren er den *fremmede*, hvorfor en etisk og faglig funderet tilgang kan understøtte borgerinvolvering i behovsvurderingen og i selve rehabiliteringsindsatsen. Her tyder det på, at professionelle i de to udførerfunktioner (*Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen*) for-mår at inddrage og nyttiggøre borgerens ressourcer i oplysning af sagen og i selve rehabiliteringsprocessen sammen med borgeren. De to myndighedsafdelinger (*Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*) har her dels begrænsede muligheder for dette begrundet i medarbejdernes korte borgerkontakt især i *Visitationsenheden*, dels er der ikke opmærksomhed i *Sygedagpengeafdelingen* i forhold til og potentialer i mødet og samtalen med borgeren, hvor fokus er domineret samtaler rettet mod oplysning af sagen.

6. Retsanvendelse og retssikkerhed i det faglige skøn

Et af de elementer, der sammen med mødet og samtalen med borgeren i kap. 5 ser ud til at have meget afgørende indflydelse på de professionelles udfoldelse af faglige skøn, er *retsanvendelse*. Et element, der samtidigt ser ud til at være kendetegnende for de enkelte organisatoriske enheders forskellige funktionelle tilgang i udfolde faglige skøn. Netop krav om anvendelse af retlige bestemmelser i form af lovgivning eller andre former for politisk-administrativt fastlagte standarder præger i forskelligt omfang de betingelser, hvorunder det professionelle faglige skøn udfoldes ved vurderinger af borgerens behov for kommunalt forankret rehabilitering i et kræftforløb. Dermed forekommer det relevant at sætte lys på, hvorledes anvendelsen af ret og sikring af borgerens retssikkerhed håndteres og rummes i udfoldelsen af faglige skøn og er med til at kendetegne skønnet som fænomen.

Retlige bestemmelser kan, ud fra Schutz' teori, betragtes som én af de måder, hvorpå der sker overleveringer af forståelser og principper for handling i den enkelte aktørs common sense-tænkning og intersubjektive meningsdannelse og valg af handling i vurderinger af en borgers behov for rehabilitering. Samtidig vil anvendelsen af retlige bestemmelser og krav om retssikkerhed være udtryk for det, som Berger & Luckmann, benævner som *institutionalisering* af viden og handlinger gennem typificeringer af vanemæssige handlinger (Berger & Luckmann, 2002:72) - her i form af politisk fastsatte kriterier for og legitimering af borgerens adgang til rehabilitering i en borgerservicerende organisation.

I denne analyse tages der udgangspunkt i en teoretisk belysning af den måde, hvorpå samfundet typificerer handlinger med anvendelsen af ret i den forvaltningsmæssige praksis, sikring af borgernes retssikkerhed og inddragelse af andre systemhensyn ved vurderinger af borgerens behov for rehabiliterende indsatser i et kræftforløb. Herefter sættes der lys på emnet skønsmæssige afgørelser og borgerens retssikkerhed, belyst ud fra anvendelsen af ret (jus) i form af data fra min empiri. På dette sidste analysetrin kommer de enkelte informanternes intersubjektive forståelser til udtryk i hverdagens praksis med anvendelse af ret.

Ud fra min analyse af typificeringer i det sociale som overleverede og institutionaliserede forståelser handleformer i praksis, hvor fokus holdes på håndtering af den procedurale retsanvendelse og retssikkerhed, foretages der efterfølgende en analyse og diskussion af nogle af udfordringer og dilemmaer, der knytter sig til professionelles skønsmæssige typificering af afgørelser set i et retligt perspektiv. Min tematiske analyse afsluttes med en diskussion af, om udvikling af en højere grad af *indre procedural retssikker-*

hed i offentlige borgerservicerende organisationers virksomhed er et ideal eller en reel mulighed? Med andre ord vil det være muligt inden for eller med ændringer af de bestående retlige bestemmelser at styrke sikringen af borgernes retssikkerhed i situationer, hvor forvaltningsmæssige afgørelser i vidt omfang træffes på baggrund af faglige skøn, udfoldet intersubjektivt i det sociale arbejdes praksis. En styrkelse, der grundlæggende handler om tydeliggørelse og gennemskuelighed af afgørelser om tilbud om rehabilitering samt de intersubjektive begrundelser og slutninger, disse afgørelser bygger på.

6.1 Anvendelse af ret i forvaltningens virksomhed

I det sociale meningslager og samfundets typificering af ret i en forvaltnings virksomhed udgør de forvaltningsretlige bestemmelser og teorier om anvendelsen af heraf en vigtig kilde til forståelse af et af de hovedelementer, som især professionelle på myndighedsområdet ekspliciterer i udfoldelsen af faglige skøn.⁵⁰

Udfoldelsen af såvel retlig som faktisk forvaltningsvirksomhed i en kommunal borgerservicerende organisation sker, som det er fremgået af flere af mine foregående analyser, i en praksis præget af anvendelsen af ret og politisk-administrative bestemmelser. I visse situationer vil der for det første **1**) være tale om direkte retsanvendelse, fx ved afgørelser af, om en borger har ret til sygedagpenge. I andre situationer vil der for det andet **2**) kunne være tale om en kombination af retsanvendelse og anvendelse af lokalpolitiske fortolkninger af loven i form af politisk-administrative bestemmelser, fx ved afgørelser om ret til at få bevilget hjælp til personlige og praktiske opgaver i hjemmet (hjemmehjælp) efter kommunens politisk vedtagne kvalitetsstandard. Standarder, der kan rumme og åbne op for serviceforskelle mellem de enkelte kommuner i Danmark, baseret på styrelsesregler om det kommunale selvstyre (Rønsholdt, 2010:85-86; Garde m.fl. 2004:61-66). Endelig vil der for det tredje **3**) kunne være tale om indsatser primært efter sundhedslovgivningen, fx som genoptræning og hjemmesygepleje, hvor der ikke formelt skal træffes afgørelser i forvaltningslovens forstand. Hertil kommer, at ydelser leveret af kommunens forløbskoordinator på kræftområdet i *Rehabiliteringsenheden* placerer sig i et krydsfelt mellem de tre nævnte tilgange i retsanvendelsen.

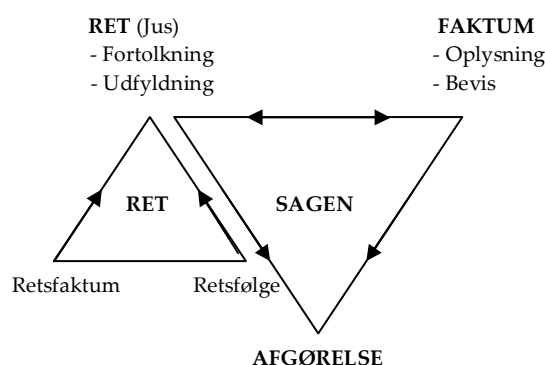
Et meget centralt aspekt i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering med udfoldelsen af et professionelt fagligt skøn er således, at der sker anvendelse af *ret* og *retlige bestemmelser* og *rammer*, fastlagt i Folketinget via lovgivning eller lokalpolitisk i form af kvalitetsstandarder; standarder, der i praksis får en retlig karakter. Det gælder særligt i

⁵⁰ Som nævnt tidligere i afsnit 4.2 tager jeg her udgangspunkt i substantielle teorier og fremstillinger af retlige bestemmelser frem for generelle diskriptive teorier. Begrundelsen herfor er, at netop anvendelsen af ret og sikring af retssikkerhed her søges forstået i lyset af aktuelle samfundsmæssige typificeringer, der anvendes af og er genkendelige for de professionelle i det sociale arbejdes praksis.

Visitationsenheden og i *Sygedagpengeafdelingen*, der har funktion af at være myndighed med udfoldelse af retlig forvaltningsvirksomhed.

Anvendelsen af ret i forvaltningslovens forstand sker som et samspil mellem *ret* (jus) baseret på retsfaktum og retsfølge, *faktum* og *afgørelse*. I fig. 6.1 nedenfor har jeg med inspiration fra Rønsholdt (2010) illustreret koblingen mellem disse tre hovedelementer i anvendelsen af ret, her i en kommunal borgerservicerende organisation.

Fig. 6.1: Retsgrundlagets elementer (Bearbejdet. e. Rønsholdt, 2010:42)



I fig. 6.1 er der det vist, hvorledes ret (jus) indeholdende en fremstilling af selve retten, retsfaktum og retsfølge indgår i et samspil i selve sagsforløbet med at træffe en afgørelse med de tilvejebragte oplysninger/informationer (faktum) og munder ud i en afgørelse.

Ret (jus) rummer afgørelsens retlige grundlag. I undersøgelsens sammenhæng vil der i vidt omfang være behov for at fortolke og udfylde de ikke-normerede bestemmelser i fx Serviceloven bl.a. med skønsmæssige fortolkninger i vurderingen af en borgers behov for rehabiliterende indsatser. Dette sker i forhold til bestemmelser i lovgivningen om hvilke forhold (*retsfaktum*), der skal indgå i og lægges vægt på i fortolkningen og udfyldelsen af loven samt de konsekvenser (*retfølger*), der følger af loven i form af afgørelsens indhold. Retsfaktum vil fx være bestemmelser for at kunne forlænge en sygedagpengebevilling eller kriterier for at kunne få bevilget hjemmehjælp; retfølger vil være sygedagpengebevillingens eller hjemmehjælpsbevillingens faktuelle indhold.

Faktum beskriver de forhold uden for retsgrundlaget, der er genstand for regulering, og som i retsgrundlaget er beskrevet som en betingelse for, at en afgørelse kan træffes. Med andre ord samlingen af oplysninger/informationer om den aktuelle sag (borgerens situation, vanskeligheder, problemer, behov for hjælp). I en sygedagpengesag vil dette kunne være, at 'den sygemeldte er under eller venter på lægebehandling ...' (jf. Sygedagpengelovens § 27, punkt 3), dvs. at der skal foreligge dokumentation fra en læge om,

at borgeren er i gang med en kemobehandling. Ved ansøgning om hjælp til rengøring skal borgeren kunne sandsynliggøre via sin fremstilling af situationen og visitators observationer ved besøg i hjemmet, at borgeren ikke selv er i stand til at gøre rent i huset.

Retsafgørelsen bliver til ved at sammenholde ret (jus) og faktum. I denne sammenholdning spiller det en central rolle i hvilket omfang retten klart normere grundlaget for en afgørelse, hvorved man ved simpel subsumption⁵¹ kan træffe en afgørelse. Er det ikke tilfældet, vil der være tale om fortolkninger, herunder udfoldelse af *skøn*, fx i en fortolkning og vurdering af om "... som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver" (jf. Servicelovens § 83, stk. 2). Denne afgørelse skal ikke bare være lovlig men også rigtig. Dette sikres ved, at faktum er fuldt oplyst, at samtlige bestanddele i retsgrundlaget er klarlagt, herunder at alle relevante kriterier er inddraget (fx kriterier i kvalitetsstandarder), og deres vægt er bestemt, hvorefter der kan træffes en endelig afvejning - *skøn* - med sigte på at træffe afgørelse i sagen (Rønsholdt, 2010:42-53). Det er således igennem en fortolkning, hvor sagsbehandleren sætter retsfaktum (oplysninger i sagen) i forhold til retten (jus) og foretager skønsmæssige slutninger i forhold hertil, at der kan træffes en *skønsmæssig afgørelse*. Det er netop derved, at det bliver interessant og har retssikkerhedsmæssige konsekvenser at få indblik i og fordre en vis eksplicitering af det spørgsmål, som fx også nævnes i Socialministeriets egen metodebog om 'god sagsbehandling på ældreområdet': "*Hvorfor er afgørelsen, som den er?*" (Socialministeriet, 2007:37).

Når vi taler om anvendelsen af ret i forvaltningslovens forstand, så taler vi om former for forvaltningsvirksomhed, hvori der udfærdiges retsakter indeholdende konkrete afgørelser i forvaltningslovens forstand, dvs. "... at der træffes retligt bindende afgørelser i forhold til implicerede enkeltpersoner" (Rønsholdt, 2010:77). Det betyder, at virksomhed efter sundhedslovens bestemmelser i vidt omfang ikke er omfattet af forvaltningslovens krav til afgørelser. Der er dog situationer, fx om borgerens ret til vederlagsfri behandling fx af egen læge, fysioterapeut eller hjemmesygeplejerske, hvor sagen har karakter af en afgørelse og derfor vil være omfattet af forvaltningsloven. Det gælder derfor også for afgørelser om adgang til rehabilitering, ydet af professionelle på sundhedsområdet. En faglig begrundet beslutning om fx at afstå fra yderligere smertebehandling eller fortsat træning i et rehabiliteringsforløb vil derimod ikke være omfattet af forvaltningslovens bestemmelser. Her indtræder bestemmelserne om patienters retsstilling om informeret samtykke, aktindsigt mv.⁵²

I retsanvendelsen med skønsmæssige afgørelser er der tale om såvel en *fortolkning* som en *afvejning*. Garde (2004) skelner imellem *fortolkning* som den proces, der finder sted

⁵¹ Begrebet *subsumption* omfatter sagens faktum, jus og afgørelsen (Rønsholdt, 2010:51). Hvad der er faktum (de i forhold til sagen relevante fakta), hvad siger jus (de relevante regler) og hvilken retsfølge (resultatet, afgørelse) kan der træffes ved at sammenholde disse to sæt af oplysninger og bestemmelser. Ud fra disse elementer slutter man sig således til en afgørelse i sagen, baseret på bevisførelsen i sagen.

⁵² Disse aspekter er beskrevet i kap. 5 i Sundhedsloven (Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 913 af 13/07/2010 Gældende. (Sundhedsloven) Offentliggørelsesdato: 15-07-2010 Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

når bestemmelser i lov og anordning beskriver retsfaktum og retsfølge rimeligt præcist og *afvejning* som kernen i skøn mellem lovlige hensyn inden for de retlige rammer for skønsudøvelse (Garde, 2004:378). Fortolkningen retter sig således overvejende mod den *materielle ret*, hvorimod afvejningen indgår i de *skønsmæssige afgørelser*.⁵³

Det er imidlertid klart, at behovet for retssikkerhed i form af beskyttelse mod vilkårlighed og krav om forudsigelighed i forhold til velfærdsretslige ydelser som fx medicinsk behandling, sygepleje og træning er de samme her, som fx sociale ydelser. Derfor beror de retssikkerhedsmæssige forskelle nok så meget i midlerne som i målet (Rønsholdt, 2010: 75). Dette perspektiv på retssikkerhed på sundhedsområdet stemmer også overens med den udvikling, der netop pågår i disse år, hvor sundhedsområdet i stigende grad retliggøres (Hybel, 2006:38). Et eksempel herpå er netop borgerens ret til at få vurderet behov for rehabilitering ved kræft, vedtaget ifm. Finansloven for 2011 og indarbejdet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation ved kræft samt operationaliseret i sundhedsaftalesystemet mellem kommuner og region (jf. kap. 1, afsn. 1.2). Samtidigt findes der en lang række retlige bestemmelser for den sundhedsfaglige virksomhed, fx autorisationslovens § 17, hvorfra Madsen (2010) uddrager, at patienter har ret til at "... modtage en behandling, der ikke ligger under den almindelige anerkendte faglige standard på området" (Madsen, 2010:114).

Det er i dette felt af bestemmelser og proceskrav, at den professionelle aktør i en borgerservicerende organisation udfolder faglige skøn i vurderinger af borgerens behov og muligheder for at få hjælp og støtte til rehabilitering i et kræftforløb. Et felt, der som antydnet, i meget vidt omfang baserer sig på faglige skøn eller i det mindste fortolkninger og en åbenhed, i forhold til hvorledes retsfaktum kan vurderes over for retten.

Retsanvendelse og rehabilitering

Rehabilitering er kendetegnet ved, at indsatserne har afsæt i mange forskellige lovgivninger, begrundet i rehabiliteringsindsatsens grundlæggende tværfaglige og tværsektorielle karakter. For at fremme implementeringen af rehabilitering i praksis har fire ministerier i 2011 udarbejdet en *Vejledning om kommunal rehabilitering* samt et idékatalog om *God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats* (Hjortbak & Bangshaab i: Hjortbak m.fl., 2011; Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl., 2011/a, 2011/b). Formålet med de centrale udmeldinger er "[...] 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 m.fl., 2011/a:4).

⁵³ På retsområdet handler *materiel ret* om lovgivningens normering af konkrete ydelser, der evt. kan udmåles objektivt, fx folkepension, boligstøtte og sygedagpenge. For ydelser, der ikke er normeret i loven, fx rehabiliterende ydelser, vil der være tale om at skulle træffe skønsmæssige afgørelser, hvorfor der her er et særligt fokus på *procedural ret*. Det vil sige retlige procedurer, der skal sikre borgeren mod manglende inddragelse i sagsbehandlingen, tilfældighed, usaglighed og manglende ligebehandling. De procedurale retssikkerhedskrav gælder dog også for de normerede ydelser, om end de her har en mere tilbagetrukket rolle.

I et udredningsarbejde om *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (Hjortbak m.fl., 2011) redegøres der bl.a. for rehabiliteringsrådets lovgrundlag, rammer og retlige regulering. De udfordringer, der kan være for medarbejderne i de fire inkluderede afdelinger, antages især at have baggrund i de kendetegn ved den borgerservicerende organisation (jf. kap. 10, afsn. 10.1). Her optræder der en række mekanismer, der kan få konsekvenser for den måde, hvorpå lovgivningen og de retlige rammer for regulering af organisationens arbejde kan udfolde sig på i praksis. Disse udfordringer relaterer sig især til

- anvendelsen af en vagt (uklart) formuleret lovgivning i en kontekst, der søger at skabe klarhed og entydighed,
- kravet om retssikkerhed, hvor fokus er flyttet fra den indholdsmæssige retssikkerhed til den procedurale retssikkerhed,
- borgerinddragelse som ideal eller reel mulighed,
- konstruktion af borgeren som 'hjælp-berettiget' modtager af rehabilitering og
- krav om fagpersonens balance mellem hensynet til borgerens behov og organisationens (systemets) krav (Hjortbak & Bangshaab i: Hjortbak m.fl., 2011:234).

Inden for retssociologien redegør Dalberg-Larsen (2001) bl.a. for forvaltningens opgaver og funktion i nutidens samfund. Her peges der også på, at ministerier og andre centrale organer på mange områder har ringe indflydelse på de helt konkrete *beslutninger*, igennem hvilke nogle givne retsregler i sidste instans realiseres. Her er det ofte "*markarbejdere*" eller "*street-level-bureaucrats*", der uden juridisk eller anden akademisk uddannelse og på baggrund af *skøn* med flere komplicerede *skønstemaer*, må træffe beslutninger (afgørelser) i forhold til den enkelte borger ud fra sociallovgivningens regler (Dalberg-Larsen, 2001:192-207). Forvaltningen har, som Dalberg-Larsen formulerer det, "[...] en ganske betydelig indflydelse på, hvad der kommer frem til politisk debat, og hvilke informationer politikerne får om lovgivningsspørgsmål. Men også den udvidede brug af rammelovgivning fører til øgede magtbeføjelser til forvaltningen. [...] Forvaltningen skal jo netop aktivt løse komplekse problemer, hvis nærmere karakter det er umuligt at forudse på lovgivningstidspunktet. Og man må ofte af politiske grunde tildele forvaltningen bredt eller uklart formulerede opgaver, hvor mange målsætninger opstilles uden nogen prioritering. Derfor bliver det reelt inden for forvaltningen, at den konkrete politik fastlægges [...]" (Dalberg-Larsen, 2001:199). Her peges der således på, at det ofte er "*markarbejdere*" eller "*street-level-bureaucrats*", der fortager vurderinger og skøn, fx af en borgers mulighed for at få adgang til rehabiliterende indsatser i den borgerservicerende organisation.

Markarbejderens rolle og betydning for implementering af bl.a. lovgivning, regulerende rammer og forvaltningsmæssige administrative beslutninger er beskrevet af Michael Lipsky (1980) i sit klassiske værk *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. Markarbejdere defineres her som medarbejdere, der er i direkte kontakt med og interagerer med borgeren, og i dette samarbejde er tillagt en betydelig grad af skønsmæssig afgørelser i gennemførelsen af det daglige arbejde (Lipsky, 1980:3)

Rehabilitering i offentlige borgerservicerende organisationer forudsætter en meningsfuld *implementering* af de love samt den retlige og forvaltningsmæssige regulering, der knytter sig til det store antal love, rammer og regler. Det gælder såvel for borgerens frie og lige (legitime) adgangen til rehabilitering, som for udførelse og sikring af indsatsens kvalitet, effektivitet og sikkerhed for borgeren.

Winther & Nielsen (2008) har beskrevet en integreret implementeringsmodel for politik i praksis. Modellen fokuserer i sin struktur på såvel præstationer i form af adfærden på rehabiliteringsområdet (*output*), som på *effekter* på målgruppens adfærd *outcome*, fx i form af en forbedret funktionsevne. Modellen består i et samspil mellem *politikformulering* baseret på konflikter, symbolpolitik, kausalteori og politikdesign, *implementeringsprocessen* indeholdende organisatorisk og interorganisatorisk adfærd, ledelse, medarbejdernes evner/viljer/interesser og målgruppeadfærd samt *implementeringsresultater*, hvor fokus er præstationer fra de involverede aktører og effekter af den udarbejdede politik for målgruppen. Dette samspil af elementer kobler sig til de socioøkonomiske omgivelser for implementeringen af en given politik (Winther & Nielsen, 2008: 17-23).

Ud fra Dahlber-Larsens syn på forvaltningens indflydelse på den konkrete politik samt Winther & Niensens typificering af implementering af love og faglig-administrative regler og rammer som proces i praksis ser det ud til, at de professionelle har stor indflydelse på retsanvendelsen. Mest af alt der, hvor loven ikke eller kun principielt normere indhold og omfang af en konkret indsats. I den løbende anvendelse og implementering af nye bestemmelser, fx på sygedagpengeområdet og kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, hjælpemidler mv., har de professionelle (og ledelsen) betydelig indflydelse på om og hvordan reglerne omsættes i praksis således som de er 'designet' i politikformuleringsprocessen. Dermed får den enkelte professionelles intersubjektive forståelser i den konkrete situation og organisationens mulighedsbetingelser (jf. kap. 10) stor betydning, for implementeringen og anvendelsen af de retlige bestemmelser udfolder i praksis.

6.2 Skøn; retssikkerhed og andre systemhensyn

Når der sker anvendelse af ret skal dette finde sted med sikring af en høj grad af retssikkerhed for borgeren; noget, der hører til det mest fundamentale og omfattende tankegods i en dansk kontekst (Rønsholdt, 2010:61). I det følgende vil jeg redegøre for nogle centrale retssikkerhedsmæssige aspekter koblet til udfoldelsen af faglige skøn ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb. Praksis for sikring af borgerens rettigheder kan således betragtes som organisationens *institutionalisering* af de tænke måder og procedurer, der skal være bevidsthed om og skal anvendes i praksis. Fremgangsmåder, der får en *objektiv* (funktionel) karakter i organisationen og *internaliseres* gennem en sekundær socialisering hverdagens praksis (Berger & Luckmann, 2002). To aspekter, der handler om mulighedsbetingelser og skøn som kompetence, der vil bli-

ve belyse nærmere i kap. 9 og 10. De empiriske aspekter af anvendelsen af ret (jf. afsnit 6.1) og borgerens retssikkerhed sættes efterfølgende i spil i min analyse i afsnit 6.3 om *skøn, retsanvendelse og borgerens retssikkerhed*.

Retssikkerhed handler grundlæggende om, at borgeren kan *fastslå* og *forudsige* sin retsstilling; 'Hvad har jeg som borger ret til, og dermed hvad kan jeg forvente (forudsige) af hjælp, når jeg er i en given situation som borger?' I de situationer, hvor afgørelser i vidt omfang baserer sig på et skøn, er der tale om at borgerens retssikkerhed er svag. Her er det afgørende for borgerens retsfølelse, at borgeren inddrages i behandlingen af sin sag og at en afgørelse begrundes på en sådan måde, så borgeren både kan genkende, forstå og så vidt det er muligt acceptere afgørelsen.

Retssikkerhedslovens bestemmelser, således som de fremgår af vejledningen til loven, er særdeles omfattende og består i 12 afsnit, 52 kapitler med 591 punkter i forhold til selve retssikkerhedslovens § 90. De procedurale bestemmelser, der er særligt relevante for sagens behandling i forhold til borgeren er **1)** frister for afgørelser i kap. 5, **2)** krav til om borgerens medvirken kap. 6 i vejledningen relateret til lovens centrale § 4, **3)** helhedsvurdering samt en tidlig og samlet vurdering og 8-ugers vurdering ved hjælp til forsørgelse i vejledningens kap. 7, 8 og 10, **4)** regler for sagsbehandlingen, herunder officialprincippet⁵⁴ og borgerens medvirken og oplysning af sagen i afsnit III, kap. 12-21 og **5)** klageregler, jf. vejledningens afsnit V, kap. 24-31 (Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. LBK nr. 656 af 15. juni 2011; Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. VEJ nr. 73 af 3. oktober 2006).

Der findes således i lovgivningen et meget omfattende regelsæt for den måde, hvorpå de professionelle (sagsbehandlere) i udøvelsen af retlig forvaltningsvirksomhed skal behandle borgerens ansøgning om fx hjælp til rehabilitering eller forsørgelse ved sygdom og træffe afgørelser herom. Regler, der har karakter af det, som jeg vil benævne som *ydre procedural retssikkerhed*, dvs. bestemmelser for de sagsbehandlingsprocedurer, som den enkelte professionelle skal følge i sagsbehandlingsarbejdet. Den procedurale retssikkerhed er, som nævnt ovenfor, reguleret gennem et omfattende regelsæt, der skal tage højde for rettens mange skønsmæssige afgørelser med en rummelighed over for borgeres meget individuelle situationer og dermed sikre, at retten ikke bliver alt for rigid i forhold til borgernes meget individuelle vanskeligheder. I modsætning hertil findes der ikke på samme måde klare regler for den måde, hvorpå sagsbehandleren synliggør (*be-slutninger* mellem ret (jus) og faktum i konkrete afgørelser fx om støtte og hjælp til rehabilitering hos en borger med kræft. Et aspekt man kunne benævne *indre procedural retssikkerhed*, hvilket jeg vil vende tilbage til i afsnit 6.4. Derimod findes der i retssikkerhedsloven regler om begrundelse af afgørelser.

⁵⁴ *Officialprincippet* handler om den uskrevne regel, der er i forvaltningsloven om, at det er myndigheden, der har ansvaret for sagens oplysning, suppleret af bestemmelser i retssikkerhedsloven fx om krav til borgerens medvirken til oplysning af sagen (Rønsholdt, 2010:376-377).

Bestemmelserne om retssikkerhed og administration på det sociale område rummer, som beskrevet ovenfor, nogle meget omfattende og detaljerede krav til sagsbehandlernes eller de professionelles behandling af sager vedr. bevilling af kommunalt forankrede rehabiliterende indsatser. I det følgende vil jeg afgrænse mig til i oversigtsform at redegøre for de retssikkerhedsmæssige krav, der knytter sig til *skønmæssige* afgørelser. Relevante aspekter heraf vil blive udfoldet yderligere efterfølgende i min analyse heraf.

Begrebet *skøn* i forvaltningslovens forstand refererer, som jeg har nævnt i min redegørelse for undersøgelsens forskningsfelt (kap. 1, afsnit 1.4 om *vurdering og skøn som greb i forvaltningspraksis*) til de situationer, hvor "[...] *forvaltningens afgørelser ikke fuldt ud er normeret i loven. [...] hvor afgørelsens præmisser (de hensyn, der skal lægges til grund) ikke fuldt ud er fastlagt i loveteksten. [...] Man taler i disse tilfælde om, at forvaltningen er overladt til et skøn*" (Garde m.fl., 2004:220). I forhold til udfoldelsen af det faglige skøn vælger jeg at inddrage tre centrale aspekter: **1)** krav til *oplysning* af sagen som retsfaktum, **2)** *afgørelsens* form som retsfølge, herunder vejledning om klagemuligheder samt **3)** *afgørelsens begrundelse* som et centralt element i eksplicitering eller synliggørelse af skønnet baseret på retsfaktum holdt op imod retten (jus).

Oplysning af sager, hvori der ved afgørelsen forekommer en betydelig grad af skøn, styres af hvilke kriterier, der skal inddrages i afgørelsesgrundlaget. Oplysningerne i sagen skal derfor have *relevans* for sagsbehandlingen og sagens afgørelse, hvilket betyder, at kun oplysninger af betydning for sagen kan indhentes hos borgeren, ligesom der omvendt stilles krav til borgeren om at medvirke til fremskaffelse af relevante oplysninger i sagen. Netop kompleksiteten i det dynamiske samspil imellem bestemmelsen af afgørelsen, jus og faktum i sager med *skønmæssige* afgørelser er stor (Rønsholdt, 2010:374).

De kriterier, der anvendes ifm. sagen, fx love, bekendtgørelser eller interne regler i form af fx kvalitetsstandarder, afgør tilvejebringelsen af de dertil hørende relevante faktuelle oplysninger. Der stilles ligeledes krav om, at disse kriterier skal indgå som jus i bedømmelsen af retsfaktum, hvilket også gælder for 'kriterier' indbragt af borgeren i sagsforløbet, fx i situationer, hvor borgeren påberåber sig at have en berettiget forventning om at få hjælp til rengøring, når ægtefællen varetager en række plejeopgaver over for den syge (Rønsholdt, 2010:375-376).

I vejledningen til retssikkerhedsloven er det endvidere påpeget i § 5 om *helhedsvurdering*, at "*Kommunen skal behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for hjælp efter denne lovgivning, herunder også rådgivning og vejledning. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed eller efter en anden lovgivning*" (Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. VEJ nr. 73, 3. oktober 2006). Betydningen heraf knytter sig til muligheden for at kunne tilrettelægge hjælpen ud fra en samlet vurdering af borgerens situation. Ligeledes betyder § 5 ovenfor, at myndigheden skal foretage en vurdering af borgerens situation som helhed, dels for at sikre at andre relevante hjælpebehov inddrages ud over den direkte ansøgte hjælp, dels for at sikre, at borgeren vejledes eller henvises

til hjælp efter andre regler, evt. som hjælp fra en anden myndighed som fx sundheds-væsnat.

Afgørelsen siger "[...] *hvad der er eller skal være ret (eller uret) for borgeren i et foreliggende tilfælde*" (Ankestyrelsen, 2011:5). Kravene til afgørelsen knytter sig især til bestemmelser om skriftlighed, herunder begrundelse af afgørelsen i forhold til jus og faktum, bekendtgørelse af afgørelsen over for borgeren (parten) og klagevejledning. At skrive en afgørelse, der både er korrekt og som borgeren kan forstå, stiller en række formmæssige krav, hvorfor Ankestyrelsen da også har udarbejdet en vejledning herom til kommunerne (Ankestyrelsen 2011). Et af de centrale elementer knyttet til afgørelsen og udfoldelsen af det faglige skøn er afgørelsens begrundelse.

Begrundelsen i en afgørelse i forvaltningslovens forstand er kendetegnet ved at være meget regelbundet, hvilket betyder, at den både skal være *lovlig* (være hjemlet i lovgivningen) og *rigtig* hvorved der forstås, at begrundelsen relaterer sig til jus, faktum og subsumption af afgørelsen (Rønsholdt, 2010:133). I forvaltningslovens §§ 22-24 stilles der en lang række krav til forvaltningens begrundelse af en afgørelse i en sag, hvori der fx søges om støtte og hjælp i form af rehabiliterende indsatser i et kræftforløb. Sammenfattende kan kravene til begrundelse af en afgørelse siges at rette sig imod følgende hensyn:

- borgerens forståelse, tillid til og accept af den trufne afgørelse
- etablering af et grundlag for evt. at kunne klage over afgørelsen
- oplysning af mulige prøvelsesinstanser med henblik på disses kontrol af afgørelsen
- som grundlag for myndighedens styring af retsområdet
- sikring af afgørelsens lovlighed og rigtighed via begrundelseskravets påvirkning af førsteinstansens sagsbehandling
- en effektiv udnyttelse af forvaltningens ressourcer (Rønsholdt, 2010:137-138).

De mere konkrete forhold vedr. afgørelsens begrundelse og koblingen til de professionelle udfoldelse af faglige skøn vil indgå i min analyse af skøn, retsanvendelse og retssikkerhed i det efterfølgende afsnit 6.3. Forinden skal aspektet ovenfor om en effektiv anvendelse af forvaltningens ressourcer dog kort berøres.

En effektiv udnyttelse af forvaltningens ressourcer henviser til den mulighed, der også kan åbnes op for *andre hensyn* i forhold til en afgørelse om hjælp og dennes begrundelse. I forhold til retssikkerheden for borgeren er det lovligt i et vist omfang og under visse betingelser at *tage andre hensyn* ved sagens afgørelse, fx økonomi og effektivitet i opgaveløsningen (Rønsholdt, 2010:79). Det betyder med andre ord, at en myndighed fx kan vælge at revisitere en borger i forhold til personlig og praktisk hjælp i hjemmet (hjemmehjælp) og nedsætte hjælpens omfang begrundet i økonomiske prioriteringer eller på sundhedsområdet begrænse en given træningsindsats, begrundet i manglende dokumentation (evidens) for indsatsens effekt i forhold til en given funktionsnedsættelse.

Denne inddragelse af 'andre hensyn' kan gøre det vanskeligt for borgeren at forudsige lovens betydning, i forhold til de vanskeligheder borgeren har i sit forløb med kræftsygdommen og dermed at kunne forstå og måske acceptere forvaltningens afgørelse.

Når der er tale om indsatser på sundhedsområdet (kommunale som på hospitalsområdet i regionerne) gælder der særlige bestemmelser vedr. patientrettigheder. Således skal patienter kunne forvente (kræve) at modtage en behandling, der ikke ligger under den almindelige anerkendte faglige standard på området (Madsen, 2010:114), hvilket relaterer sig til en fortolkning af autorisationslovens bestemmelse om, at "*En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.*" (Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr 877 af 04/08/2011. Indenrigs- og Sundhedsministeriet). De hensyn, sundhedsmyndigheden inddrager i sin prioritering af indsatser over for borgeren, skal således være i overensstemmelse med de almindelig anerkendte standarder på området. Som eksempel på en sådan standard rettet imod rehabilitering af patienter [borgere] i et kræftforløb kan nævnes *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2012/a).

6.3 Skøn, retsanvendelse og borgerens retssikkerhed

I min empiriske del af undersøgelsen optræder der ikke italesættelser af retssikkerhed som et aspekt i de professionelles udfoldelse af faglige skøn. Derimod er der tale om en omfattende inddragelse af ret og andre politisk-administrative bestemmelser. I denne analyse skal retsanvendelsen udfoldes yderligere i den måde, hvorpå den optræder i de professionelles praksis med vurderinger af borgerens behov for/ret til rehabilitering.

Det første eksempel handler om sagsbehandling i forhold til hjælpemidler, og hvorledes man her læner sig op af fortolkninger af vurderinger og afgørelser fra Ankestyrelsen som prøvelsesinstans:

"Vi forholder os hele tiden til lovgivningen og kriterierne, og de tre paragraffer vi skal forholde os til [i Serviceloven]. Og vi bruger vejledningen, hvis vi skal træffe en afgørelse. Der står meget i vejledningen om, hvad skal man gøre i forhold til det, og hvad man skal gøre i forhold til det. Så det forholder vi os meget til. Det er helt sikkert. Og til de SM'er der ligger og er truffet samt de nævnsafgørelser, som vi har fået og ikke er kommet op i Ankestyrelsen. For eksempel fik vi nævnsafgørelse på en kugledyne, hvor vi fik medhold. Og den kender alle jo nærmest i regionen. Den har ikke været op i Ankestyrelsen, det mener jeg ikke, den kom. Men det er jo en afgørelse, som vi jo så støtter os rigtig meget op af" (Infor. Vis.)

En visitator på området for personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp) taler i sin retsanvendelse ud fra anvendelsen af kommunens kvalitetsstandard, hvilket er gennemgående for visitatorerne:

"Jamen, jeg handler jo i forhold til de kvalitetsstandarder vi har. Der er det jo beskrevet meget nøje, hvad der skal til, og i hvilken grad den enkeltes handicap eller sygdom skal være, for at det kan udløse en bestemt form for hjælp. Og det er klart, at det er selve den base, jeg træffer min afgørelse ud fra" (Infor. Vis.).

I Visitationsenheden spiller love og kriterier i form af nationale vejledninger og lokale kvalitetsstandarder en stor rolle som ret (jus) i vurderingen af oplysninger (faktum) om borgerens situation og muligheder for at bevilge hjælp til rehabilitering. Visitationsenheden benytter endvidere afgørelser fra Ankestyrelsen og de såkaldte *SM-meddelelser* (sociale meddelelser) som en del af grundlaget i afdelingens sagsbehandling.⁵⁵ En anvendelse, som Svendsen (2005) mener handler om at styre eller regulere kommunernes afgørelser i bestemte retninger gennem grænseløse processuelle og indholdsmæssige krav og beskrivelse af afgørelsen som objektiv rigtig. Dette sker selv om Ankestyrelsens afgørelse også er udtryk for *valg, som kunne være anderledes* (Svendsen, 2005:27-28).

På sygedagpengeområdet finder der en omfattende retsanvendelse sted (jf. kap. 6 om mulighedsbetingelser). Her italesættes retsanvendelsen på følgende måde i et interview af en af sagsbehandlerne:

"Det kan godt være, at jeg siger "Jeg har en ramme, der hedder paragraf 27 og hvis pågældende ikke kan, ikke kan opfylde den ramme, så kan jeg ikke trylle. Jeg har min ramme, og dem skal jeg så forsøge med i det forløb, jeg har med borgeren. Og hvis det sker, at borgeren ikke er afsluttet [inden for 52 uger], så skal jeg i hvert fald sikre, at min sag bliver klar til at der bliver mulighed for forlængelse. Ikke fordi jeg skaber det', men det forløb, der har været med borgeren, peger på at der er behov for forlængelse. Det kan godt være, at en anden kollega tænker anderledes; "Jeg kan ikke ..." eller "Jeg har for travlt ..." eller at en af de der bestemmelser opfatter vi anderledes. Vi kan ikke opfatte dem så meget anderledes, fordi det er en lovmæssig ramme, men vi kan have forskellige holdninger til det" (Infor. SDP).

I den drøftelse af en af de to cases fra CNR-processen taler en sagsbehandler om den begrænsning, hun oplever i lovgivningens ('rammernes') manglende muligheder for at rumme kompleksiteten i borgerens behandlingsforløb og de senfølger sygdommen og behandlingen kan medføre lang tid efter behandlingsophør:

"Jeg tænker i den case [fra CNR-processen], at der er de der to måneder [inden krav om 1. opfølgning efter 8 uger]. Man vurderer, man har et fagligt skøn, om at det forløb,

⁵⁵ Disse former for afgørelser har karakter af et såkaldt præjudicat, der handler om fortilfælde af afgørelser (domme). Disse fortilfælde respekteres af myndigheden, især ved afgørelser i fremtidige sager, bl.a. for at sikre lighed i afgørelser af sammenlignelige sager (lighedsprincipet). Udviklingen i praksis for afgørelser medvirker endvidere til at vejlede myndigheder i fremtidige afgørelser (Garde, 2004:149-156).

det kendskab man har til kræftramte, er, at man er i behandling som er så' svær og som giver så' mange bivirkninger. Og så er pågældende færdig med behandlingen, men det stof er inde i kroppen i det næste hele år, og de bivirkninger forsvinder måske gradvist. Ikke bare pludselig efter at man er færdig med behandlingen, og så er man rask. Så det vil sige, man har brug for at kunne komme sig, til at kunne komme op fra sengen. Og der vurderer vi så som fagpersoner på baggrund af diagnosen, sygdomsforløbet, behandlingen og pågældendes kompetencer. Så er det klart, at de to måneder godt vil kunne forstås som behandlingsforløb. Så det kunne være fint, hvis behandlingsbegrebet blev udvidet, så det dækkede til efter, at de der stoffer var ude af kroppen.

Jeg har tre, der er i hård behandling for leverlidelse, og det er jo samme problematik også der. Men det er jo sådan det', vi er oppe imod for tiden.

Men rammen er rammen. Det er det, vi arbejder under, og så skal vi forholde os til det. Der syntes jeg det, jeg oplever er, at det faglige skøn bliver så lille" (Infor. SDP).

Her giver sagsbehandleren endvidere udtryk for at det faglige skøn 'bliver så lille', hvilket jeg fortolker som udtryk for, at lovgivningens rammer på dette felt opleves at rumme et begrænset rum for sagsbehandleren til at udfolde åbne og mere individuelle (intersubjektive) fortolkninger i det faglige skøn. Dette fortolkningsrum og grænsedragningen i, hvor snævert eller bredt der kan ske fortolkninger, ser ud til i en vis udstrækning at blive fastlagt gennem lokale ledelsesmæssige politisk-administrative beslutninger i afdelingen, hvilket følgende udsagn tydeligt viser:

"Jamen vores opgave er at behandle sagen, men den der afgørende rolle, det er mere på ledelsesniveau. Ja, fordi det er ledelsen, der bestemmer, hvordan der skal fortolkes. Det led er vi ikke med i. Så kan vi have nogle sager, så kan vi selvfølgelig snakke om, hvordan skal den fortolkes. Det politiske, med loven og lokalpolitisk, der sidder vores leder og bestemmer, hvad betyder det så her, og så er det det, der gælder" (Infor. SDP).

I forhold til rehabilitering hos borgere med vanskeligheder i form af uarbejdsdygtighed pga. sygdom og behov for en bredere rehabiliteringsindsats er sagsbehandlerne på beskæftigelsesområdet endvidere begrænset af § 14 i beskæftigelsesansvarsloven. Heri er det fastlagt, at Jobcentrene ikke må beskæftige sig med andet end den rent arbejdsmarkedesrettede indsats.⁵⁶ Denne bestemmelse betyder ikke, at Jobcentret ikke skal yde borgeren fornøden vejledning og evt. henvise borgeren til en anden myndighed, der kan tage vare på de vanskeligheder, som borgeren måtte have.

Noget af det, der fylder meget i sagsbehandlerens arbejde med udfoldelse af faglige skøn hos sygemeldte borgere er i de situationer, hvor der bliver tale om forlængelse af sygedagpengesagen ud over 52 uger, hvorefter udgiften til sygedagpenge bliver en ren kommunal udgift uden refusion fra staten. Her kan formuleringer eller bestemte ord i

⁵⁶ I § 14 står der bl.a. "Kommunalbestyrelsen skal drage omsorg for, at en særskilt del af kommunens forvaltning alene udfører den kommunale beskæftigelsesindsats." (Bekendtgørelse af lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats. LBK nr 731 af 15/06/2010. Beskæftigelsesministeriet)

de lægelige statusbeskrivelser få afgørende indflydelse på fortolkningen af eventuelle forlængelsesmuligheder:

"Altså for eksempel ved generel varighed, jeg kan fortælle dig om en af Y's sager. Hun havde en, der var syg på grund af en kræftlidelse og her kom der en status, der egentlig var fin. Lægen havde så bare skrevet, der skal lige skal ske henvisning til en reumatolog for at se om, der er noget med noget gigt. Det var nok til, at så gik vores system med de der bestemmer fuldstændig i stå. Det at vedkommende var syg pga. kræftlidelse og det lægen skriver omkring kræftlidelsen i forhold til forlængelsen var okay Men i næste linje ... det gjorde at Y og ledelse ikke forlængede sygedagpengeperioden. [...] Hvis det kan have indflydelse på arbejdsvejen, så er det ledelsen siger "Hvis det så går ind og spiller ind...", så er der to ting inde. Det korte af det lange, af det meget meget lange forløb var, at han fik sygedagpengene forlænget, da der ikke var noget i det der reumatologi, der havde betydning. Der var ikke noget at gøre ved det" (Infor. SDP).

Her viser det sig, at selv små aspekter i form af mistanke om en gigtlidelse som retsfaktum kan få afgørende indflydelse på afgørelsen af en sag, som ellers ser ud til at være ganske klar i forhold til hovedlidelsen. Værre bliver det imidlertid, hvis en læge anvender et alment begreb som 'håb' i tilknytning til kræftsygdommen og bestemmelsen af sygdommens prognose, og den rolle dette har i forhold til sagsbehandlerens opfattelse og skøn i sagen:

"Altså, vores egen opfattelse er kun en del af den vurdering eller det faglige skøn. Det skal begrundes. Jeg kan ikke komme til min ledelse og sige. Nu har jeg en som ikke kan gå, og det er bare fordi, jeg går ud fra Det er ikke nok. Det skal begrundes og det skal afprøves. Også fordi forlængelsesreglerne er blevet indskrænket, altså man kan jo lave en udvidet vurdering på alle love og regler. Og man kan lave en indskrænket. Nu har vi den indskrænkede, den firkantede. For nogen uger siden brugte vi i mit team, sagsbehandlerne og lederen mange timer efterfølgende på en status på en kræftsyg, fordi diagnosen, nej prognosen skal være helt og aldeles sikker for, at der kan ske forlængelse af sygedagpengene. Og lægen havde skrevet ... jeg tror virkelig han havde lagt sig i selerne, og vi syntes også godt, at vi kunne læse den ... men han skriver to ting, som går i koks i forhold til lederens opfattelse. Han bruger ordet håb... . For ellers var det lægeligt sikkert med forventet raskmelding. Og så tilføjer han en almindelighed, sådan ser' jeg, det er. Men lederen ser' det anderledes. Men det kan jo også være at vedkommende ikke vil kunne magte mere end på fleksjobvilkår. Dermed går der fuldstændig udu i det her system med forlængelse af sygedagpengene. De der halvanden linje med, 'det kan jo også være'; det gælder alle, være i den bedste mening. Nej så, det kan jo betyde, at sagen enten bliver afgjort - der er ingen forlængelsesmuligheder, eller i hvert fald udsat til der er kloget rigtigt meget i de der halvanden linje og det ord der, der hedder håb, selv om man sagtens også kunne læse den som en sikker prognose" (Infor. SDP).

I citatet ovenfor er der indikationer af, at den enkelte sagsbehandler for det første **1)** oplever, at egne opfattelser og udfoldelse af faglige skøn kun er en del af vurderingen af

borgeren, 2) at alle vurderinger skal begrundes, 3) at ledelsen benytter den 'indskrænkede/firkantede' vurdering frem for en mere åben og udvidet vurdering og som citatet ovenfor 4) kan et enkelt ord som 'håb' øve meget stor indflydelse på en sags afgørelse og dermed evt. muligheder for forlængelse af sygedagpengeperioden, men også positivt på en vurdering af evt. tilbagevenden til et arbejde på særlige vilkår.

Den socialt funderede viden, erfaring og praktiske fornuft (dømmekraft), som den enkelte professionelle aktør besidder i kraft af sine kompetencer til at foretage skønsmæssige vurderinger (jf. kap. 9) må her vige i forhold til en indsnævret (rigid) anvendelse og fortolkning af borgerens situation i forhold til handlemuligheder i lovgivningen. Her læner man sig op af formelle objektive lægefaglige vurderinger, der skal være samstemmende med stramt fortolkede formuleringer i lovgivningen. Anvendelsen af ordet 'håb' indikerer, at et manglende kendskab til brugen af 'de rigtige ord' kan medføre en høj grad af vilkårlighed i beslutningen i vurderingen af borgerens situation. Dermed bliver det samfundets typificeringer i Berger & Luckmanns perspektiv der får forrang frem for også at inddrage den enkelte aktørs common sense-tænkning og intersubjektive forståelser, således som Schutz taler om disse. Et aspekt, der også eksemplificeres nedenfor. Her ser der ud til at være snævre grænser for individuelle og subjektive hensyn til borgerens aktuelle situation i den måde, hvorpå lovgivningen fortolkes på i praksis:

"Jeg havde faktisk også en sag, hvor jeg også skulle vurdere forlængelse med ledelsen, og hvor jeg har fået udskrift fra onkologisk. De har skrevet, at prognosen er god, og det forventes at pågældende efter to måneder, hvor behandlingen afsluttes i november, er klar til at vende tilbage på fuld tid. Pågældende er delvist raskmeldt. Og så skulle jeg vurdere om der er tale om ... - ofte forlænger vi kræftramte - er der grundlag for forlængelse med tre-eren [§ 27 p. 3], det vil sige, der bruger vi 2 x 52 uger før raskmelding. Der skal vi så have en besvarelse fra en læge, hvor der skal stå, at hvis der er tale om over et år ... så skal det begrundes hvorfor klart og præcist, hvornår vedkommende kan forventes at genoptage sit arbejde efter afsluttet behandling. Så hvis det går ud over et år, så skal det begrundes hvorfor, og i mit tilfælde skal jeg begrunde, hvad sker der i de to måneder? Ja, hvad der skulle ske i de to måneder, hvor pågældende afsluttede behandlingen i november og raskmeldes to måneder senere, hvor hun er ikke dækket med behandling. Det, at de er trætte og skal restituere sig, det eksisterer ikke her. Og så skulle jeg på grund af de to måneder, tilbage til lægen på onkologisk og høre, om hun har nogen undersøgelser, har nogle behandlingsmæssige tiltag, som vil kunne give grundlag for forlængelse af sygedagpengene" (Infor. SDP).

En afgørelse om forlængelse af en sygedagpengesag ser her i meget vidt omfang ud til at blive baseret på objektive og lægefagligt dokumenterede fakta i form af undersøgelser og behandling af kræftsygdommen i de oplysninger, der findes i sagen. Den enkelte sagsbehandlers egen vurdering af borgerens situation, indhentet via samtaler med borgeren, har ikke nogen betydende rolle i afgørelsen af sagen. Et aspekt der allerede er berørt kap. 5 med analysen af mødet og samtalen med borgeren.

I *Hjemmesygeplejen* taler man om anvendelse af ret på en helt anden måde. Her handler det mere om at følge lægens ordinationer og om ikke at begå faglige fejl, der måske endog kunne medføre en sag i pressen.

"Jeg tænker meget jura, det gør jeg. Jeg tænker meget på, at tingene de skal være i orden, for det ved man jo, at det er noget, folk de klager over til pressen, og man måske kan komme i pressen over et eller andet, man har gjort forkert. [...] Jamen, det kunne være noget medicin, som jeg skal give, som jeg selvfølgelig skal have mit bagland i orden fra lægen og være helt sikker på, at det er det, jeg må gøre. Det gør jeg rigtigt meget ud af. Altså jeg giver ikke noget, uden det er ordineret" (Inform. Hjspl.).

Dette eksempel på retsanvendelse i hjemmeplejen viser, at opmærksomheden rettes imod de krav, der ligger i at 'tingene skal være i orden', svarende til de almindelige anerkendte faglige standarder på området.

I *Rehabiliteringsenheden* har lovgivningen, på samme måde som i *Hjemmesygeplejen*, en lille og meget lidt indgribende rolle. Derimod kan der være behov for at søge fortolkninger af lovgivningen udfordret, fx på sygedagpengeområdet:

"Nej, der er jeg ikke bundet af det. Nej, det jeg selv laver her, er jeg ikke bundet af lovgivningsmæssigt, men jeg kan jo godt risikere, at borgeren er nødt til at sige 'Det kan jeg ikke deltage i, for nu har de lukket mine sygedagpenge'. Men jeg er jo så i den heldige situation, at jeg kan jo så udfordre dem på at 'Jeg synes lige vi skal prøve det her først, er det ikke muligt, at vi lige tager den med, inden man lukker for pengene?'."

Men jeg kan ikke være sikker på, at de vil, men jeg har muligheden [...] Men selvfølgelig kan mine tilbud godt blive hæmmet af, at borgeren må takke nej, fordi 'Det kan jeg ikke, fordi nu vil de have, at jeg skal i aktivering der og der'. Men langt hen af vejen kan vi faktisk, har vi hidtil kunnet forhandle. Her kan vi snakke om at forhandle, ja her kan vi faktisk godt snakke om at forhandle med Jobcenteret om, 'Vil det nu ikke lige være klogt at vente den her måned eller to indtil træning er overstået, eller indtil personen har været i den her gruppe og haft lejlighed til at drøfte tankerne igennem med det af få kræft med andre, der har været i samme situation? Og lad os se hvad der så sker'" (Infor. Rehab.).

Udfoldelsen af *Rehabiliteringsenhedens* fortolkning af lovgivningen på sygedagpengeområdet ser ud til at være drevet af et ønske om at støtte borgerens egne ønsker i rehabiliteringsprocessen og koordinering af indsatser på tværs af kommunens organisatoriske enheder - her med *Sygedagpengeafdelingen*.

På træningsområdet i *Rehabiliteringsenheden* tænker man ikke i paragraffer til dagligt men er bevidst om, at man arbejder ud fra sundhedslovens bestemmelser:

"Altså vi har en lovgivning, vi arbejder ud fra; vi arbejder ud fra sundhedsloven, men man kan sige, at den er så inkorporeret i vores kultur her på stedet og i hverdagen, at jeg går ikke ind og tænker over, at "Så skal jeg gøre sådan og sådan, og så skal jeg gøre sådan og sådan", det er en del af kulturen. [...] Så jeg går ikke rundt og tænker paragraf til

dagligt. Det gør jeg ikke, men det er jo også fordi, vi arbejder ud fra Sundhedsloven og ikke ud fra Serviceloven” (Infor. Rehab.).

På udførerniveauet ser det imidlertid ud til, at det omvendte gør sig gældende i forhold til afdelinger med myndighedsfunktion. Her er det i langt højere grad den enkelte professionelles intersubjektive forståelser og viden, der har forrang frem for rettens institutionaliserende typificeringer af forståelser og handlerum.

Disse eksempler på retsanvendelse peger på, at de professionelle i de to afdelinger med myndighedsfunktion søger (er tvunget til) at koble informationer og observationer, således som disse fremkommer i mødet og samtalen med borgeren (jf. kap. 5) som *retsfaktum* set i forhold til bestemmelser i *retten*. Det gælder uanset om der er tale om Sygedagpengeloven eller Lov om social service omsat til en national vejledning på hjælpemiddelområdet eller kommunens egen kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp i hjemmet. I de to afdelinger, der overvejende er kendetegnet ved udførerfunktioner (*Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen*) indikerer retsanvendelsen en praksis knyttet til autorisationslovens § 17 om at ‘vise omhu og samvittighedsfuldhed’ og de faglige standarder, der forbindes hermed. Standarder, der også rummer typificeringer i forhold til evidens, kvalitet og sikkerhed for borgeren især i de sundhedsfaglige indsatser, men tillige er åbne for et handlerum i den professionelle praksis. Denne forskel knytter sig til de to forskellige former for forvaltningsvirksomhed, der er kendetegnende for de fire afdelingers virksomhed, jf. afs. 1.3 om forvaltningsvirksomhed og faglige skøn.

Et andet aspekt i udfoldelsen af det faglige skøn og den betydning dette kan have for opfyldelsen af borgerens retssikkerhed på er, hvorledes de professionelle synliggør beslutninger som *begrundelser* mellem *ret* (jus) og *faktum* til den endelige *afgørelse*. Dette aspekt træder meget forskelligt frem i de afgørelser, som jeg har haft adgang til i min undersøgelse. I en sag fra *Visitationenheten* fremstår afgørelsen i en sag vedr. anmodning fra et ægtepar om hjælp til rengøring på følgende måde:

Uddrag af afgørelsesbrev til borger:

”Ansøgning om hjælp til rengøring.

På baggrund af hjemmebesøg aflagt den 29/6 2009, er der truffet afgørelse i jeres sag.

Afgørelsen er truffet efter en konkret individuel vurdering, hvor der er taget udgangspunkt i jeres oplysninger samt i Randers Kommunes kvalitetsstandarder.

I kan ikke bevilges hjælp til rengøring.

Begrundelse for afslåede ydelser:

At der i familien er en rask ægtefælle, som er i stand til at udføre rengøringsopgaverne.

Afgørelsen er truffet i henhold til: § 83 i Lov om social service, stk. 2

Muligheder for at klage: Henviser til tidligere fremsendte klagevejledning.” Dok. 16 Vis.

Her er der kun i meget begrænset omfang gjort forsøg på at synliggøre det grundlag, hvorpå afgørelsen er truffet. Set i forhold til de oplysninger, der fremgår af sagen (Status for vurdering 2 af 29.06.2009)⁵⁷ kunne der være inddraget en række øvrige oplysninger eller fakta i den givne begrundelse. Ligeledes savnes der en begrundelse for den vægtning, der har fundet sted i forholdet mellem de retlige bestemmelser og oplysningerne i sagen - ikke mindst set i lyset af krav i retspraksis om *ikke at sætte skøn under regel* (Mathiassen i: Garde m.fl., 2004:408-410; Andersen, 2006:104). Dette krav kan ses i forhold til, at der må ske en fortolkning af bestemmelser i Servicelovens § 83, stk. 2 om hjælp til opgaver, som borgeren ikke selv kan udføre set i forhold til lovens formål i § 1, stk. 3 om den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie.

I reglerne for sagsbehandling efter forvaltningsloven er det endvidere fastlagt, at begrundelser ved skønmæssige afgørelser kan ske ved alene at henvise til retsgrundlaget (jus). Det nævnes endvidere at begrundelsespligten *kan* omfatte alle elementer i den skønmæssige afgørelses grundlag, dvs. sagens omstændigheder og indbyrdes vægtning af sagens oplysninger i forhold til retsgrundlaget (jus). Omvendt er der heller ikke nogen almindelig pligt til i begrundelsen at forholde sig til samtlige af parten anførte anbringender (oplysninger og argumenter) og det samlede grundlag for den trufne afgørelse. Rønsholdt (2010) peger endvidere på, at *"Det vil derfor ofte - netop i skønmæssige afgørelser - være velbegrundet at gøre opmærksom på, hvilke af de af parten påberåbte forhold/anbringender, der har været tillagt betydning og hvilke ikke"* (Rønsholdt, 2010:157).

Forholdet mellem retsgrundlag (jus) og faktum er i sager med skønmæssige afgørelser særlig kompleks, hvilket stiller særlige krav til begrundelsens udformning; med andre ord, jo mindre klart retsgrundlaget er, jo større krav må der stilles til de to øvrige elementer i afgørelsesprocessen - faktum via oplysning af sagen og subsumptionsdelen, hvori der sker kobling mellem jus, faktum og afgørelsen. Det vil dog også være således, at ligesom 'et samlet skøn over sagens omstændigheder' kan være utilstrækkeligt belyst, på samme måde kan det være den eneste mulighed for at komme frem til en afgørelse i en sag (Rønsholdt, 2010:158, 160). For at fremme god sagsbehandling har Socialministeriet da også udarbejdet en metodebog for god sagsbehandling på ældreområdet. Heraf fremgår der følgende vedr. begrundelsen for afgørelsen: *"Som en del af den samlede vurdering skal sagsbehandleren formulere begrundelsen for bevilling og afslag på borgerens ansøgning. Begrundelsen er således svaret på spørgsmålet: Hvorfor er afgørelsen, som den er? Herunder skal begrundelsen præcisere de oplysninger, som sagsbehandleren har taget udgangspunkt i og beskrive baggrunden for det skøn, som sagsbehandlerens afgørelse er baseret på."* (Socialministeriet, 2007:37). Det er således i denne vejledning til kommunerne pointeret, at afgørelsen skal synliggøre det grundlag, hvorpå det faglige skøn i afgørelsen er baseret på.

I sagen ovenfor vedr. ansøgning om rengøringshjælp tegner der sig et billede af en afgørelse, der ikke lever op til de beskrevne krav til en begrundet afgørelse. Der gives ikke mulighed for indblik i den stillingtagen, der har fundet sted i forhold til partens anbrin-

⁵⁷ Der refereres her til dokument nr. 21 i min bilagssamling (bilag 20).

gende⁵⁸ som grundlag for beslutninger i sagen og meddelelse har i afgørelsen. Anvendes Ankestyrelsens vejledning *At skrive en afgørelse* som analyseredskab bestyrker krav heri min kritik af *Visitationenshedens* begrundelse i afgørelsen ovenfor. Ankestyrelsen skriver om begrundelser, at disse skal indeholde oplysninger om de faktiske oplysninger, der har været afgørende for kommunens vurdering. Der skal imidlertid ikke redegøres for alle sagens oplysninger, men kun for de oplysninger, der har haft særlig betydning for afgørelsen. Borgeren skal således kunne forstå, hvilke oplysninger der særligt har været lagt vægt på i afgørelsen. Sagsbehandleren skal endvidere være sikker på, at denne eller eventuelle andre, der har medvirket ved sagens behandling, har opfyldt notatpligten ved at skrive notater om væsentlige oplysninger der er indhentet eller modtaget. Endelig skal afgørelsen rumme begrundelser for oplysninger, som efter borgerens opfattelse er væsentlige, men som der i sagsbehandlingen ikke er eller kan lægges vægt på (Ankestyrelsen, 2011:10-11).

I en afgørelse fra *Ankestyrelsen* om anmodning om hjælp til rengøring i et hjem, hvor ægtefællen er rask og kan udføre rengøringsopgaverne har styrelsen tilsidesat *Det Sociale Nævns* afgørelse om, at der skulle bevilges hjælp til rengøring i det pågældende tilfælde. Dette sker især med henvisning til servicelovens § 1, stk. 3, hvori der står, at hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie, ligesom der henvises til Socialministeriets vejledning om hjælp til ældre mv. (Ankestyrelsen, 2001).

Når en sådan afgørelse foreligger fra Ankestyrelsen kan det betyde, at kommunen i lignende sager alene forholder sig til denne melding om retspraksis, hvorved opmærksomheden omkring en mere konkret og individuel begrundelse af afgørelsen forskydes til fordel for en hurtig og effektiv sagsbehandling.

Noget anderledes tager en afgørelse i *Sygedagpengeafdelingen* sig ud set i forhold til synlighed omkring en borger sygemeldt efter Sygedagpengelovens § 12, stk. 3, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygdomsforløb (kategori 3):

Uddrag af notat i borgersagen:

"Helhedsvurdering (dagpengelovens § 15 samt retssikkerhedslovens § 6).

Uarbejdsdygtighed:

På baggrund af sagens oplysninger, herunder oplysninger fra lægekonsulent og jobkonsulent, er der foretaget en vurdering af uarbejdsdygtigheden, evt. i bred forstand.

Følgende oplysninger lægges til grund for vurderingen:

De helbredsmæssige oplysninger + samtalen med XXX og arbejdsgiver.

⁵⁸ Nogle af disse anbringender fremgår tydeligt af *Status for vurdering 2 af 29.06.2009* i borgerens journal i omsorgssystemet VITAE, bl.a. at ægtefællen passer tre job, er selvstændig, har vanskeligt ved at leve op til den syge hustrus krav til rengøringsstandard, forekomsten af et komplekst og konfliktfyldt samspil i familien.

Det er vurderet, at sygdommen medfører følgende arbejdsrelevante funktionsbegrænsninger og skånebehov:

Træthed, utilpashed, hænder der ikke tåler kulde mm. som følge af behandlingen.

Der kan peges på følgende jobfunktioner på arbejdspladsen eller indenfor det/de relevante uddannelses- og beskæftigelsesområder:

XXX kan godt, når hun har det godt, bestride forskellige, men ikke alle opgaver på arbejdspladsen, men XXX kan ikke påtage sig et ansvar/ansvarsområde som normalt.

På den baggrund vurderes det at:

Sygdommen medfører fuld uarbejdsdygtighed, idet der lægges vægt på de helbredsmæssige forhold.

Samlet vurdering af arbejdssituation og behov for indsats:

På baggrund af uarbejdsdygtigheden, er der foretaget en vurdering af beskæftigelsessituationen og behovet for indsats.

Det vurderes, at arbejdesevnen er begrænset i en længere periode, men at den forventes fuldt genoprettet efter endt behandling sideløbende med et individuelt tilpasset tilbud i form af praktik som fuld sygemeldt. Der henvises til opfølgingsplan.

Der vurderes ikke at være behov for anden form for indsats i forhold til sygemeldte.

Overvejelser vedrørende opfølgingsplan, jf. dagpengelovens § 16, stk. 2 og 3:

Der henvises til opfølgingsplanen.

Revisitation § 13, stk. 6:

Der vurderes ikke at være grundlag for overflytning til anden kategori” Dok. 23 SDP. 59

I denne sag, hvori der foreligger en afgørelse beskrevet i kommunens sagsbehandlings-system rummer i noget større omfang oplysninger, der kan begrunde den trufne afgørelse, såvel direkte i beskrivelsen som henvisninger til øvrige oplysninger i sagen. Hvorledes disse er meddelt borgeren fremgår ikke af sagen.

6.4 Indre procedural retssikkerhed - ideal eller reel mulighed?

I min analyse af retsanvendelsen og retssikkerhed, især på det sociale og beskæftigelsesmæssige område, rejser jeg i afsnit 8.2 et tema om muligheden for at styrke det, som jeg benævner som *indre procedural retssikkerhed* i retsanvendelsen i praksis. En indre procedural retssikkerhed, der kan supplere den dominerende ydre procedurale retssikker-

⁵⁹ Denne afgørelse er beskrevet i afdelingens elektroniske sagsbehandlingssystem, hvorfor en del af teksten er standardtekster (unden kursiv), hvorunder borgerens individuelle forhold beskrives konkret.

hed. Jeg nævner her, at der ikke på samme måde findes klare regler for den måde, hvorpå sagsbehandleren synliggør *(be)slutninger* mellem ret (jus) og faktum i konkrete afgørelser fx om støtte og hjælp til rehabilitering hos en borger med kræft. Set i lyset af den betydning skønnet som *(be)slutning* i denne type sager kan have for udfaldet, af en afgørelse er det tankevækkende, at lovgivningen og de centrale myndigheder som fx Ankestyrelsen ikke forholder sig mere konkret og tydelig til denne del af den retlig forvaltningsvirksomhed. Selv om det skal medgives, at netop dette aspekt i den retlige forvaltningsvirksomhed er vanskelig at konditionere på en enkel, fyldestgørende og anvendelig måde for praksis, vil en tydeliggørelse heraf kunne fremme borgernes tillid til og forståelse af forvaltningsmæssige beslutninger væsentligt samt fremme kvaliteten af det socialfaglige arbejde vil kunne styrkes for sagsbehandlerne.

Når Ankestyrelsen som kontrolinstans i forhold til kommunernes håndtering af lovgivningens materielle og processuelle retssikkerhedskrav udtaler sig i principielle sager sker dette efter punkt 221 og 222 i vejledningen til retssikkerhedsloven. Ifølge vejledningen skal der bl.a. tages stilling til fortolkning, sagsbehandlingen, de faktiske omstændigheder samt ske efterprøvelse af skønsmæssige afgørelser i sagen. Hvis efterprøvelsen omfatter skønsmæssige afgørelser, skal følgende aspekter inddrages i styrelsens bedømmelse af sagen: **1)** om der er blevet foretaget et individuelt skøn, hvor det er forudsat i loven, at der skal foretages et skøn (at myndigheden ikke har "sat skøn under regel"), **2)** om de kriterier, der er blevet anvendt, er lovlige, **3)** om der er taget uvedkommende hensyn, **4)** hvilke kriterier, der skal indgå i den konkrete vurdering, **5)** om alle relevante kriterier er inddraget, **6)** om prioriteringen mellem de valgte kriterier er i overensstemmelse med almindelige retsprincipper, fx lighedsgrundsætningen og **7)** om afvejningen er i overensstemmelse med prioriteringsregler, der eventuelt måtte være forudsat i den sociale lovgivning (Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. VEJ nr. 73, 3. oktober 2006, p. 221-222 side 75). I disse krav fremgår der ikke noget sted angivelser af, at der sker efterprøvelse af den måde, hvorpå sagsbehandleren har *(be)sluttet* mellem retsfaktum (oplysninger i sagen) og retsgrundlaget (jus) frem mod formulering af den i sagen trufne afgørelse. Det eneste sted, hvori der fremgår aspekter, der kan være knyttet hertil er et krav i punkt 221 i vejledningen, hvori det fremgår, at der skal tages stillingtagen til, om "*afgørelsen er tilstrækkelig begrundet*". Dermed ser det ud til, at de ydre procedurale retssikkerhedskrav har betydeligt forrang frem for en vis indre procedural retssikkerhed omkring fortolkningsprocessen i selve skønnet ved en vurdering af borgerens situation og behov for hjælp.

Baseret på min foregående analyse rejser jeg således her afslutningsvist i denne analyse spørgsmål om en indre procedural retssikkerhed er et ideal - måske et uopnåeligt ideal - eller en reel mulighed i et socialfagligt hjælpesystem domineret af retlig forvaltningsvirksomhed? Dette spørgsmål har afsat i tre aspekter knyttet til mit empiriske materiale samt nogle af de inkluderede substantielle teorier i min undersøgelse om udfoldelse af faglige skøn i offentlige borgerservicerende organisationer: for det første **1)** at afgørelser og faglige beslutninger vedrørende rehabilitering hos borgere i et kræftforløb kun lader

sig bestemme ud fra et *fagligt skøn*, for det andet **2**) at den professionelle agerer i et felt kendetegnet ved både at være et socialfagligt *hjælpesystem* og et *retligt/politisk-administrativt system* og for det tredje **3**) at den professionelle må tage stilling til politiske spørgsmål bl.a. bestemmelser af borgerens problem, samt hvad der er legitime rettigheder og støtteværdige behov. Her må den professionelle ofte bruge *udenom-videnskabelige begrundelser*, evt. influeret af den professionelles egne normer og værdier i formuleringen af en afgørelse i den konkrete sag.

Det første element rummer hele undersøgelsens tema, hvorfor dette ikke berøres yderligere i dette afsnit. Det andet element om den professionelles virksomhed i et dobbeltsidet system - et hjælpesystem og et retligt/politisk-administrativt system - vælger jeg at belyse med et perspektiv på *den umulige afvejnings italesættelse* af Niels Åkerstrøm Andersen i en publikation om *Borgerens kontraktliggørelse* (Andersen, 2003;141-163). Rettens udvikling beskrives her af Andersen (2003) med tre former for retsprogrammer, som har været ledende og suppleret hinanden igennem de sidste ca. 100 år: **1**) *formel ret* som konditionalprogram for enkelthandlinger; *hvis man fx er syg, så har man ret til sygedagpenge*, **2**) *substantiel ret* som formålsprogram rettet mod at styre formålet og resultatet af sociale processer uden normering af enkelthandlinger; fx servicelovens bestemmelser om hjælp til personlige og praktiske opgaver i hjemmet, som borgeren ikke selv kan udføre og **3**) *refleksiv ret* som proceduralt program, fx i retssikkerhedsloven med programmering eller regulering af strukturelle omstændigheder og hensyn i den måde borgeren og de professionelle indgår i processer, hvor der fx skal træffes en afgørelse om hjælp/ikke-hjælp (Andersen, 2003:142-145). Andersen betragter endvidere skønsmæssige afgørelser i lyset af et socialfagligt hjælpesystem, baseret på Anna Kochs bog om *Socialt arbejde - helhedsprincip og behovsvurdering på fagligt grundlag*. Skønnet sættes her i forbindelse med behovsbestemte skøn, der er orienteret imod at være problemløsende i det enkelte tilfælde, hvorfor man her også ser på det særegne ved klienten (Andersen, 2003: 148-149).

Ud fra mine teoretiseringer i dette kapitel kan retssikkerheden siges at have en *juridisk dimension* knyttet til den professionelle retsanvendelse, en *etisk/moralsk dimension* knyttet til sikring af borgeren mod tilfældigheder, forskelsbehandling, krænkelser og overgreb i sagsbehandlingen og en *samfundsmæssig dimension* knyttet til organisationens og samfundets velfærdsstatslige muligheder og forpligtigelser over for samfundets borgere. Betragtes retssikkerheden ved forvaltningernes skønsmæssige afgørelser i forhold til det perspektiv, som ovenfor anlægges af Andersen (2003) på rettens udvikling, træder det frem, at især den juridiske og den samfundsmæssige dimension har fået forrang frem for den etisk-moralske dimension. Samtidigt skal den professionelle balancere sin udfoldelse af faglige skøn mellem et socialfagligt perspektiv, hvor bestemmelser i skønnet benytter distinktionen *hjælp/ikke-hjælp* og et retligt perspektiv domineret af juridiske bestemmelser og samfundsmæssige hensyn med distinctionen *ret/uret* - dels som en faglig og behovsbestemt tilgang til støtte og hjælp til rehabilitering i et kræftforløb, dels som en juridisk/samfundsbestemt prioritering af borgerens adgang til rehabilitering. I

det omfang det socialfaglige perspektiv gør sig gældende i udfoldelsen af det faglige skøn vil den etisk-moralske dimension få stor betydning for borgerens retssikkerhed. Det er her igennem, at borgeren vil kunne føle sig værdsat som individ - såvel *følelsesmæssigt/kropsligt, retligt* i forhold til rettigheder i praksis og *socialt* med værdsættelse af egen livsform (Høilund & Juul, 2005:26-27).

Det sidste af de tre aspekter, som jeg inddrager i mit spørgsmål om den indre procedurale retssikkerhed som ideal eller mulighed handler om det forhold, at den professionelle ofte må tage stilling til politiske spørgsmål bl.a. bestemmelser af borgerens problem, samt hvad der er legitime rettigheder og støtteværdige behov. I et projekt om 'det normative grundlag for velfærdsstaten' i Norge peger Eriksen (2009) på, at den professionelle ofte bruger *udenom-videnskabelige begrundelser*, evt. influeret af den professionelle egne normer, i formulering af skønmæssige afgørelser i konkrete sager. Det vil sige, at de professionelle - frontlinjebureaukraterne - anvender kundskaber, som går ud over den rent empiriske dokumentation og det, som kan udledes af legale administrative regler. Dermed kommer de professionelle uvilkårligt til at tage stilling i normative eller politiske spørgsmål - om hvad der er rigtigt at gøre eller hvad, der er retfærdigt, godt eller ønskværdigt ud fra egne standarder og vurderinger. Problemet er her, efter Eriksens (2009) opfattelse, at handlinger ud fra et normativt kundskabsgrundlag ikke er reguleret af demokratiske procedurer. Dermed skabes der basis for former for *velfærdspaternalisme* forstået som en favorisering af bestemte livsformer på bekostning af andre. De krav, der samtidigt møder de professionelle i velfærdsstaten er dels krav om at kunne fortolke problemer rigtigt - at ens sager skal behandles ens og uens sager uens, for det andet at beslutte på måder, der gør det muligt at foretage en rationel problemløsning (Eriksen, 2009:17-18, 22-23). Eriksen (2009) foreslår som løsning på det rejste dilemma bl.a., at der oprettes organer med en deliberativ [rådslagende] funktion, hvor offentlig ræsonnering med argumenter og begrundelser, der kan påvirke adfærden og ændre beslutningsprocesser i de formelle organer (Eriksen, 2009:236-238).

Vendes blikket mod min redegørelse for skøn og retssikkerhed i afsnit 8.2 er der krav i de bestående retssikkerhedsregler, som anvendt fuldt ud vil kunne styrke en indre procedural retssikkerhed for borgeren og dermed opfylde hensigten i retssikkerhedslovens bestemmelser om '*borgerens forståelse, tillid til og accept af den trufne afgørelse*' inden for rammerne af de bestående regler. Her refererer jeg især til bestemmelserne om sagens begrundelse - ikke bare formelt, men reelt, fyldestgørende og forklarende i forhold til alle væsentlige oplysninger i sagen set såvel fra borgeren som den professionelle.

I hvilket omfang, der er behov for en mere åben faglig-politisk rådslagning med ræsonneringer omkring principielle forhold om hjælp/ikke-hjælp og ret/uret til hjælp, ligger uden for denne afhandling at tage stilling til. Givet er det imidlertid, at der kan iagttages en dilemmafyldt praksis mellem på den ene side en udbredt *teknokratisering* af velfærdsstaten med et betydeligt fortolkningsrum i forhold til borgerens adgang til rehabilitering i et kræftforløb, på den anden side behovet for rent retssikkerhedsmæssigt at

kunne styre og regulere de processer igennem, hvilke de professionelle træffer afgørelser om borgernes adgang til rehabilitering.

6.5 Konklusion

Med afsæt i en teoretisk belysning af anvendelsen af ret i sager med skønmæssige afgørelser og krav til procedural retssikkerhed i sagsbehandlingen er der i dette kapitel foretaget en analyse og diskussion af de udfordringer og dilemmaer, der knytter sig til professionelles skønmæssige afgørelser i set i et retligt perspektiv. Her viser det sig, at de professionelle i afdelinger med myndighedsfunktion kobler informationer og observationer, således som disse fremkommer i mødet og samtalen med borgeren som *retsfaktum*, til bestemmelser i *retten* (jus) for derigennem at komme frem til en afgørelse. Det sker hvad enten der er tale om afgørelse efter Sygedagpengeloven eller efter Lov om social service, evt. omsat til en national vejledning på hjælpemiddelområdet eller kommunens egen kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp i hjemmet. I de to afdelinger, der overvejende er kendetegnet ved udførerfunktioner indikerer retsanvendelsen en praksis, der er domineret af autorisationslovens § 17 om at 'vise omhu og samvittighedsfuldhed' og opfyldelse af de faglige standarder, der forbindes hermed.

Set i forhold til Schutz' og Berger & Luckmanns begreber om *typificeringer* og *institutionalisering* af forståelser/viden og handlinger i den sociale virkelighed viser praksis for retsanvendelse i afdelinger med myndighedsfunktion en betydelig grad af typificering og institutionalisering af udfoldelsen af skønmæssige vurderinger af behov for rehabilitering. Denne typificering og institutionalisering træder tydeligt frem og virker stærkere jo mere detaljeret de retlige bestemmelser normerer betingelserne for adgangen til og indholdet af en rehabiliterende indsats. Dermed må intersubjektive forståelser og fortolkninger i situationen, fx som jeg har analyseret disse i mødet og samtalen med borgeren i kap. 5, vige til fordel for anvendelsen af ret og andre systemhensyn. Denne form for typificeringer og institutionaliseringer har en anden og mere åben karakter i de to afdelinger med udførerfunktioner. Her vil en mere sundheds- eller fag-faglig typificering og institutionalisering i form af evidensbaseret viden og anerkendte faglige standarder have forrang frem for retlige bestemmelser.

I to eksempler på konkrete afgørelser viser det sig, at der kun i meget begrænset omfang er gjort forsøg på at synliggøre det grundlag, hvorpå afgørelsen er truffet, hvorved disse fremstår meget ufuldstændige. Ligeledes savnes der især i eksemplet fra *Visitationenheden* en begrundelse for den vægtning, der har fundet sted i forholdet mellem oplysningerne i sagen og de retlige bestemmelser, ikke mindst set i lyset af krav i retspraksis om *ikke at sætte skøn under regel* og at begrunde afgørelsen på en måde, der kan fremme borgerens forståelse, tillid til og accept af den trufne afgørelse.

Min tematiske analyse afsluttes med en diskussion af, om udvikling af en højere grad af *indre procedural retssikkerhed* i offentlige borgerservicerende organisationers virksomhed er et ideal eller en reel mulighed? Med andre ord vil det være muligt inden for eller med ændringer af de bestående retlige bestemmelser at styrke sikringen af borgernes retssikkerhed i situationer, hvor forvaltningsmæssige afgørelser i vidt omfang naturligt må træffes på baggrund af faglige skøn udfoldet af frontlinjemedarbejdere i den borgerservicerende organisation. Her peges der på, at der i praksis kan iagttages et dilemma mellem på den ene side en udbredt *teknokratisering* af velfærdsstaten med et vist og nødvendigt fortolkningsrum i forhold til borgerens adgang til rehabilitering i et kræftforløb, på den anden side behovet for retssikkerhedsmæssigt at kunne styre og regulere de processer igennem hvilke de professionelle træffer afgørelser om borgernes adgang til rehabilitering.

En ændring af praksis med mere fyldestgørende og forklarende begrundelser for afgørelsen i borgernes sager bør, ud fra analysen, følges op af en styrket kontrol og udsendelse af anvisninger fra *Ankestyrelsen* på samme måde, som det i dag er praksis med SM-meddelelser i forhold til de ydre processuelle retssikkerhedskrav. Denne kontrol og vejledningsfunktion bør endvidere *udbygges med en faglig dimension*, varetaget af *Socialstyrelsen* efter samme mønster for ansvar, opgaver og kompetencer, som i dag er gældende for *Sundhedsstyrelsens* rolle over for sundhedssektoren og de professionelle, der virker i denne sektor. Dermed vil der ikke alene være fokus på de retlige aspekter, men også på de socialfaglige aspekter i kommunernes forvaltningsvirksomhed. Et fokus, der dermed vil kunne støtte og vejlede de professionelle i realiseringen af alment anerkendte standarder for de socialfaglige elementer i rehabilitering hos borgere i et kræftforløb. Mest af alt vil ovennævnte kunne medvirke til fremme en ensartet høj kvalitet i rehabiliteringsindsatsen i Danmark samt styrke borgernes tillid til samfundets velfærdsinstitutioner.

7. Det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces

Flere steder i mine tematiske analyser peges der på, at der finder institutionelle klassifikationsprocesser sted, fx i min analyse af mødet og samtalen med borgeren og efterfølgende i analysen af skønnet som refleksions- og beslutningsproces. I en beskrivelse af borgerservicerende organisationers funktion i det moderne samfund definerer Hasenfeldt indsatser eller hjælp som en teknologi, der er kendetegnet ved "[...] *et sæt institutionaliserede procedurer, som sigter mod at ændre menneskets karakteristiske fysiske, psykologiske, sociale eller kulturelle egenskaber med henblik på at transformere de pågældende personer fra en given status til en ny forudbestemt status*" (Hasenfeldt, 2003:161). De institutionaliserede procedurer referer til at de iværksatte handlinger er legitimerede og sanktioneres af organisationen, fx igennem lovgivning samt politisk-administrative og fagligt fastsatte standarder og programmer for rehabilitering hos borgere i et kræftforløb.

Den samme tilgang møder vi i forskellige perspektiver i socialt arbejde. Borgerens eller klientens problemer søges standardiseret gennem en proces, hvor borgeren forvandles fra et hjælp-søgende individ til en hjælp-berettiget klient og videre til en 'sag' i en velfærdsinstitution (Järvinen & Mik-Meyer, 2004:15). Videre taler Ingrid Sahlin om, at et socialt problem kan defineres som et fænomen, som omfatter tre nødvendige elementer: det eksisterer, det er skadeligt og det har i det mindste potentielt en løsning. Sahlin siges her videre, at "*Sociala institutioner fungerar som kanaler och rekommendationer inte bara för handlingar, utan också för tolkningar. Nya erfarenheter, händelser och människor ges mening genom att inordnas i dessa mönster (Berger & Luckmann 1966/1991) som stämmer överens med tillgängliga besluts- och handlingsalternativ. I den meningen kan man säga, att vi tänker genom dem - eller att de 'tänker' åt oss (Duglas 1987). Socialt arbet - såväl myndighetsutövning som behandling och rådgivning - är en sådan institution som ständigt tar emot nya människor och bekymmer som sorteras som olika slags ärenden och åtgärdas enligt givna recept*" (Sahlin i: Meeuwisse & Svärd, 2002:111, 125). Sven-Axel Månsson referer i en artikel om det interaktionistiske perspektiv på sociale problemer til Blumers måde at klassificere sociale problemer på som et produkt af en kollektiv definitionsproces: "*Social problems are not the result of an intrinsic malfunctioning of a society but are the result of a process of definition in which a given condition is picked out and identified as a social problem. A social problem does not exist for a society unless it is recognized by that society to exist. In not being aware of a social problem, a society does not perceive it, address it, discuss it, or do anything about it. The problem is just not there. Consequently, it is necessary to consider the question of how social problems arise*" (Månsson i: Meeuwisse & Svärd, 2002:151).

Den institutionelle klassifikationsproces vil her blive analyseret i perspektiv af Berger & Luckmann (2002), der taler om *institutionalisering* som en vanedannelsesproces, der går forud for den institutionalisering, der finder sted hver gang forskellige slags aktører typificerer vanemæssige handlinger. En typedannelse, der er med til at skabe social orden og kontrol ligesom typedannelsen får institutionel karakter og objektiviseres i aktørernes sociale virkelighed (Berger & Luckmann, 2002:70-73, 79). Her vil de institutionaliserede typedannelser påvirke og virke styrende, fx på de professionelles udfoldelse af faglige skøn: "*Ved deres blotte eksistens kontrollerer institutioner også den menneskelige adfærd ved at opstille på forhånd definerede adfærdsmønstre, som kanaliserer adfærden i en retning, selv om mange andre er teoretisk mulige*" (Berger & Luckmann, 2002:73). Jo mere der således er tale om en institutionalisering af det faglige skøn, jo mere vil der blive tale om social kontrol af de professionelles udfoldelse heraf. Her er det imidlertid vigtigt at erindre sig, som jeg tidligere har nævnt i afsnit 3.1, at der er tale om en menneskeskabt institutionalisering og objektivisering, der kunne være anderledes. Berger & Luckmann peger endvidere på, at en afvigelse fra de institutionelt 'programmerede' handlinger har tendens til at aktualiseres, jo mere der er tale om programmer, som andre har udformet frem for egne programmer for tænke måder og handlinger (Berger & Luckmann, 2002:80).

Den viden og de erfaringer, som institutionaliseringen er udtryk for, *aflejres* intersubjektivt og fastholdes hermed som bevaringsværdig viden i en social virkelighed eller realitet. Dette sker igennem objektiviserende tegnsystemer - især sproglige, der er i stand til at overføre viden kollektivt til nye generationer (Berger & Luckmann, 2002:86-88). Dermed får den måde, hvorpå professionelle taler om det faglige skøn på samt ekspliciterer meninger *i* og *af* det faglige skøn i dokumenter og programmer (fx kvalitetsstandarder, metodebeskrivelser) betydning såvel for den aktuelle udfoldelse af faglige skøn som for 'nye medlemmers' udfoldelse af skønsmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering.

Den institutionelle orden medfører, at aktører i en social praksis deler specifikke mål og typificerede handlingsformer med andre. Disse må her dels have objektiv betydning for de involverede, dels objektiviseres sprogligt for at kunne udfoldes af aktører med samme relevansstruktur - her fx professionelle i en rehabiliteringsenhed. Dermed etableres der et grundlag for typificering af en *rolle*, der koblet til individuelle erfaringer giver en oplevelse af at være deltager i en legitim praksis i en social sammenhæng. Gennem internaliseringen af den professionelles rolle bliver den sociale praksis i sidste ende subjektiv virkelig for den enkelte aktør (Berger & Luckmann, 2002:91-93). Mine tematiske analyser peger på, at der gennemgående er væsentlige forskelle i udfoldelsen af det faglige skøn i de fire inkluderede afdelinger. Her taler Berger & Luckmann om, at akkumulering af rollespecifik viden kræver, at aktørerne får lejlighed til at koncentrere sig om deres speciale (Berger & Luckmann, 2002:97); et aspekt, der har paralleller til Luhmanns begreb om funktionel differentiering, og hvis betydning jeg vil vende tilbage til i kap. 10.

I en forståelse af den institutionelle klassifikations konstruktivistiske præg får Berger & Luckmanns begreb om *reifikation* betydning. Reifikation handler om at "[...] opfatte menneskelige fænomener som om de var ting, dvs. som udtryk for noget ikke-menneskeligt eller muligvis overmenneskeligt [...] at opfatte produkter af menneskelig aktivitet, 'som om' de var noget andet end menneskelige produkter [...] at glemme, at de selv har 'forfattet' den menneskelige verden [...]" (Berger & Luckmann, 2002:108). Når professionelle klassificerer borgeren som berettiget eller uberettiget til hjælp i forhold til opfattelser af almenmenneskelige behov, borgerens vanskeligheder i et kræftforløb og borgerens visioner om det gode liv må det iagttages, i hvilket omfang der træder reifikation sted. Reifikation, der vil kunne virke subjektivt meningsløse og fremmedgørende, såvel for borgeren som for de professionelle.

I denne analyse vil jeg sætte lys på aspekter i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn, der medvirker til at generere klassifikationer af borgerens situation og vanskeligheder i en borgerservicerende organisation, dvs. klassificere borgeren fra en hjælp-søgende til en hjælp-berettiget bruger. Analysen vil rette blikket imod de dele af mit empiriske materiale, der knytter sig til borgerens møde med kommunen (afdelingerne) og de professionelle som indgang til at få vurderet deres situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft. En vurdering, der tager sigte på at foretage en *bestemmelse af borgerens legitime behov* og dermed muligheder for adgang til organisationens rehabiliterende indsatser. Herefter belyses den rolle, som det faglige skøn spiller i den transformeringsproces, hvor borgeren inkluderes eller ekskluderes som hjælp-berettiget bruger i en borgerservicerende organisation. Kapitlet afsluttes med en analyse af klassifikationsprocessen og de institutionelle mekanismer og tænkemåder, der antages at influere på denne klassifikationsproces.

7.1 Borgerens møde med kommunen som institution

Borgerne i denne undersøgelse møder kommunen som institution gennem mindst én og ofte flere af de inkluderede afdelinger. Det kan være i starten af sygdomsforløbet ved kontakt til *Sygedagpengeafdelingen* i forbindelse med den første sygedagpengeopfølgning. Senere i forløbet kan det være i et eller flere af de øvrige afdelinger i forbindelse med træning, samtaler med forløbskoordinator i *Rehabiliteringsenheden*, ansøgning om hjælp til personlige og praktiske opgaver i hjemmet og hjælpemidler i *Visitationsenheden* samt omsorg og behandling ved hjemmesygeplejerske i *Hjemmesygeplejen*.

Som nævnt i min tematiske analyse af *mødet og samtalen med borgeren* (kap. 5) er sagsdimensionen noget af det første borgeren mødes med fra de professionelle og organisationens side. En demission, hvor borgerens situation og vanskeligheder søges oplyst og kortlagt mhp. at kunne bedømme, klassificere og transformere borgeren fra en hjælp-søgende borger til en hjælp-berettiget borger og videre til en 'sag'. Når først borgeren

har opnået denne status muliggøres det videre at transformere borgeren 'fra en given status til en anden forudbestemt status', således som Hasenfeld (2003) beskriver det i sit teknologibegreb. En status, der fastsættes eller bør fastlægges i et samarbejde mellem borgeren og de professionelle og rummer en kombination af borgerens og de professionelle ønsker (krav) og visioner om forandring af den aktuelle tilstand eller situation til en ny fremtidig tilstand med et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv, således som definitionen af rehabilitering også taler om i Hvidbog om rehabilitering (Marselisborg-centret, 2004).

Roine Johansson (1992) har beskrevet et blik på netop den konstruktionsproces, der indrammer kernen i den proces, der finder sted når en borger møder en kommune som system og har behov for støtte og hjælp herfra til at overkomme gener og vanskeligheder i sit forløb med kræft: "En mänsklig individ är en komplex företeelse, tämligen oförutsägbar, full av personliga egenskaper och egenheter, och i princip unik, inte hel lik någon annan. [...] Just på grund av sin komplexitet är nämligen individen omöjlig att hantera för organisationen. [...] Da måste individen förenklas för att effektivt kunna hanteras och kontrolleras.

Förenklingen innebär i praktiken att individen förvandlas till klient. Klienten är med andra ord inte bara en social konstruktion vilken som helst, utan en organisatorisk artefakt. [...] Bedömningen av vilka egenskaper som är relevanta sker huvudsakligen på bykratins, inte individens, villkor. Det hänger ihop med att de konkreta bykratiska organisationerna begränsar sin verksamhet till ett speciellt område och ingenting annat. Bykrattin ä med andra ord specialiserad.

Samtidigt fungerar den också som ett slags sorteringsverk inom sitt speciella område. Genom att dra upp gränser bestämmer nämligen bykratien vilka värden på de relevanta variablerna som faller innanför respektive utanför bykratens domäner, och hur det som faller innanför ska behandlas.

Organisationens specialiseringsområde och dess (i förväg uppdrag) iner gränser utgör de ramar gränsbyokraten utgår ifrån då klienten skal konstrueras. Sålva konstruktionsprocessen består av två huvudmoment: först måste individen standardiseras, dvs reduceras til de variabler som faller innanför organisationens specialiseringsområde, och sedan måste han kategoriseras, vilket innebär att hans standardiserade egenskaper machas mot organisationens uppdrag gränser så att man hittar en passende administrativ kategori att placera honom i. I och med att individen sålunde blivit klient har han fått bykratisk identitet" (Johanson 1992: 55-56)⁶⁰.

De aspekter, der træder frem i det ovenfor beskrevne citat af Johanson (1992) er **1**) menneskelig individualitet og kompleksitet, **2**) bureaukratiets bestræbelser for at reducere og sætte grænser omkring organisationen, **3**) indsatser karakteriseres som hjælp og kontrol af individet, **4**) social konstruktion af individet til en klient fastlagt på bureaukratiets betingelser, **5**) specialisering (funktionel differentiering) af bureaukratiske organisationer og **6**) en konstruktionsproces fra individ til klient kendetegnet ved standardisering og kategorisering. I denne proces vil alle institutionaliseringens elementer med

⁶⁰ Understregninger i citatet er tilføjet af afhandlingens forfatter.

typificeringer, således som jeg redegør for ovenfor, træde frem og udfolde sig i de professionelle praksis.

Beskrivelsen ovenfor indrammer den ene af de to principielle former for vurdering af behov, som denne undersøgelse sætter lys på - *myndighedsvurderingen* som retlig forvaltningsvirksomhed, hvor borgerens vanskeligheder eller problemer håndteres som retsfaktum i forhold til hvilke, der skal træffes en afgørelse om evt. bevilling af en given indsats. Den anden form er vurderinger på *udførniveau* som faktisk forvaltningsvirksomhed. Her beskriver Johanson (1992) også et perspektiv på borgerens problem som situationer, hvor de reelle behov må undersøges, bestemmes og vurderes: *"Här vet vi inte på förhand hur 'slutprodukten' av arbetet kommer att se ut. Inom dette skikt kan tjänstemannen ta ställing till, och, när de så finner lämpligt, ifrågasätta klientens egen bedömningar, dvs. bedöma det 'verkliga' problemet åtskilt från det 'presenterade'"* (Johanson, 1992:42).

I praksis er det imidlertid efter Johansons opfattelse vanskeligt at drage klare grænser imellem de to former for vurderinger - problemer vurderet som *retsfaktum* og vurderinger rettet mod 'virkelige' problemer i borgerens perspektiv. *"Den handlingsfrihet som känner-tecknar gräsrotsbyråkraternas får med andra ord inte se ut hur som helst. Det räcker int att ha ett visst manövreringsrymme inom ramen fören bestämt output. Handlingsrymmet måste innefatta möjlighet för att fatta beslut som påverkar det slags av service klienten erhåller. En sådan handlingsfrihet innefattar dels möjlighet att göra egna bedömningar, även vad gäller arbetsinsatsans slutliga utformning, dels möjlighet att ta ställing till samt vid behov ifrågasätta och omdefiniera klientens krav och/eller problemformulering.*

Gräsrotsbyråkraternas handlingsfrihet är dock långt från ovilkorlig" (Johanson, 1992:42).^{se: 116}

Uanset om der **1)** er tale om vurderinger og klassifikationer af borgerens situation og vanskeligheder i perspektiv af retlig forvaltningsvirksomhed med afgørelsen som resultat eller der **2)** er tale om vurderinger i perspektiv af faktisk forvaltningsvirksomhed, hvor resultatet er rettet mod handling i konkrete situationer, er der tale om konstuerende klassifikationsprocesser med et langt fra frit eller uvilkårligt fortolknings- og handle- rum. Her spiller såvel den professionelle aktør og organisationen som institution en aktiv rolle. Järvinen & Mik-Meyer (2004) beskriver borgerens møde på denne måde: *"Det er i mødet med velfærdsinstitutionernes personale at klientens problemer bliver begrebsliggjort, og klientens handlemuligheder og fremtidsprognose fastlagt. En velfærdsinstitution er ikke en neutral 'serviceinstitution', som alene tilbyder klienter hjælp ud fra de behov og ønsker, de måtte have. En velfærdsinstitution afspejler altid en bestemt måde at anskue verden på"* (Järvinen & Mik-Meyer, 2004:14). En måde, der kan have et mere eller mindre tydeligt præg af reifikation, tingsliggørelse og dermed risiko for at virke krænkende på borgeren.

I den klassifikationsproces, der foregår i borgerens møde med kommunen som institution, foregår der således en proces, hvor de professionelle iagttager, fortolker og klassificerer borgerens situation, gener (symptomer) og vanskeligheder på måder, der er drevet og influeret af den professionelle måder at anskue eller typificere borgeren på samtidig med, at disse typificeringer kan rummes inden for organisationens måder at

betragte 'en verden' af borgere med (sen)følger efter en kræftsygdom og behov for rehabilitering. Her ser det ud til, at opfattelser af **1**) borgerens behov og det gode hverdagsliv sammen med **2**) rehabiliteringsindsatser som teknologier og handlemuligheder inden for de organisatoriske mulighedsbetingelser for hjælp er centrale omdrejningspunkter. På den ene side har jeg således i denne proces borgeren og borgerens liv, på den anden side velfærdsinstitutionernes hjælpeberedskab og mulighedsbetingelser.

7.2 Fra borger til hjælp-berettiget bruger

Når de professionelle møder og taler med borgeren om dennes situation og vanskeligheder, tages der på meget forskellig måde udgangspunkt i en bestemmelse eller typificering af borgerens behov - dels forstået som behov for hjælp som en begrebsliggørelse af en handling, dels forstået som mere eller mindre komplekse bio-psyko-sociale aspekter af borgerens hverdagsliv, tilværelse og almenmenneskelige behov.

På et spørgsmål om hvad behov er taler to informanter i *Visitationsenheden* om, at behov er

"- Observationer. Altså hvad man ser, hvordan borgeren klarer sig og selvfølgelig oplysninger fra borgeren og pårørende eller hvem, der nu er til stede, tænker jeg..."

- Jeg [udskrivningskoordinator] tænker også meget, at det er det jeg ser på sygehuset. Hvad er det, de kan, og hvad er det, de ikke kan, og hvad giver det af problemer når de kommer hjem og hvad er det, de har behov for af hjælp til?

- Altså, det man ser sammenholdt med det, de fortæller, tænker jeg. Eller andre fortæller. For dig vil det også være personale på sygehus.

- Lige præcis, for sommetider så er patientens eller borgerens opfattelse af, hvad de kan ikke den samme, som det, der bliver set i afdelingen, eller det som jeg ser. Nogle gange så gør de sig rigtig rigtig gode, andre gange gør de sig faktisk rigtig dårlige. Og så er kunsten jo at finde ud af, hvad er det reelle behov for hjælp" (Inform. Vis.)

Her ser behov ud til at blive forbundet såvel med borgerens selvfremsstilling, den professionelle egne observationer og oplysninger fra andre samarbejdspartnere. Dette sker ikke alene for at foretage en bestemmelse af borgerens opfattelse af sin situation og behov for hjælp, men tillige for at finde frem til 'det reelle behov for hjælp'. Det er også her værd at bemærke, at behov forbindes direkte til behov for hjælp og ikke som et almenmenneskeligt fænomen og de begrænsninger helbredsproblemer kan udgøre for realisering af disse i borgernes hverdagsliv.

I bestemmelsen af borgerens behov for hjælp i *Visitationsenheden* anvendes konceptet med *Fælles Sprog* fra KL som det dominerende værktøj og iagttagelsespunkt:

"- Man kan jo også sige, Fælles Sprog og så de funktionsområder der er i Fælles Sprog

- Det er jo det, vi bruger, så kommer man omkring det meste. Så kommer vi omkring borgeren som sådan, kan man sige.

- Altså, jeg har i hvert fald sådan en fornemmelse af, hvis jeg har været inde omkring de felter hos en borger med mere eller mindre vægt på det, jeg [udskrivningskoordinator] nu skal se på sygehuset, kan man sige. Jeg kan jo ikke se så meget omkring boligforhold eller sådan noget, men det kan jeg jo så forsøge at afdække ved at spørge ind til det. Men så synes jeg da, hvis jeg bruger Fællessprog som udgangspunkt, så er jeg da sikker på, at jeg kommer ind omkring de områder, der er vigtige for, at borgeren kan være i hjemmet, synes jeg" (Inform. Vis.).

"Jeg [sagsbehandlende terapeut] synes bare i mit arbejde, det der med behov. Selvfølgelig kan man godt oversætte det til behov, men jeg bruger mere aktivitetsproblemet i min analyse. Altså, hvad er det borgeren ikke kan, og som han gerne vil kunne og spørger man ind til behovet for at komme ud og for at kunne komme rundt, men det er mere aktivitetsproblemet, jeg ser behov som" (Inform. Vis.).

Der er forskellige måder at anvende konceptet på, antageligvis med afsæt i de enkelte medarbejderes professionsfaglige baggrund og opgaver i enheden. En sagsbehandlende terapeut har et mere aktivitetspræget perspektiv på borgerens situation og behov for hjælp, når hun skal vurdere borgerens behov for hjælpemidler.

I bestemmelsen eller klassifikationen af borgerens behov for hjælp kan den enkelte professionelles egne normer og værdier blive aktiveret og komme til at spille en afgørende rolle for den måde, hvorpå borgeren bliver iagttaget på af den professionelle:

"Men der er også nogen behov, der lyser lige ind i 'æsknen' af os, når vi kommer og møder borgeren. Hvor man tænker på, hvad der er mit behov, og hvad er borgerens behov? På sygehuset møder vi fx enormt mange alkoholikere, der er nusset og usoignerede, lange negle og møgbeskidte - men de klare sig selv, hvis du spørger. De skal ikke have hjælp, de har ikke behov for hjælp.

Og der er det meget med at sætte egne behov, altså de behov jeg egentlig har for mine normer helt væk og sige 'Det er dit valg at gå at se ud, som du gør, det kan jeg jo ikke gå ind og...'. Og de skal jo heller ikke have hjælp, fordi de vælger at leve deres liv på den måde, de gør. Men det er der, hvor man skal forsøge at sige, at det her, det kan godt ske, at mit behov vil være noget andet end det som man møder hos borgeren. Der synes jeg, det kan være svært sommetider også at skelne at sige 'Er det mine normer, der gør, at du skal i bad et par gange ekstra om ugen, fordi du er inkontinent? Eller er det din holdning, dit eget behov?'" (Inform. Vis.).

Her viser der sig en bevidsthed hos den professionelle om at møde borgeren, dennes livsførelse og måske beskedne behov eller ønsker om hjælp på en respektfuld måde uden, at egne intersubjektive normer og værdier bliver bestemmende for klassificeringen af borgeren som 'problemidentitet' med et bestemt hjælpebehov. De subjektive forståelser underordnes her de mere institutionaliserede opfattelser af borgerens vanskeligheder og behov for rehabilitering.

På sygedagpenggeområdet taler informanterne om behov ud fra et perspektiv på borgernes ønske om at få det bedre, på jobfastholdelse og sikkerhed for at have et forsørgelsesgrundlag. Behovet for at blive mødt på en respektfuld og nænsom måde i den svære situation spiller også en rolle:

- " - Altså behov, det er vel, hvad den enkelte har brug for, for at komme, for at få det bedre.*
- Men det er også behov i forhold til det erhvervsrettede*
- Ja, der er forskellige behov. Altså i starten, der er det jo behandlingen, og de er meget syge og behov for ro til det. Når de har det bedre, hvad er der så behov for? Hvad skal der så til for, at det går frem af? [...]*
- Nej, jeg bruger ikke så meget ordet, men altså behov det er jo alt det med at blive mødt respektfuldt og sådan noget.*
- Det er de værdier, eller det vores arbejde bygger på, måske mere det vi inddrager end selve behovet. Og når vi har en sag, som er kræftpatient, så ved vi præcis med det samme, det er en ..., ikke at den skal sagsbehandles, men i hvert fald den side af sagen skal der tages hen-syn til. Og det kan man måske sige, det er den sidste fase eller den afsluttende fase, der er mest tydelig for os.*
- Og så er det også i starten, inden man har truffet vedkommende, et spørgsmål hvad er der behov for i måden at blive mødt på.*
- Ja, lige præcis. Men det er altid svært på en eller anden måde, selvom man har gjort det så mange gange, så er det alligevel hver gang en anden person, der måske har behov for noget andet eller en anden måde at blive mødt på. [...]*
- Og så måske behov for så meget sikkerhed fra det her system, som vi kan give, fordi der er usikkerhed i forhold til nogle kræftformer, hvordan det kan gå. Så er det jo godt, hvis vi kan være så sikre i det, vi siger og gør herfra. Men sikkerhed for sygedagpengeforlængelse - det er jo en vanskelig sag. Og det er der behov, når man er syg - sikkerhed for, at der kommer penge hver måned, så man kan betale sin husleje. Det kan vi jo nogen gange godt lovgivningsmæssigt følge, men vi kan ikke bare selv tænke 'Her er der behov for forlængelse'! Vi har de rammer, vi nu en gang har. Så det er jo politisk, hvis det skal laves bredere" (Inform. SDP).*

I dette møde anvender sagsbehandlerne, som nævnt ovenfor, programmer ifa. lovgivning suppleret af *arbejdsevne metoden* (Socialministeriet 2001)⁶¹ i vurderingsarbejdet hos sygemeldte borgere med behov for støtte til forsørgelse og tilbagevenden til arbejdet igen, måske på særlige vilkår:

⁶¹ Det overordnede formål med arbejdsevne metoden er at sikre, at personer, der har en arbejdsevne, som muliggør en tilknytning til arbejdsmarkedet, også reelt får mulighed for at udfolde denne arbejdsevne gennem et arbejde. Metoden understøtter et forløb, hvor sagsbehandleren sammen med borgeren afklarer, hvilke ressourcer borgeren har i relation til arbejdsmarkedet. Denne afklaring er udgangspunktet for en vurdering af, om borgeren umiddelbart har mulighed for at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet, eller der skal påbegyndes en udviklingsproces mhp. at forbedre arbejdsevnen. Et af hovedelementerne i arbejdsevne metoden er ressourceprofilen som redskab til at beskrive, udvikle og vurdere borgerens arbejdsevne. Profilen omfatter følgende aspekter: • Uddannelse, • Arbejdsmarkedserfaring, • Interesser, • Sociale kompetencer, • Omstillingsevne, • Indlæringssevne, • Arbejdsrelevante ønsker, • Præstationsforventninger, • Arbejdsidentitet, • Bolig og økonomi, • Sociale netværk og • Helbred (Socialministeriet, 2001:20, 40-41).

"På det tidspunkt er jeg også inde og arbejde i profilen, altså i de punkter, der er der... Det er arbejdsevnevurderingen, som jo er den arbejdsmetode vi skal omkring, når vi laver større vurderinger. Vi kan aldrig træffe store afgørelser uden, at den er udfærdiget" (Inform. SDP).

På sygedagpengeområdet er der således tale om en udstrakt grad af anvendelse af institutionaliserende programmer ifa. lovgivningen og arbejdsevne metoden i behovsvurderingen. En tilgang, der har mange paralleller til visitationesenhedens tilgang med Fælles Sprog som programmerende iagttagelses- og klassifikationssystem.

I *Rehabiliteringsenheden* taler informanterne om behov og det gode hverdagsliv med udgangspunkt i borgerens mål for rehabiliteringsforløbet samt faglige vurderinger, fx af en fysisk funktionsnedsættelse:

"... det jeg lige først tænker, det er, at den der afstemning i starten med borgeren i forhold til borgerens mål er meget styrende for, hvad er det for nogle behov. For det er borgerens mål, det er borgerens behov. Det kan godt være nogle gange, at det jeg tænker, er det her det væsentlige, det er det ikke nødvendigvis, men der er borgerens fokus."

- Lige nu tænker jeg nok i forhold til noget, vi har behov for, noget man gerne vil opnå, vil kunne gøre. Sådan synes jeg tit, det er i hvert fald, at borgeren har et mål med et eller andet, de gerne vil kunne. 'Jeg vil gerne kunne handle', 'Jeg vil gerne kunne blive i mit eget hjem'."

- Hvis jeg opdager eller hvis jeg ser at vedkommende har en bevægelsesindskrænkning eller nedsat styrke, nedsat udholdenhed - et eller andet, så tænker jeg, at vedkommende har et behov for at komme op på et, skal vi sige så normalt niveau som muligt og dermed for at få den her form for træning, som vi kan tilbyde. Så jeg ser også at behovet harmonere med, at borgeren skal tilbage til en hverdag."

- Jeg tænker i forhold til individuelle behov, borgerens individuelle behov. Og der tænker jeg "Hvad giver borgeren udtryk for at have brug for?" som en forventningsafstemning. Så vurderer jeg det, borgeren kommer frem med som et behov. [...] Og så kommer konteksten jo ind, altså hvad er det for en kontekst, jeg er i. Den er jo som en del af min egen vurdering af, når borgeren eller han fortæller 'Jeg har de og de behov' er det så noget, jeg kan være med til at afhjælpe i forhold til den kontekst, jeg indgår i. Og så har jeg jo efterhånden en viden om, hvad mange borgere med kræft giver udtryk for, at de har glæde af, fx udbetaling af erstatning ved kritisk sygdom. [...] Så der kommer jeg faktisk frem med noget selv, hvis ikke borgeren kommer med det. Det er ligesom min faglighed, der træder ind der og helheden i det" (Inform. Rehab.).

Det ser således ud til her, at borgeren i høj grad selv er med til at italesætte behov som opgaver og aktiviteter i hverdagslivet, som betyder noget for borgeren. Bestemmelsen eller identifikationen af borgerens behov understøttes endvidere aktivt af de professionelle faglige vurderinger af aspekter, som borgeren måske ikke lige selv er opmærksom på at få italesat i situationen. En af informanterne taler her bevidst om, at der er en 'helhed i det'; en helhed baseret på professionel faglig viden, som deles med borgeren.

I *Hjemmesygeplejen* har man et fokus i bestemmelsen af borgerens behov, der i vidt omfang er parallel til den tilgang, som viser sig i *Rehabiliteringsenheden*. Her er den individuelle borger omdrejningspunkt sammen med familien. Familien indgår endvidere helt naturligt som en vigtig samarbejdspartner for hjemmesygeplejerskerne:

”Og hvem den enkelte borger er, individuelt, kan jo godt være forskellig. Altså nogle grundlæggende ting vil være det samme, men derudover kan der være forskellige behov for den enkelte, hvor man jo skal kunne vurdere det.

- Jeg tænker selvfølgelig også patientens behov, men jeg tænker måske også familiens behov. Fordi det er i hvert fald noget, jeg støder på lige nu. Jeg har en familie, hvor jeg måske synes, at man godt kunne give lidt mere smertestillende medicin til borgeren, men hvor familien egentlig er ked af, at der skal gives så meget smertestillende morfin, fordi så kan de ikke tale med deres pårørende, når hun er dopet af medicin.

- Når du siger ’behov’, så siger jeg en behovspyramide, hvor man kan sætte den enkeltes behov ind og ligesom se nogen ting igennem. Det tænker jeg da med det samme, det er da noget konkret teori. Det er helt sikkert, den vi bruger. Vi er ikke inde og have fat i den som en tegning vel, men den er jo i tankerne, hvor man tænker behovene op igennem pyramiden.

- Jeg tænker jo meget vejrtrækning, ernæring, udskillelse af affaldsstoffer, hele vejen rundt, smerte [...] og de sociale behov, der er øverste i pyramiden [...] men også behov for rengøring, altså hvad der skal fungere omkring patienten. Men mest tænker man da i plejen af patienten. Hvad er der behov for nu og her? Fordi det andet udeomkring synes jeg altid, man kan løse, det er mere sekundært. Men selvfølgelig er det også vigtigt for nogen, at de ting skal være i orden, det er klart” (Inform. Hjspl.).

De professionelle i *Hjemmesygeplejen* taler desuden om behov som ’en konkret teori, en pyramide’, hvori behovene er indplaceret i et hierarki, som prioriteres i mødet med borgeren og i vidt omfang ud fra borgerens ønsker i situationen. For hjemmesygeplejerskerne er der endvidere tale om, at behovsbestemmelsen retter sig imod at kunne handle fornuftigt i situationen for borgeren, såvel i forhold til de udtalte og de uudtalte ønsker eller behov for hjælp i hverdagslivet med kræft:

”Det er både på handlingsplan, tænker jeg med mig selv, men det er da også noget, man tænker ind, når man kommer. Hvis behov det er, om det er vores behov eller om det er patientens behov.

Det kan også godt være, at man ser nogen behov, som borgeren ikke selv lige kan sætte ord på eller føler. Der skal man så prøve at kunne opfange noget af det, af behov som man kunne hjælpe med og få opfyldt for borgeren” (Inform. Hjspl.).

Igen møder vi her en bevidsthed om at skelne mellem den professionelle oplevelse og forståelse af behov og borgerens oplevede behov uden, at en faglig bevidsthed om at kunne afhjælpe behov, som borgeren ikke selv italesætter, mistes af syne.

Sammenfattende kan det konkluderes, at behovsbestemmelsen i det professionelle faglige skøn har en vigtig rolle i forhold til klassificering og dermed typificering af borgeren som hjælp-berettiget til specifikke former for rehabiliterende indsatser i den borger-

vice-rende organisation, såvel ifm. retlig som faktisk forvaltningsvirksomhed. For den professionelle i en myndighedsafdeling med udfoldelse af retlig forvaltningsvirksomhed er bedømmelser af borgerens behov selve kernen i det faglige arbejde i afdelingen.

De perspektiver, der italesættes om behovsbestemmelsen, omhandler og retter sig som fremstillet ovenfor, imod meget forskellige aspekter blandt de professionelle i de fire inkluderede afdelinger; typificeringer, der differentierer sig i forhold til forvaltningsvirksomheden. På **myndighedsområdet** er behovsvurderingen domineret af **1)** vurderinger af behov i forhold til at kunne klare sig selv og kunne være selvforsørgende, **2)** anvendelse af programmer i behovsvurderingen og **3)** en bevidsthed om borgerens behov for at blive mødt individuelt og respektfuldt. På **udførelsesområdet** handler det om **1)** at borgerens og familiens individuelle mål og ønsker i meget høj grad er styrende for indsatsen sammen med den professionelle intersubjektive faglige viden, **2)** at mulighederne i konteksten for at kunne tilgodese borgerens ønsker og **3)** at behov også er et teoretisk begreb, som den professionelle medtænker og prioriterer sin indsats ud fra i sit møde med borgeren. For **begge virksomhedsområder** viser der sig endelig en bevidsthed hos de professionelle om at skelne mellem egne normer (behov), og borgerens ønsker og behov uden, at den professionelle faglige viden frakobles i mødet med borgeren.

Behov er ikke noget naturgivet, en række empiriske fakta eller givne størrelser, men udtryk for socialt konstruerede typificeringer. Disse typificeringer retfærdiggøres og realiseres gennem politiske, administrative og professionel-faglige processer, når der er tale om behov, der indgår i den offentlige borgerservicerende organisations tænkning og hjælpesystemer. Denne *behovsdiskurs* referer efter Eriksen (2001) til en samfundsmæssig og politisk legitimeringsproces, der kan sammenfattes i tre trin: **1)** en kamp om at *opnå anerkendelse af et behov politisk* eller få det defineret som et ikke-offentligt anliggende, **2)** en diskurs om, *hvad der skal til for at tilfredsstille eller håndtere dette behov* og **3)** kampen om at *få det definerede behov tilfredsstillet*, dvs. en ressourcekamp om at identificerede behov hos borgerne prioriteres i velfærdssamfundet (Eriksen, 2001:227). Derfor udfoldes der også bestræbelser i teori og praksis rettet mod dels at definere, hvad man kan forstå ved behov, dels hvorledes man kan foretage en behovsprøvning over for borgere med vanskeligheder i hverdagslivet i et kræftforløb, herunder iværksættelse af effektfulde rehabiliterende indsatser.

Et teoretisk bidrag til forståelse af behov som fænomen er beskrevet af Eneroth (1988), der redegør for forskellige modeller og perspektiver på begrebet behov. Her skelner Eneroth mellem **1)** den *atomistiske behovsmodel*, der rummer en opfattelse af, at mennesket er 'opbygget' af eller kan kendetegnes ved en række forskellige behov, der kan adskilles fra og eksisterer uafhængigt af hinanden og **2)** en *helhedsmodel for behov*, hvor det enkelte menneske ikke kan brydes ned i forskellige bestanddele, ligesom behovene ikke kan forstås uden at blive betragtet i sammenhæng med menneskets livsmønster. Opfattelsen af behov kan endvidere betragtes i forskellige perspektiver: **a)** et *naturalistisk perspektiv*, der ser behovene i lyset af menneskets biologi og kamp for overlevelse, **b)** et *ikke-naturalistisk behovsperspektiv*, hvor behov kan være influeret af ydre/sociale fak-

torer, **c**) et *sociomaterielt behovsperspektiv*, hvor det er gennem menneskets virksomhed og materielle produktion, at menneskets behov kan ses som behov for fx materielle goder, **d**) et *relationistisk behovsperspektiv*, hvor menneskets mange relationer i netværk af familie, venner, arbejdskolleger osv. er med til at generere særskilte behov og **e**) et *aktørperspektiv* på behov, forstået som behov genereret gennem kommunikation eller italesættelse af behov, som den enkelte eller andre oplever at være til stede (Eneroth, 1988: 16-29). Forskellige måder at betragte behov på som typificeringer af behov som et socialt fænomen.

Inden for sociologien afviser man i stort omfang, at det er muligt at forstå menneskelige handlinger og adfærdsmønstre som styret af universelle behov, eller i det mindste kun i meget begrænset omfang. Problemet er her, at man i fokuseringen på individualiteten stort set giver afkald på at tale om universelle eller basale menneskelige behov (Juul, 1996:34-35). Juul fremstiller selv, på baggrund af en række forskellige teorier og perspektiver som fx Maslows behovshierarki og Doyal & Goughs teori om basale menneskelige behov, et behovsteoretisk udgangspunkt med en række hypoteser om almenmenneskelige behovsområder. Disse behovsområder omfatter

- fysiologisk behov
- behov for spontanitet og sanselighed - herunder seksuel udfoldelse
- behov for autonomi, for at udnytte medfødte muligheder og bruge sig selv
- behov for deltagelse i en social livsform
- behov for respekt og anerkendelse
- behov for intime og nære relationer til andre (kærlighed)
- behov for mening
- behov for sikkerhed og tryghed (Juul, 1996:33-64).

Set i forhold til teorier om behov formuleret af Eneroth (1988) og Juul (1996) viser den måde de professionelle i denne undersøgelse taler om behov på spredte indikationer af typificeringer og inddragelse af behov som en kombination af et *atomistisk og helhedsorienteret perspektiv*, hvor behovene på den ene side betragtes adskilt fra hinanden, men samtidigt forstås ud fra borgerens samlede situation. Der er endvidere tale om inddragelse af et overvejende *naturalistisk og relationistisk perspektiv*, med fokus på menneskets biologiske behov for overlevelse og menneskets relationer især i familien og i forhold til en tilknytning til arbejdsmarkedet. Endelig træder det tydeligt frem, at der er tale om behov i et *aktørperspektiv*, hvor behov er noget, der bliver til intersubjektivt i kommunikationen med andre, bl.a. i dialoger mellem de professionelle, borgeren og de pårørende.

I den måde, som de professionelle taler om behov på kan der endvidere ses en lang række af indikationer på inddragelse af de former for behov, som Juul (1996) har formuleret hypoteser omkring. Det være sig konkrete fysiologiske behov som vejrtrækning og ernæring, deltagelse i en social livsform som fx arbejde, at blive mødt respektfuldt og anerkendende fx af de professionelle, bevarelse af relationer til andre fx ved at kunne

være til stede uden for stor påvirkning af smertestillende og sikkerhed samt tryghed i en kompleks og vanskelig hverdagslivssituation.

Rehabilitering handler netop om støtte og hjælp til at overkomme eller mestre vanskeligheder i hverdagslivet, begrundet i en kræftsygdom, og her realisere egne visioner om 'det gode liv' inden for de muligheder, der kan realiseres i forhold til den enkelte borger. At have et behov eller at definere et behov ser ud til først at få moralsk værdi, når de relateres til en eller anden værdi, der skal realiseres; borgeren A har et behov X for at realisere værdien Y, hvilket udtrykker en intersubjektiv gyldighedsdimension. Behov refererer her til noget alment, noget fælles som en etisk dimension på 'det gode liv' og dermed moralsk kan etableres en fælles enighed om er rigtig (ret) eller forkert (uret) at tilgodese i borgerens aktuelle situation (Eriksen, 2001:224).

Hverdagslivet har været genstand for omfattende teoretiseringer inden for filosofi, sociologi, socialpsykologi, etnologi, og socialantropologi, hvor man har søgt at belyse forskellige sider af hverdagslivet; en belysning, der også har betydning for den professionelles forståelse af borgerens hverdagsliv, og hvorledes denne kan forandres i forbindelse med et helbredsproblem som kræft. Nogle af de teoretikere, der her kan nævnes er *Agnes Heller*, *Pierre Bourdieu* og nyere teoretikere som *Marianne Gullestad* og *Thomas Højrup*. Sociologerne *Alfred Schutz* samt *Berger & Luckmann*, som jeg trækker på i undersøgelsens teoretiske perspektiv har hverdagslivets udformning som deres fokus.

I denne sammenhæng vil jeg afgrænse mig til kort at komme ind på Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsforståelse (Bech-Jørgensen, 1994). Hverdagslivet beskrives her som det liv, der leves hver dag i et relationelt samspil med andre mennesker i en kulturel sammenhæng. Hverdagslivet drejer sig om alle de aktiviteter, mennesket har for, og alt, hvad de deltager i forskellige sammenhænge. De daglige hverdagslivsaktiviteter opdeles i 1) *upåagtede aktiviteter*, som alt det vi gør uden at lægge mærke til disse, herunder personlige og praktiske opgaver, rutiner og kreative aktiviteter, 2) *strategiske aktiviteter*, der omfatter aktiviteter rettet mod et bestemt mål, hvis realisering kræver ressourcer ud over personens egne, fx uddannelse og arbejde og 3) *symbolske aktiviteter*, der er aktiviteter, der giver hverdagen kvalitet og mening, fx samvær med andre mennesker, kultur- og fritidsaktiviteter (Bech-Jørgensen, 1994). Dette og andre perspektiver på hverdagslivsaktiviteter rummer perspektiver den professionelle må inddrage i sin forståelse af borgerens hverdagsliv, og hvorledes hverdagslivet kan påvirkes og forandres af helbredsproblemer og andre sociale begivenheder.

I de professionelles klassificering af borgernes behov for rehabiliterende indsatser ser det ud til, at der er forskellige fokusområder i forhold til borgerens hverdagsliv i de fire inkluderede afdelinger. I *Visitationsenheden* er der i vidt omfang fokus på de upåagtede hverdagslivsaktiviteter som personlige og praktiske opgaver i hjemmet. I *Sygedagpengeafdelingen* er der et dominerende fokus på den del af de strategiske hverdagslivsaktiviteter, der retter sig imod jobfastholdelse og arbejde. I *Rehabiliteringsenheden* og i *Hjemmesygeplejen* viser der sig indikationer af et bredt hverdagslivsperspektiv med inddragelse

af såvel upåagtede, strategiske og symbolske hverdagslivsaktiviteter, således som Birte Bech-Jørgensen (1994) fremstiller disse i sin hverdagslivsteori. At disse perspektiver træder frem på forskellige måder i hver af de fire inkluderede afdelinger er ikke tilfældig, men er et resultat af de mulighedsbetingelser for udfoldelse af faglige skøn, der findes i den enkelte afdeling som en del af den borgerservicerende organisation.

7.3 Mulighedsbetingelser og institutionel klassifikation

I min tematiske analyse i kap. 10 vil jeg redegøre uddybende for de mulighedsbetingelser, der er rammesættende for de professionelles udfoldelse af det faglige skøn og det fortolkningsrum, som den enkelte aktør eller medarbejder opererer inden for i sit faglige skøn. Analysen viser overordnet betragtet, at der er nogle tydelige og betydelige forskelle i de organisatoriske mulighedsbetingelser *for* og *i* det professionelle faglige skøn, begrundet i forskelle på en lang række konkrete funktionelle forhold i de enkelte afdelinger. Mulighedsbetingelser, som jeg ikke skal gå dybere ind i, men blot nævne, at disse betingelser rummer aspekter knyttet til funktionelle kendetegn for de enkelte afdelingers *differentiering* som organisatorisk enhed og socialt system, organisationen som *beslutningssystem*, *iagttagelsesbetingelser* i organisationen og konditioneringen af organisationens *funktionsorientering*.

I denne del af min analyse af det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces vælger jeg at sætte lys på andre aspekter knyttet til de organisatoriske mulighedsbetingelser *for* og *i* udfoldelsen af det professionelle faglige skøn: **1)** synet på og inddragelsen af tænkningen i rehabilitering som begreb og praksisform, **2)** magt og styring, herunder anvendelsen af programmer i vurderingsarbejdet, **3)** kompleksiteten i det moderne som en betingelse og **4)** den professionelles rolle som portvagt i velfærdsinstitutionen. Når jeg her vælger kort at belyse disse aspekter er det dels begrundet ud fra, at der er tale om aspekter, der alle italesættes i undersøgelsens empiriske materiale og på forskellige niveauer træder frem i de efterfølgende analyser. Endvidere inddrages disse ud fra en antagelse om, at et blik på disse institutionaliserende mekanismer kan medvirke til at åbne for yderligere indblik i og forståelse af de mulighedsbetingelser udfoldelser af det faglige skøn opererer inden for.

Synet på og inddragelsen af tænkningen i rehabilitering

Rehabilitering er et begreb og en praksisform⁶², der udfoldes på meget forskellige niveauer og med meget forskellig bevidsthed fra de professionelles side i de fire inkluderede afdelinger. Der findes ikke i praksis en klar adskillelse eller norm for, hvornår man kan tale om indsatser tilrettelagt som et *rehabiliteringsforløb*, og hvornår man kan tale om

⁶² Her refererer jeg til en forståelse af rehabilitering som begreb og praksisform, som jeg har redegjort for i kap.1, afsnit 1.3.

indsatser, der har et *rehabiliterende* indhold og sigte. Anvendes definitionen af rehabilitering fra *Hvidbog om rehabilitering* (Marselisborgcentret, 2004) og de konstituerende elementer, der her indgår om målrettethed, tidsafgrænset, samarbejdsproces, med/risiko for betydelige begrænsninger i funktionsevnen (komplekse situationer), meningsfuldt og selvstændigt (hverdags)liv, tværfaglige, borgerens hele liv og beslutninger, tværsektorielle, koordinerede, sammenhængende og videnbaserede indsatser som norm for, om der er tale om rehabilitering, så er der kun en begrænset rehabiliterende tilgang over for borgere med kræft i flere af de inkluderede afdelinger.

Tættest på *Hvidbogens* tilgang i rehabilitering kommer *Rehabiliteringsenheden*, herunder især enhedens forløbskoordinator, samt i *Hjemmesygeplejen*, således som det også er blevet illustreret på flere områder i min analyse af *konteksten og udfoldelsen af det professionelle faglige skøn* i kap. 10. For de øvrige to afdelinger - *Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen* - ser der ud til mere at være tale om en rehabiliterende tilgang med bevilling af overvejende enkeltindsatser uden en systematisk og målrettet koordinering af indsatserne på tværs af organisationens egne serviceområder eller andre eksterne samarbejdspartnere. En indsats, der må baseres på borgerens egne beslutninger og viden om, hvorledes borgere med kræft støttes bedst muligt i sit rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering handler grundlæggende om at sammensætte og koordinere flere samtidige individuelt tilpassede indsatser ud fra borgerens aktive deltagelse, egne mål og ønsker, borgerens egen aktive medvirken, tilrettelagt og gennemført som en tværfaglig og evt. tværsektoriel rehabiliteringsindsats. Her vil et sygedagpengearbejde rettet mod genopnåelse af selvforsørgelse eller bevilling af en aktiverende personlig og praktisk hjælp i hjemmet hver især indeholde visse rehabiliterende aspekter. Imidlertid ser der ikke ud til at være tale om nyttiggørelse af det fulde potentiale i den tænkning og praksis, der ligger i rehabilitering. Rehabilitering i et kræftforløb handler om *'at komme sig i livet og ikke bare at være i live'*.

Magt og styring i socialt arbejde

En af informanterne fra *Sygedagpengeafdelingen* taler om det faglige skøn og oplevelser af udviklingen på feltet for sygedagpengearbejde i forhold til den måde, hvorpå vurderinger af borgernes situation finder sted på i dag. Hun siger:

"Altså vejen frem, altså... . Før, der skulle vi jo finde udveje for folk. Nu skal vi mere finde vej ud med folk – ud af systemet" (Inform. SDP).

I det omfang dette perspektiv præger vurderinger med udfoldelse af faglige skøn i en organisation som *Sygedagpengeafdelingen* - eller andre enheder i den kommunale borge-rsrunderende organisation - vil det faglige skøn primært blive rettet mod muligheder for retligt at kunne begrunde en eksklusion af borgeren fra hjælp frem for inklusion i en individualiseret og målrettet rehabiliteringsindsats. I det omfang en sådan tilgang ikke er tilfældig, men udtryk for en generel tendens får det faglige skøn en dominerende ka-

rakter eller institutionaliseres som *kontrol og tilpasning* (control) frem for *støtte og hjælp* (care).

I min analyse af *mødet og samtalen med borgeren* (kap. 8) fremgår det også, at de professionelle er bevidste om, at de er placeret i en rolle, hvor de har magt i situationen sammen med borgeren:

"Ja, jeg har magten, og det skal jeg være meget bevidst om" (Inform. SDP).

Socialt arbejde [og rehabilitering] handler både om *care and control*, om støtte til realisering af *det gode liv* og *kontrol/tilpasning* af borgeren til de professionelle og samfundets normer og 'sandhedsregimer' (Parton & Kirk i: Shaw m.fl., 2010:35; Hansen & Tjørnhøj-Thomsen i: Glasdam 2009:354-371; Järvinen i; Meeuwisse & Swärd, 2002:257; Høi-lund, 2000). I den relation, hvori der udfoldes dømmekraft og skøn i mødet mellem borgeren og den borgerservicerende organisation, udspiller der sig magt- og stryngsteknologier, der rækker ud over de beføjelser de professionelle aktører er tillagt i lovgivningen. Et aspekt, som Eriksen (2001) beskriver som 'demokratiets sorte hul'; et hul, der opstår gennem den måde, hvorpå frontlinjebureaukrater tager stilling til politisk funderede spørgsmål om hjælp eller ikke-hjælp på udenomsfaglige og ikke-retlige præmisser. Et forhold, som jeg allerede har berørt i afsnit 6.4 og som jeg vil uddybe senere i dette afsnit, hvor jeg vil belyse den professionelle rolle som portvagt i velfærdsinsstaten og dens institutioner.

Magt er *et symbolsk generaliseret kommunikationsmedie* for Luhmann, hvilket betyder et medie, der sandsynliggør kommunikation på samme måde som andre symbolsk generaliserede kommunikationsmedier som penge, sandhed og ret gør det i forhold til økonomiske systemer, videnskabssystemer og retssystemer. Sprog sandsynliggør her gensidig forståelse, distributionsmedier sandsynliggør at meddelelser kommer frem og de generaliserede medier at kommunikationen bliver en succes (Tække i: Hilt m.fl., 2010: 155-156). Dette magtbegreb kan anvendes til at iagttage, hvorledes beslutninger kan sætte sig igennem fx i en myndighedsfunktion, hvor den ene part er magtoverlegen og den anden (borgeren) magtunderlegen, fx når information om en sanktion fremtvinger og disciplinerer borgerens deltagelse i et informationsmøde eller et aktiv tilbud på beskæftigelsesområdet med mødepligt.

Et andet Foucault-inspireret perspektiv på magt er den governmentality-tænkning, der præger det moderne samfund. Styring (*conduct*) betyder *at føre, dirigere eller guide* hvordan noget skal foregå; en styring, der i det moderne samfund er blevet til *to conduct oneself*. Dermed kommer styring i dette perspektiv til at handle om forsøg på, med et vist overlæg, at forme aspekter ved vores adfærd i overensstemmelse med bestemte normsæt og med bestemte mål for øje. Ikke blot som styringspraksisser, men også som selv-praksisser, om forskellige styringsmentaliteter baseret på praksisregimer eller styringsregimer (Dean, 2008:43-58). Foucault selv "[...] anså disse magtformer som en kæde af 'suverænitet-disciplin-styring', som er grundlæggende for moderne former for myndighedsud-

øvelse" (Dean, 2008:57). Styrings- og selvpraksisser, der har institutionaliseringens og socialiseringens kendetegn.

I udfoldelsen af det professionelle faglige skøn, således som en række af mine øvrige tematiske analyser viser, ser der ud til at træde anvendelse af magt frem på flere områder og niveauer:

- i de *mulighedsbetingelser*, der er med til at konstituere de professionelles udfoldelse af det faglige skøn i praksis (jf. kap. 10). De enkelte afdelingers mulighedsbetingelser er med til at sandsynliggøre kommunikationer *i* og *af* det faglige skøn på bestemte måder, såvel hos den enkelte aktør eller medarbejder som organisationens interne kommunikationer og afgrænsning i forhold til dets omgivelser
- i organisationens *omdannelse* af den professionelle ifm. dannelsen af det faglige skøn som kompetence, jf. kap. 9. Her er der tale om en mere eller mindre usynlig selvstyrings- og disciplineringsmagt, hvor medarbejderne selv og indbyrdes lærer gennem praksiserfaringer og opretholder en lokal orden, der gør visse kommunikationer mere sandsynlige end andre i organisationen
- i *mødet og samtalen med borgeren*, jf. kap. 5. Den asymmetri, der især er fremtrædende på myndighedsområdet i relationen mellem borgeren og den professionelle vil også her gøre, at nogle kommunikationer bliver mere sandsynlige end andre, styret af den professionelles perspektiv og organisationens mulighedsbetingelser
- i forhold til *anvendelsen af ret og sikring af borgerens retssikkerhed*, jf. kap. 6. Heri ligger der en betydelig symbolsk systemmagt. Denne magt må såvel den professionelle som borgeren respektere og tilpasse sig inden for det fortolknings- og handlerum, der i forskelligt omfang altid er til stede.

Betydningen af aspekter omkring magt og styring i borgerservicerende organisationer ses da også i, at der i det magtudredningsarbejde, der blev igangsat af Folketinget om det danske folkestyres situation ved overgangen til det 21. århundrede, blev gennemført et særskilt forskningsbaseret udredningsarbejde omkring '*Det magtfulde møde mellem system og klient*' (Järvinen m.fl., 2003). Heri redegøres der for en lang række aspekter omkring disciplinering af borgeren baseret på moralske vurderinger, forestillinger om 'det normale' og kunstige klassifikationer, der ikke har noget at gøre med klientens forståelse af sin egen situation.

I min analyse af *mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen* (kap. 10) og senere i min analyse af forståelsen af det faglige skøn i lyset heraf (kap. 11) peger jeg på, at et af de elementer, der er med til at konstituere det professionelle faglige skøn er anvendelsen af *programmer* ifa. lovgivning, standarder, koncepter og metoder (fx Fælles Sprog fra KL og Arbejdsevnetmetoden fra Socialministeriet). Det ser her ud til, at systemperspektivet i det professionelle faglige skøn i høj grad konstitueres via den rolle og betydning, som programmer i organisationen har for de professionelles iagttagelser og kategoriseringer af borgerens vanskeligheder og behov for rehabilitering. I mit rede-

gørelse for undersøgelsens systemteoretiske perspektiv (afsnit 3.1) peger jeg på, at en organisation bl.a. kendetegnes ved anvendelsen af *programmer* med bestemte iagttagelsesledende koder for organisationens kommunikation; programmer, der alle er rettet mod beslutninger i organisationen som system (Luhmann, 2000: 240, 248, 343, 345; Tække & Paulsen, 2008:11-36).

Programmer anvendes i dag i stigende grad inden for især sundhedsområdet⁶³ men også på det sociale område⁶⁴. Programmerne kan have forskelligt teoretisk afsæt, men fælles for flere af denne type af programmer er en række aspekter, som Vedung (1997) har beskrevet og Hansen & Vedung (2005) anvender i en evaluering af *Fælles Sprog i ældreplejens organisering* (Hansen & Vedung 2005). Programmet *Fælles Sprog* fra Kommunernes Landsforening findes i dag i en version I og II; en version III er aktuelt under udvikling. Programmerne er publiceret på foreningens hjemmeside (Kommunernes Landsforening, 2012). Flere af de inkluderede afdelingers programmer benytter version I, jf. min beskrivelse heraf i afsnit 10.2.

Programteorier kan defineres som mere eller mindre sammenhængende og udviklede forestillinger om, hvordan en bestemt intervention, som programmet retter sig imod, virker ind på en bestemt situation og ændre eller bevare denne. Teorien omfatter

- en *situationsteori*, der indeholder forestillinger om kæder af årsager og virkninger, der henholdsvis skaber og fastholder den nuværende situation
- en *virkningsteori*, der indeholder forestillinger om hvilke kæder af årsager og virkninger interventionen (programmet) samt serier af handlinger styret af programmet, som der er forestillinger om kan/vil ændre en given situation til en ny situation eller beskytte (forebygge) den nuværende situation mod forandring
- en *normativ teori*, der rummer begrundelser for at den ændrede eller fastholdte situation er bedre end den situation, der ville være opstået, hvis man ikke havde inter文eneret, eller havde inter文eneret på en anden måde (Vedung, 1997:224-227; Hansen & Vedung, 2005:148).

Ud fra ovenstående træder der på den ene side institutionaliserende og typificerende aspekter frem, der kan understøtte den professionelle i udfoldelsen af faglige skøn ved at guide denne i en vurdering af borgerens behov for støtte og hjælp til rehabilitering eller gennemførelse af konkrete rehabiliterende indsatser. Sidstnævnte afhænger naturligvis af, hvorledes de enkelte programmer er udarbejdet og i hvilket omfang, der heri er detaljerede anbefalinger for gennemførelse af rehabilitering, fx ved kræft.

⁶³ Eksempler herpå er de mange forløbsprogrammer, som Sundhedsstyrelsen har publiceret og søger implementeret i praksis, fx forløbsprogrammer for 34 kræftsygdomme gennem Forløbsprogram for rehabilitering og palliation (2012), jf. Sundhedsstyrelsens hjemmeside (2012)

⁶⁴ Eksempler fra det sociale område og beskæftigelsesområdet, er ud over *Fælles Sprog*, fra KL, programmer som *Funktionsvænnetoden*, der skal anvendes ved sagsbehandling hos borgere med behov for dækning af merudgifter fx ved pludselig opstået sygdom (Indenrigs- og Socialministeriet, 2009) samt *Arbejdsevænnetoden* på beskæftigelsesområdet (Socialministeriet, 2001).

På den anden side kan programmer rumme et perspektiv på borgerens situation og potentielle vanskeligheder, som borgeren ikke kan se eller finde sig selv i, ligesom der kan være tale om reduktioner af kompleksiteten i borgerens situation og vanskeligheder, der medfører en reduceret, ufuldstændig og utilstrækkelig håndtering af borgerens situation og vanskeligheder. Et aspekt, der kan være indarbejdet bevidst og systematisk i programmet af organisationen eller andre rådgivende institutioner for dels **1)** at gøre programmet mere operationelle for de professionelle brugere af programmet, dels for **2)** at styre eller prioritere et serviceområde i den borgerservicerende organisation.

Dermed får anvendelsen af programmer som styringsredskab ved vurderinger af borgernes behov for rehabilitering i en borgerservicerende organisation en rolle og betydning, der dels **1)** afhænger af programmets udformning og åbenhed i forhold til at kunne inddrage og rumme såvel borgerens som den professionelle individuelle perspektiver, erfaringer, oplevelser og viden, på den anden side **2)** hvilken position programmet har i den borgerservicerende organisation (fx vejledende eller krav om systematisk anvendelse) og **3)** hvorledes programmet anvendes i praksis af den professionelle fx som dialogredskab eller som systematisk observations- eller spørgeguide). Disse dilemmaer viser sig også i en undersøgelse af Petersen & Schmidt (2003) om anvendelsen af Fælles Sprog (FS) som redskab til styring af hjemmeplejen. Her viser det sig, at FS på den ene side reducerer borgernes forskellighed, kompleksitet og vanskeliggør en individuel tilpasset hjælp, på den anden side i sig selv kan understøtte målsætningen om en individualiseret hjælp. Effekten af anvendelsen af programmet afhænger imidlertid af, hvorledes FS anvendes i praksis (Petersen & Schmidt, 2003:165-167). I et review om *Patients' needs assesment in cancer care: a review of assesment tools* peges der bl.a. på, at det er vigtigt, at et assesmentredskab skal kunne adressere emner, som patienten ønsker at tale med den professionelle om, fungere som dialogredskab og give patienten mulighed for at udtrykke deres behov på en måde, der skaber en følelse af anerkendelse. Samtidigt skal det kunne levere informationer, der kan guide den professionelle i planlægningen af indsatsen (Richardson m.fl., 2007:11.25-1140).

Med afsæt i denne analyse tyder det på, at jo '*mere institutionaliseret myndighed*' organisationen rummer og udfolder bl.a. gennem detaljerede styringsredskaber frem for medarbejdernes intersubjektive professionsfaglige og personlige værdier, evidensbaseret viden og praksiserfaringer, jo mere vil udfoldelsen af det professionelle faglige skøn blive præget af et systemperspektiv. I perspektiv af denne udvikling vil detaljerede og lukkede iagttagelsesledende programmer og redskaber, sammen med systemets forventninger om anvendelse af disse, let kunne få forrang frem for borgerens og den professionelle individuelle relation/samspil i vurderings- og beslutningsprocessen. Fokus flyttes fra det relationelle til programmet begrundet i, at et iagttagelsesledende program fordrer sin helt egen opmærksomhed og let frakobler det uforudsete, det overraskende og det udfordrende i mødet mellem borgeren og den professionelle.

Kompleksitet i det moderne

I min redegørelse for Luhmanns systemteori ifm. min beskrivelse af undersøgelsens teoretiske perspektiv har jeg allerede fremstillet kernen i Luhmanns begreb om *kompleksitet*, der handler om *et overskud af tilkoblingsmuligheder* (Luhmann, 2000:61). Sagt med andre ord, som mennesker og sociale systemer er vi omgivet af og udvikler løbende så mange nye elementer, at vi ikke formår at koble eller forbinde os til dem alle, at drage nytte af eller håndtere disse talrige elementer. "*Kompleksitet er på en og samme tid det moderne samfunds problem og det princip, der forklarer det moderne samfund*" (Rasmussen, 2004:17). Kompleksitet opstår ikke alene ved, at vi øger kompleksiteten men også, at den hele tiden forandres og ændrer karakter. Der opstår en såkaldt ny *emergent* orden, hvilket vil sige, at kompleksiteten er foranderlig og uforudsigelig. Luhmann hævder endvidere, at "*Kun kompleksitet kan reducere kompleksitet*" (Luhmann, 2000:64), fx i den måde et fagligt skøn bestemmes på, forudsat der skabes tillid og troværdighed omkring skønnet. Det faglige skøn bliver dermed et komplekst fænomen i sig selv, men søger samtidigt at reducere kompleksiteten i forhold til alle de elementer, der kunne være inddraget, hvilket igen fordre øget refleksivitet til erstatning for den ikke eksisterende 'sikkerhed' i skønnet og dets elementer (Luhmann, 2000:60-66). Her bliver det afgørende, hvorledes borgerens situation og vanskeligheder inddrages i det faglige skøn i mødet og samtalen med borgeren, jf., kap. 5. Noget tyder på, at der sker en betydelig større reduktion af borgernes kompleksitet fra professionelle på myndighedsområdet, end det er tilfældet på udførerniveauet i de fire inkluderede afdelinger. En kompleksitetsreduktion, der især ser ud til at være drevet frem af anvendelsen af programmer ifm. lovgivning, kvalitetsstandarder og metode- og dokumentationsprogrammer.

En anden kompleksitetsreducerende mekanisme er samfundets og organisationssystemernes *funktionelle differentiering*, hvorved forstås en opdeling eller uddifferentiering af en lang række systemer eller enheder, der varetager hver deres specielle funktion og opgaver, formidlet via kommunikationer ifm. særlige *medier* som funktionelle koder - fx om ret | uret, sund | syg, hjælp | ikke-hjælp (Luhmann, 2000:202-205, 230-238). Dette aspekt træder tydeligt frem i de mulighedsbetingelser, der er for udfoldelse af det professionelle faglige skøn, således som jeg har fremstillet disse i kap. 10.

Kompleksitet og kompleksitetsreduktion i det faglige skøn gør sig således gældende såvel ifm. iagttagelser af borgerens situation og kræftrelaterede vanskeligheder i hverdagslivet som i forhold til den professionelle og organisationens håndtering af bedømmelsen og handlinger (interventioner) rettet imod borgerens behov for støtte og hjælp.

Den professionelle som portvagt i organisationen

Det sidste element i min teoretiserende analyse omkring aspekter, der ser ud til at øve indflydelse på det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces er den rolle og betydning, de professionelle har i forhold til at udfylde rolle som portvagt i den borger-servicerende organisation. Portvagtens rolle er at bestemme hvilke borger, der kan in-

kluderes i hjælpesystemet, og hvilke der ikke kan (Eriksen, 2001:17; Terum, 2003:168). På den ene side skal den professionelle behandle den enkelte ud fra en individuel vurdering, på den anden side er der mange borgere, der søger om hjælp, og ressourcerne hertil er ikke ubegrænsede.

For at få adgang til den type af indsatser, der ydes i de fire inkluderede afdelinger, er det som beskrevet ovenfor en forudsætning, at organisationen *kan* og *vil* inkludere borgeren som hjælp-berettiget. Borgeren kan ikke selv udløse en indsats eller en ydelse herfra, således som det fx er tilfældet for selvfinansierede ydelser ifa. praktisk hjælp i hjemmet, hjælpemidler og træning leveret fra en privat serviceudbyder. Den offentlige og skattefinansierede borgerservicerende organisations legitimitet afhænger i meget høj grad af, at beslutninger om hvilke hjælpebehov organisationen skal prioritere og dermed hvilke borgere, der kan få adgang til hjælp, opleves rimelig og retfærdig af borgerne i almindelighed og hjælp-søgende borgere i særdeleshed. Et aspekt, der udfordres i disse år, begrundet i den 'managementisering' og det økonomiske pres, der er på kommunernes service over for borgere med helbreds- og socialt relaterede vanskeligheder i hverdagslivet. Høilund & Juul taler om, "[...] at der er sket en omprioritering, således at økonomiske og politiske styringsidealer har fået forrang på bekostning af etiske og juridiske... [og, at] denne udvikling hænger sammen med omfattende reformer inden for den offentlige sektor, som har ændret institutionernes normstruktur i retningen af politisk-økonomisk orienterede ledelsesværktøjer baseret på moderne managementteorier om New Public Management, der handler om nye former for ledelse og markedsføring" (Høilund & Juul, 2005:76-77).

Denne udvikling har også sat dybe spor i de borgerservicerende organisationers krav om vurderinger af den enkelte borgeres behov for hjælp forud for en evt. inklusion i hjælpesystemet: *"De universalistiske velfærdsordninger er presset av ønsket om behovsprøvnig og private forsikringsordninger. Velferdsstatens kollektive sikring mot den usikkerhet og risiko som truer individers og grupperes inntekt, helse og omsorg, bliver i økende grad utfordret av en individualiserende rettighetstenkning og av retorikken om brukerstyring, skattebetalernes penger og mer service per krone"* (Eriksen, 2001:213-214).

Myndighedsfunktionens behovsprøvende krav kommer især til udtryk i *Visitationsenheden* og i *Sygedagpengeafdelingen*, hvor myndighedsrollen italesættes som det at følge lovgivningen og politikernes beslutninger på visitationsområdet, fx beslutninger vedr. personlig og praktisk hjælp, hjælpemidler mv.:

"Vi forholder os hele tiden til lovgivningen; kriterierne og de tre paragraffer vi skal forholde os til. Og vi bruger vejledningen, hvis vi skal træffe en afgørelse. Der står meget i vejledningen om, hvad skal man gøre i forhold til det, hvad skal man gøre i forhold til en afgørelse. Så det, forholder vi os meget til. Og til de SM'er [sociale meddelelser] der ligger, og er truffet samt de nævnsafgørelser, vi har fået, som ikke er kommet op i Ankestyrelsen" (Inform. Vis.).

"Der er det en kommunal beslutning, altså nu er det sådan og sådan. Kommunalbestyrelsen har sagt, at nu gør vi sådan og sådan i Randers Kommune som de kvalitetsstandarder, vi har her" (Inform. Vis.).

Her sammenligner kommunen i stort omfang serviceniveauet i egen kommune over for andre sammenlignelige kommuner som et led i den politiske styring af serviceniveauet:

"Jeg tror lige så meget, at det politiske system lytter lige så meget til byer af samme størrelse som Randers, hvad gør de? Hvis det kan gå i Horsens, så kan det også gå i Randers, fordi vi kan sammenligne os med hinanden. Og det tror jeg lige så meget, man gør politisk" (Inform. Vis.).

På sygedagpengeområdet italesættes myndighedsrolle som en rolle, hvor den enkelte sagsbehandler i vidt omfang alene skal forholde sig til rammerne (lovgivningen) og her stille sin egen intersubjektive faglighed i baggrunden:

"Fordi uanset hvilke muligheder vi har, så er vi alligevel en myndighed, som skal forholde os til rammerne og putte alle de der faglige kompetencer og muligheder ind i den kasse. Det er der, at vi er anderledes end fysioterapeuter eller sygeplejersker, som måske kan gå ud lidt bredere og sige 'Der er muligheder for forebyggelse'. Vi har ikke den mulighed - forebyggelse er ikke noget, som vi skal forholde os til.

Jeg tror også, der ligger en kæmpe forskel ved det, at vi er myndighed, fordi vores faglige vurdering må vi ikke bruge ret meget. Der er jo altid hele tiden et 'skal' Men jeg tror, at selv om vi er begrænset, og selvom vi måske ikke kan gøre det, som vi kunne ønske os, så er fagligheden alligevel hele tiden med os" (Inform. SDP.).

Såvel sagsbehandleren i Sygedagpengeafdelingen som visitator i Visitationsenheden institutionaliseres til at optræde som 'vagt' over for de lovgivningsmæssige rammer og lokalpolitiske beslutninger vedr. betingelser for at få bevilget hjælp til rehabilitering. En rolle, hvor den professionsfaglige intersubjektive kompetencer også er under pres. Terum (2003) beskriver denne rolle som *forvaltningsorientering*, der "... knyttes til rask og rutinemæssig kategorisering af klienter, preget af systematisk forenkling af problemerne med fokusering på søknadsskjemaer, regnestykker og vedtak. Beslutningsprocessen foregår skjult for klienten og har en diffus og tilfældig karakter [...] den blir tolket som en overlevelsesstrategi - en måde å reducere motstridene krav og forventninger på i en hverdag med høyt arbejdspress ... Den preges snarere av at løsningen definerer problemer, enn av problemer som finner adekvate løsninger" (Terum, 2003:170). Netop det element, som Therum (2003) nævner, om den 'skjulte beslutningsproces' er et tema, som har jeg belyst i min tematiske analyse af retsanvendelse og retssikkerhed i kap. 6. Her argumenterer jeg for en større grad af såkaldt *indre procedural retssikkerhed* i behovsvurderinger. Flere af de øvrige elementer i Therums (2003) perspektiv på en forvaltningsorienteret praksisform er belyst i andre af mine analyser, fx i kap. 5 om mødet og samtalen med borgeren og kap. 10 om mulighedsbetingelser.

Rollen som portvagt knytter sig, som fremstillet ovenfor, til det at udøve en myndighedsfunktion i organisationen og foretage individuelle vurderinger samtidigt med, at

ressourceanvendelsen styres og prioriteres. Eriksen (2001) beskriver denne rolle og grundlaget for de professionelles beslutninger på følgende måde: *"I mange tilfeller bestemmer velfærdsstatens profesjonsudøvere, eller hva vi også skal kalle frontlinjebyråkrater, hvem som skal ha hva og hvor mye, og når nok er nok. Når frontlinjebyråkraterne har stort rum for skjønn, blir det nærmest umulig å holde dem ansvarlig (Lipsky 1980). Ofte må de også bruke utenom-videnskabelige begrunnelser for at fatte adækvat avgjørelse i en konkret sak, dvs. kunnskap som går utover den rent empiriske dokumentasjonen og det som kan utledes av legale og administrative regler. [...] dermed kommer frontlinjebyråkraterne uvilkårlig til å ta stilling til normative eller politiske spørsmål"* (Eriksen, 2001:17).

Når professionelle udfolde skønsbaserede vurderinger, og her er tvunget til at foretage en lukning af en *ubestemthed* i praksis, må dette i et vist omfang nødvendigvis ske gennem brug af det, som Eriksen ovenfor benævner som *'utenom-videnskabelige begrunnelser'*. Havde der modsat været en klar *bestemthed* ville det ikke være nødvendigt for frontlinjebureaukraterne at inddrage andre begrundelser end de rent videnskabelige. Dermed ville skønnet heller ikke få en normativ og politisk karakter. Det er imidlertid kendetegnende for vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb, at denne bestemthed ofte ikke findes, hvorfor der må træffe beslutninger med et præg af normative og politiske begrundelser.

Som portvagt må den professionelle således evne både at kommunikere og træffe rigtige beslutninger, i nogle tilfælde ud fra uklare rammer for beslutningen, således som Hasenfeld (2003) taler om den borgerservicerende organisations flydende og flertydige betingelser. Det kommunikative og relationelle aspekter ved arbejdet kræver engagement og anerkendelse fra den professionelle i mødet og samtalen med borgeren. Som myndighedsudøver er opgaven på den anden side at fordele offentlige ressourcer på en retfærdig måde, hvorfor den professionelle må optræde neutral og ligebehandlende i forhold til personlige opfattelser og værdier. Opgaven kræver med andre ord både nærhed, deltagelse og distance i forhold til borgeren og dennes situation (Terum, 2003:172-173).

7.4 Konklusion

Med afsæt i teoretiske perspektiver på borgerens møde med kommunen som *institution* har jeg i dette kapitel foretaget en analyse af, hvorledes det faglige skøn indgår som et afgørende element i institutionelle klassifikationsprocesser. En proces, hvor borgeren transformeres fra en hjælp-søgende borger til en hjælp-berettiget borger og videre til en 'sag' i den borgerservicerende organisation. Vel at mærke kun hvis borgerens vanskeligheder og *behov* kan rummes i hjælpesystemet, anerkendes og prioriteres som legale behov for rehabilitering i et kræftforløb. Desuden analyseres aspekter omkring organisationens mulighedsbetingelser: rehabilitering, magt/styring, kompleksitet i det moderne og den professionelle som portvagt i velfærdsstaten.

På *myndighedsområdet* er **behovsvurderingen** domineret af **1)** vurderinger af behov i forhold til at kunne klare sig selv og kunne være selvforsørgende, **2)** anvendelse af programmer i behovsvurderingen og **3)** en bevidsthed om borgerens behov for at blive mødt individuelt og respektfuldt. På *udførerområdet* handler det om **1)** at borgerens og familiens individuelle mål og ønsker i meget høj grad er styrende for indsatsen sammen med den professionelle faglige viden, **2)** at mulighederne i konteksten for at kunne tilgodese borgerens ønsker og **3)** at behov også er et teoretisk begreb, som den professionelle medtænker og prioriterer sin indsats ud fra i sit møde med borgeren. For begge virksomhedsområder viser der sig også en bevidsthed hos den professionelle om at skelne mellem egne normer (behov) og borgerens ønsker og behov uden, at den professionelle faglige viden frakobles i mødet med borgeren. I forlængelse af min empirisk funderede analyse redegøres der for nogle teoretiske refleksioner omkring *behov og hverdagsliv* som fænomener i et forsøg på at fortolke og forstå de professionelle måder at bestemme borgerens behov for hjælp til rehabilitering. Analysen peger her på, at den måde, de professionelle taler om behov på spredte indikationer af inddragelse af behov som en kombination af et *atomistisk og helhedsorienteret perspektiv*. Der er endvidere tale om inddragelse af et overvejende *naturalistisk og relationistisk perspektiv*, med fokus på menneskets biologiske behov for overlevelse og menneskets relationer især i familien og i forhold til en tilknytning til arbejdsmarkedet. I den måde, som de professionelle taler om behov på, kan der endvidere ses en lang række af indikationer på inddragelse af de former for behov, som Juul (1996) har formuleret hypoteser omkring. Derimod kan der ikke iagttages inddragelse af kategorier af behov og senfølger knyttet specifikt til borgere med kræft ud over erfaringer og viden fra praksis, især hos de professionelle i rehabiliteringsenheden og hjemmesygeplejen.

De **mulighedsbetingelser**, der ser ud til at øve indflydelse på den institutionelle klassifikationsproces er **1)** synet på og inddragelsen af rehabiliteringstænkning, **2)** magt og styring, herunder anvendelse af programmer i behovsvurderingen, kompleksitet i det moderne og **3)** den professionelle rolle som portvagt i velfærdssamfundets institutioner.

I forhold til udfoldelsen af det professionelle faglige skøn influerer den enkelte organisations og den enkelte professionelle forståelse af og muligheder for at **arbejde rehabiliterende** på **1)** mødet, samtalen og samarbejdet med borgeren og **2)** klassifikationen af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet; begge afgørende elementer i bestemmelsen af borgerens behov for rehabilitering i kræftforløbet.

I udfoldelsen af det professionelle faglige skøn ser der ud til at træde **magt** frem på flere områder og niveauer: **1)** i de *mulighedsbetingelser*, der er med til at konstituere de professionelle udfoldelse af det faglige skøn i praksis, **2)** i organisationens *omdannelse* af den professionelle ifm. dannelsen af det faglige skøn som kompetence, **3)** i *mødet og samtalen med borgeren* og **4)** i forhold til *anvendelsen af ret og sikring af borgerens retssikkerhed*. Analysen af anvendelse af programmer som **styringsredskab** i behovsvurderingen tyder på, at jo 'mere *institutionaliseret myndighed*' organisationen rummer og udfolder bl.a. gen-

nem detaljerede styringsredskaber frem for medarbejdernes intersubjektive professionsfaglige og personligfaglige værdier, evidensbaseret viden og praksiserfaringer, jo mere vil udfoldelsen af det professionelle faglige skøn blive præget af et systemperspektiv frem for et aktør- eller livsverdensperspektiv.

Kompleksitet og kompleksitetsreduktion i det faglige skøn gør sig gældende såvel ifm. iagttagelser af borgerens situation og kræftrelaterede vanskeligheder i hverdagslivet som i forhold til den professionelle og organisationens håndtering af bedømmelsen og handlinger (interventioner) rettet imod borgerens behov for støtte og hjælp. Her ser det ud til, at kompleksitetsreduktionen i afdelinger med udførerfunktion i stort omfang formår at rumme den store kompleksitet, der er borgerens situation med kræft.

Som **portvagt** må den professionelle evne både at kommunikere og træffe rigtige beslutninger, i nogle tilfælde ud fra uklare rammer for beslutningen. Det kommunikative og relationelle aspekter ved arbejdet kræver engagement og anerkendelse fra den professionelle i mødet og samtalen med borgeren. Som myndighedsudøver er opgaven på den anden side at fordele offentlige ressourcer på en retfærdig måde, hvorfor den professionelle må optræde neutral og ligebehandlende i forhold til personlige opfattelser og værdier. Opgaven kræver med andre ord både nærhed, deltagelse og distance i forhold til borgeren og dennes situation. Portvagttrollen træder tydeligt frem i afdelinger med myndighedsfunktion på en måde, hvor denne har forrang frem for en etisk funderet bestemmelse af borgerens individuelle behov for rehabilitering i et kræftforløb.

Den institutionelle klassifikationsproces sætter sig således på myndighedsområdet igennem på måder, der ikke ser ud til at tage hensyn til, at der for en del borgere er tale om en endog meget vanskelig og indgribende situation i et liv og et hverdagsliv med en nærliggende eksistentiel trussel. Et forhold, der på den ene side viser frem mod en lighed i behandlingen af den enkelte borger i organisationen, på den anden side viser det frem mod et standardiserende perspektiv og blik på den enkelte borger.

De ovenfor beskrevne konkluderende bemærkninger vedr. det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces er analyseret i lyset af Beger & Luckmanns interaktionistiske perspektiv på den måde mennesker typificerer og institutionaliserer handlinger på i hverdagens sociale praksis. Her indikerer analysen, at institutionaliseringen har en styrende og kontrollerende rolle og betydning for de professionelles adfærd i forhold til den måde klassificering af borgerens vanskeligheder og behov for rehabilitering foregår på. En rolle og betydning, der afspejler sig i de professionelles måde at tale om det faglige skøn på som udtryk for aflejringer af forskellige former for typificering af behov og hverdagsliv som sociale fænomener. Ligeledes kan der iagttages aspekter af en reificerende (tingsliggørende) tilgang - ikke mindst når kontrol og tilpasning bliver den dominerende tilgang i reguleringen af borgerens adgang til rehabilitering i afdelinger med myndighedsfunktion.

8. Det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces

Et af de kendetegn, der viser sig i flere af mine tematiske analyser, af udfoldelsen af det professionelle faglige skøn er, at der er tale om såvel en faglig som en organisatorisk *refleksions- og beslutningsproces*. I min redegørelse for dømmekraft og skøn sundheds- og socialfagligt arbejde (kap. 1, afsnit. 1.5) peges der på, at et centralt element i det faglige skøn er den professionelles evne eller kompetence til at kunne reflektere og træffe beslutninger på en helhedspræget og sammenhængende måde. Dette centrale kendetegn er fremherskende uanset, om der er tale om skøn i en myndighedsfunktion eller på udførerniveauet med planlægning og gennemførelse af konkrete rehabiliterende indsatser.

Det er måske netop her i refleksions- og beslutningsprocessen, at kommunikationen og de professionelle bevæger sig *fra* de ofte omfattende data eller informationer om borgerens situation, gener (symptomer) og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft *til* en beslutning, dels om bevilling af en given rehabiliterende indsats, dels om handlinger knyttet til planlægning, gennemførelse og evaluering af en konkret rehabiliteringsindsats i praksis.

I denne tematiske analyse vil jeg som det første redegøre for nogle teoretiske perspektiver henholdsvis på *refleksion som proces* og som *organisationen som beslutningssystem*. Med dette teoretiske afsæt foretages der en empirisk funderet analyse af, hvorledes professionelle i de fire afdelinger udfolder refleksions- og beslutningsprocesser som element i faglige skøn ved vurdering af behov for rehabilitering i borgerens kræftforløb. Som afslutning på min teoretiserende analyse søger jeg at fremstille elementer til en model som en typificering af de professionelle refleksions- og beslutningsproces i udfoldelsen af det faglige skøn; elementer, der søger at indfange kendetegn ved såvel forløbet som indholdet af refleksions- og beslutningsprocessen.

Det empiriske grundlag for denne tematiske analyse omfatter især data fra *Trin 3* af min datagenereringsproces med individuelle og fokusgruppeinterviews. Desuden inddrager jeg data fra processens *Trin 2* i form af tekster fra case note review-processen.

8.1 Teoretiske perspektiver på refleksion som proces

I en praksis præget af omfattende, komplekse, flertydige og foranderlige problemstillinger, der tilmed sjældent rummer muligheder for lineære løsninger, stilles de professionelle aktører over for krav om at kunne reflektere *i* og *over* situationen, informatio-

nerne og handlemuligheder. Refleksioner, der kan lede frem til en forståelse af situationen og guide aktøren frem mod en beslutning om at handle i den konkrete situation.

I et hermeneutisk-fænomenologisk perspektiv kan refleksioner og beslutninger betragtes som anvendelse af intersubjektive erfaringer og fortolkninger, baseret på tidligere og overleverede erfaringer som referenceramme ifa. 'forhåndværende viden'. I den biografiske situation de professionelle befinder sig i, inden for rammerne af en organisatorisk enhed, er der et 'forhåndværende formål' med udfoldelse af faglige skøn som tænkning og praktisk aktivitet. Sagt med andre ord, så har udfoldelsen af faglige skøn, som enhver anden handling i hverdagens praksis, en intention, hensigt eller et formål - her at bedømme en borgers behov for rehabilitering i et kræftforløb. Det forhåndværende formål bliver her afgørende for den professionelle måde at konstruere typikaliteter i det faglige skøn på, således som jeg også har vist i min foregående analyse af institutionelle klassifikationsprocesser. Schutz siger om denne formålsrettethed i menneskers common sense-tænkningen, at *"Det er dette forhåndværende formål, der afgør, hvilke elementer der er relevante for formålet blandt alle de mange andre elementer, en sådan situation indeholder. Dette relevanssystem bestemmer så igen, hvilke elementer der skal udgøre et grundlag af generaliserende typificeringer, hvilke træk ved disse elementer der skal udvælges som typiske, og hvilke der skal udvælges som unikke og individuelle, det vil sige hvor dybt vi skal trænge ind i typikalitetens åbne horisont"* (Schutz, 2005:30-31). De professionelle vil i dette perspektiv blive guidet i sine refleksioner og beslutninger i skønnet af opgavens forhåndværende formål og relevansen af elementer i den konkrete vurderingssituation. En relevansbestemmelse, der siger noget om, hvad der bør undersøges, hvad der kan tages for givet (Schutz, 2005: 68) og hvor bredt og individuelt typikaliteten i borgerens situation og vanskeligheder skal bestemmes.

I et interaktionistisk perspektiv optræder refleksion, således som jeg har fremstillet det i afsn. 3.2 om Niklas Luhmanns systemteoretiske perspektiv, i forbindelse med bevidsthedssystemer, organisationssystemer, interaktionssystemers selvreference (Luhmann, 2000:184-185). Refleksion set i forhold til psykiske - eller bevidsthedssystemers auto-poiese består i den *"[...] selvreferentielle reproduktions lukkethed [...] hvor en forestilling producerer den næste, og hvor den kun er en forestilling, når den gør det."* Bevidsthedsoperationerne kontrollerer sig selv og frembringer information gennem sine berøringsflader med omverden (Luhmann, 2000:311-312). På den anden side drejer refleksion sig om *"[...] en særlig måde, hvorpå systemer kan forholde sig til sig selv. Det er en særlig problemorienteret iagttagelse, hvor kriterierne for egen måde at fungere på gøres til genstand for iagttagelse, dvs. selviagttagelse. [...] En refleksionsteori handler således om systemets problemhorisont og de forståelser og forklaringer, der anses som virkningsfulde i og for systemet"* (Hagen i; Nissen, 2010: 36). I Luhmanns forståelse af refleksion ser der ud til dels at ligge en opfattelse af, at aktører som bevidsthedssystemer for det første **1)** er i stand til selv at frembringe nye forestillinger og tanker i refleksioner i praksis, for det andet **2)** er i stand til at reflektere *over* forestillinger og tanker, der måske allerede har fundet sted som udfoldelse af handlinger i konkrete praktiske situationer.

Refleksion rummer således et perspektiv og en tilgang til at kvalificere den handling og læring, som finder sted i praksis - her som udfoldelse af det professionelle faglige skøn. Ligeledes åbner kommunikationen og evnen til refleksion for den professionelles og organisationens selvreference med forståelse af de måder, hvorpå professionelle og organisationen reflekterer på i praksis som kritisk selvrefleksion.

Denne evne til refleksion har tillige et potentiale for situeret læring i praksis (Lave & Wenger, 2010); et aspekt, som jeg vil belyse nærmere i det efterfølgende kap. 9 om *dannelsen af det faglige skøn som kompetence*. Donald Schön har i sin bog om *Den reflekterende praktiker* fra 1983(2002) ydet et bidrag til at forstå, hvorledes praktikere reflekterer-i-handling, dvs. direkte i den situation, hvor der handles. Dette sker her gennem en kompleks kombination af viden, erfaring og intuition. Praktikere er endvidere i stand til at foretage refleksion-over-handling, hvor der udfoldes overvejelser over den proces, hvori handlingen har fundet sted, samt konsekvenserne af den gennemførte handling (Schön, 2004:116-146). Disse former for tilgange i refleksionsprocessen vil blive udfoldet yderligere i mine efterfølgende analyser.

I denne analyse af refleksions- og beslutningsprocessen i de professionelles udfoldelse af det faglige skøn inddrages endvidere en række substantielle teorier, der hver især belyser specifikke aspekter omkring dette tema. Det drejer sig her om teorier om *læring, kompetenceudvikling og måder, hvorpå praktikere tænker, når de arbejder*.

8.2 Organisationen som beslutningssystem

Socialt arbejde, såvel som sundhedsfagligt arbejde og alt anden fagligt arbejde, rummer og kræver beslutninger. Taylor (2010) definerer en beslutning (decision) som "[...] *the selection of a course of action as a result of a deliberate process by one or more people*". Beslutninger sker her på baggrund af socialarbejderens udfoldelse af en 'assessmentproces' med udfoldelse af en videnbaseret dømmekraft (Taylor 2010:10). I organisationsteorien defineres en beslutning som "[...] *et valg mellem forskellige alternativer, hvor valget indebærer en forpligtigelse til handling*" (Jacobsen & Thorsvik 2008:268-269). Handlingsaspektet referer her til, at beslutningen forventes at blive fulgt op med praktiske eller andre former for tiltag for at føre intentionerne i beslutningen ud i livet.

I en borgerservicerende organisation er det sundheds- og socialfaglige arbejde i særlig grad kendetegnet ved *relationer* og relationelt præget arbejde mellem borgeren og den professionelle. I dette arbejde optræder beslutninger ofte som konkrete handlinger frem for formelle og eksplicitte beslutninger. Om forholdet mellem handling og beslutning i et selvreferentielt organisationssystem siger Luhmann (2000), at "[...] *at kommunikation ikke kan iagttages direkte, man kan kun slutte sig til den. For at blive iagttaget eller for at kunne iagttage sig selv, må et kommunikationssystem derfor 'flage med', at det er et handlingssystem*" (Luhmann, 2000:206). Betydningen heraf er, at selv om professionelle overvejende virker

igennem handling i et relationelt samspil med borgeren, ja så vil det være muligt at slutte sig til implicite og underliggende beslutninger som udtryk for organisationens operative kommunikation. I den retlige forvaltningsvirksomhed, hvor der træffes formelle afgørelser i form af skriftlige bevillinger versus afslag på ansøgning om hjælp til rehabilitering, træder resultaterne af en beslutning imidlertid direkte og synligt frem som sprogliggjorte kommunikationer, herunder mere eller mindre synliggjorte præmisser eller begrundelser for beslutningen.

Et af de centrale kendetegn ved organisationer er, som jeg har belyst i afsn. 3.2 om Luhmanns systemteoretiske perspektiv, at organisationen har karakter af et *beslutningssystem*. I det systemteoretiske perspektiv har beslutninger form af kommunikationer, der kobler sig til tidligere kommunikationer og dermed gør nogle beslutninger mere sandsynlige, medens andre kommunikationer af beslutninger eksisterer som potentielle, men måske ikke så sandsynlige (Luhmann, 2000: 240, 248, 343, 345; Tække & Paulsen, 2008: 11-36). Luhmann taler selv om en beslutning "[...] når og for så vidt den mening, en handling gives, reagerer på en forventning, der er rettet mod denne handling" (Luhmann, 2000:346). Det betyder i praksis, at beslutninger er handlinger, der er rettet mod at aktualisere en forventning, der er mulig men ikke ubetinget nødvendig at realisere, hvorfor beslutninger altid først lader sig bestemme bagud.

Thyssen (2000) sammenfatter et systemteoretisk inspireret perspektiv på organisationen som beslutningssystem kendetegnet ved

- at en organisation er et netværk af beslutninger, som skaber nye beslutninger i et netværk af tidligere beslutninger
- organisationen er skabt af organisationen selv og må kunne afgrænse sig i forhold til sin omverden, hvorfor den må kunne iagttage og bearbejde informationer (perception, hukommelse, informationsbearbejdning); "*For at en organisation kan beslutte, må den kunne skelne mellem sig selv og sin omverden*" (Thyssen, 2000:75)
- beslutninger er fravalg af muligheder; derfor sker der til- og fravalg af muligheder
- beslutninger rummer usikkerhed og risici ifa. *kontingens*, der forvandles eller lukkes i beslutningen og rummer risici i forhold til hvad, der følger efter beslutningen
- en beslutning er en hændelse, der finder sted på et bestemt tidspunkt, hvorefter den styrer adfærden i form af handlinger og nye beslutninger
- at aktører i en organisation kan ikke undgå at træffe beslutninger; ikke-beslutning er også en handlingsrettet beslutning. Derfor kan man også sige, at "*Vi ved, hvad vi har besluttet, når vi ser, hvad vi gør*" (Thyssen, 2000:74).
- en organisation kan ikke iagttage mennesker men konstruerer sin egen realitet, og tester denne i forhold til informationer om resultater af beslutninger
- beslutninger er valg, der kræver struktur, hvorfor der må være noget at vælge imellem og noget, der vælges

- beslutninger kædes sammen med andre beslutninger i *tid* og i *rum* ved at forbinde sig med eller ophæve tidligere beslutninger og kædes sammen med beslutninger i andre dele af organisationen (Thyssen, 2000:72-76).

Det grundlag, som beslutninger i en organisation hviler på og rummer, er kendetegnet ved usikkerhed og konflikter mellem muligheder og hensyn, ligesom konflikter kan blokere for beslutninger. Endvidere er det kendetegnende for beslutninger, at når ting gentager sig, kan beslutninger træffes med *rutine* og *regler*. Moderne organisationer er derimod ikke maskiner, hvorfor beslutninger ikke blot kan automatiseres.

Før beslutningen træffes, skal også beslutningsgrundlaget besluttes - fx hvilke kriterier, der er relevante og dermed hvilke beslutninger, der er *gode* og hvilke, der er *dårlige* beslutninger (Thyssen, 2000:82-83).

8.3 De professionelles refleksioner og beslutninger i udfoldelsen af faglige skøn

Et af de mest sigende billeder på den proces, som professionelle udfoldelser ifm. faglige skøn som common sense-tænkning med typificering af refleksions- og beslutningsprocessen, er et billede af skønnet som et *puslespil*, beskrevet af en af informanterne i Sygedagpengeafdelingen.

"Jeg tænker, at det faglige skøn er ligesom et puslespil. Man skal danne et billede, et billede af en borger. Og for at danne det billede, så skal jeg have fakta. Fakta er de oplysninger, man har på sagen, både det lægelige, arbejdsevne og arbejdsbegrænsninger - alle de ting man har. Og der sætter man det første 'hak'. Og så kommer borgeren. Det er den anden vigtigste del; hvad er det borgeren selv oplever, hvad er det borgeren selv synes om de ting, som foreligger i sagen? Hvad er det borgeren selv synes om sygdommen, om det arbejdsmarkedsrettede perspektiv, om familieliv, om alt andet? Hvis man er i tvivl, kan det godt være, man har brug for en teamdrøftelse eller andre øjne på sagen.

Og når man har det, ja, så har man også det, man har med i sin bagage, den uddannelsesmæssige baggrund, den erfaringsmæssige baggrund, den personlige baggrund, oplevelsesmæssige baggrund; hvad er det, man har oplevet i sit liv, og hvad for nogen erfaringer man har med sig? Og så sætter man de ting på plads."

F: Som et puslespil? I: " Som et puslespil... . Så har man dannet et puslespil."

F: Og så bliver der dannet et billede efterhånden? I: "Ja, efterhånden! Hvad er det egentlig, der sker i sagen? Hvad er det, der gerne skulle ske i sagen? Selvfølgelig er der også rammerne, dem kan man aldrig glemme. De væver sig hele tiden ovenpå. De er der hele tiden. Så det synes jeg, for mig ser det faglige skøn ud på den måde. For jeg kan ikke se, jeg kan se et stykke papir her med mit faglige skøn! Kun når jeg skriver, at pågældende er be-

rettiget til sygedagpenge på baggrund af de og de oplysninger og det, som borgeren har sagt - og det har man så vurderet, der skønnes der er et eller andet" (Inform. SDP.).

I dette citat træder der en fortælling frem om, at processen i det faglige skøn består i en *bestemmelse* af borgerens situation og vanskeligheder gennem de oplysninger, som borgeren og andre samarbejdspartnere redegør for over for sagsbehandleren. Ud fra disse oplysninger foretages der en *refleksion* over de oplysninger, som sagsbehandleren er i besiddelse af, baseret på sagsbehandlerens intersubjektive viden fra uddannelse, personlige livserfaringer og praksiserfaringer. En refleksion, der fører frem til en *konstruktion* eller typificering af borgeren som 'problemidentitet' med egenskaber, der kan rummes inden for organisationens rammer for hjælp set i forhold til uarbejdsdygtighed som iagttagelsepunkt. En konstruktion eller form for problemidentifikation, der leder frem til en *beslutning* i form af en afgørelse om ret eller uret til sygedagpenge. Citatet peger også på, hvorledes forskellige dannelsesformer⁶⁵ er med til at karakterisere sagsbehandleren som *reflekterende praktiker* gennem den indflydelse, den enkelte 'har med i sin bagage' i virksomheden som sygedagpengemedarbejder.

Et af de overordnede aspekter, der træder frem i informanternes mange italesættelser af det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces, er karakteren af de forskellige praksissituationer, hvori der udfoldes faglige skøn. Her er der tale om situationer parallelt til Ellström (1996), der taler om fire niveauer af handlinger i praksis: *rutinebaserede* -, *regelbaserede* -, *kundskabsbaserede* - og *refleksive handlinger* (Ellström, 1996:157).

De *rutineprægede* praksissituationer viser sig særligt i de situationer, hvor borgerens vanskeligheder har en begrænset kompleksitet og hvor medarbejderens handleberedskab er fuldt ud tilstrækkelig til at kunne handle umiddelbart i situationen:

"Nogen, tænker jeg, de er jo simpelthen så lige til, at det er bare sådan, at 'de skal have den hjælp'. Andre gange har man behov for lige at lade det ligge lidt og så komme tilbage og måske lige vende det med nogle kollegaer, og sådan reflektere lidt" (Inform. Vis.).

"God ide at vi doserede den faste medicin, selv om det ikke var meget. Der blev specielt taget vare om morgenmedicinen. Det var vigtigt, at der blev givet Prednisolon. Borgeren syntes også, det var fint" (Inform. Hjspl.).

Citatet ovenfor viser, at det først er når der er truffet en beslutning, at skønnet er foretaget og beslutningen lukker skønnet, således som Thyssen beskriver ovenfor.

Når der tales om udfoldelse af *regelprægede* vurderings- eller praksissituationer, kan det være såvel i forhold til anvendelse af lovgivning, kvalitetsstandarder og anvendelse af faglige kriterier:

"Den lovmæssige ramme giver os ikke så mange muligheder for, at vi handler per intuition. Vi har hele tiden den der tanke: 'Hvad er det egentlig, der sker med borgeren, hvis vi

⁶⁵ Dette aspekt om dannelsesformer udfoldes yderligere i den efterfølgende tematiske analyse i kap. 9 om *dannelse af det faglige skøn som kompetence*.

gør det eller ikke gør det og det?'. Og nogen gange, så siger vi: 'Hun har måske brug for noget andet?', men rammen, jeg kan ikke gøre det anderledes, fordi rammen er sådan, som den er. Så jeg synes den første fase, den er mere systematisk end den anden, fordi man også vælger ud fra den erfaring, man har" (Inform. SDP).

"Jamen, jeg handler jo på, at vi i forhold til de kvalitetsstandarder vi har ... der er det jo beskrevet meget nøje, hvad der skal til, og i hvilken grad den enkeltes handicap eller sygdom skal være for, at det kan udløse en bestemt form for hjælp. Og det er klart, at det er selve den base, jeg træffer min afgørelse ud fra" (Inform. Vis.).

Regelbaserede faglige skøn er således en tilgang, der benyttes uanset, om der er tale om retlig eller etisk forvaltningsvirksomhed. For nogle medarbejdere kommer rammer som lovgivningen og kvalitetsstandarder til at spille en afgørende rolle i udfoldelsen af faglige skøn.

Når situationens karakter bliver uforudsigelig med stor kompleksitet og dermed vanskelig at handle på ud fra mere standardiserede løsningsmuligheder er der tale om mere *kundskabsprægede* praksissituationer. Situationer, hvor den professionelle i udfoldelsen af sit faglige skøn må inddrage et reservoir af forskellige videnformer for at kunne komme frem til et kvalitetsfuldt fagligt skøn, såvel set fra borgerens oplevelse af situationen, genkendelse af fremstillingen og dermed accept af den professionelle faglige fortolkning af situationen:

"Det, der gør vores sager mere komplekse er, at det kan være langstrakte sagsforløb. Det er jo ikke sager, hvor du bare kan sige 'Jamen, du er berettiget til rengøring'. Der er jo mange forskellige ydelser, altså hjælpemidler, mange forskellige hjælpemidler inden for kørestole, så du skal have en bred viden inden for, hvad er det så for hjælpemidler, der passer til den her borger. Men det er jo så først, når jeg har truffet afgørelsen, at der er tale om et skøn: 'Er det en væsentlig lettelse?', 'Vil det afhjælpe den nedsatte funktionsevne i væsentlig grad?'" (Inform. Vis.).

"Borgeren har tiltagende smerter og har selv, sammen med døtrene administreret medicinen, hvorfor hun ønsker at forsætte med dette. Jeg tænker dog, om en dybere snak og vejledning om smertebehandling kunne have hjulpet borgeren bedre. Først da borgeren starter med smertepaster, iværksat af sygeplejerske i samarbejde med lægen, begynder smertebehandlingen at være optimal. Igen har borgeren og familien her et ønske om at have medindflydelse og ansvar i sygdomsforløbet" (Inform. Hj.spl.).

I det første citat fra den sagsbehandlende terapeut i *Visitationenheden* fremgår det sidst i citatet, at der først er tale om et skøn, når der er truffet en afgørelse. Dette aspekt tydeliggør det teoretiske element i min fremstilling af organisationen som beslutningssystem i det foregående afsnit 8.2 om at *"Vi ved, hvad vi har besluttet, når vi ser, hvad vi gør"* (Thyssen, 2000:74).

Endelig opstår der *formålsprægede situationer* i vurderingsarbejdet, hvor den enkelte professionelle eller teamet udfolder *kritisk selvrefleksion* over egen og organisationens

praksis for vurdering af borgerens situation og behov for hjælp, herunder udfoldelse af faglige skøn:

"Jeg har ikke den tid til at gå så deltaljeret ind i de ting, som jeg nogen gange synes kunne være gavnlige. Jeg synes lidt tankegangen i vores væsen er, at man bare går ind, og gør det og så ... [...] Vi har det problem, at vi skal have en løsning nu! Og det synes jeg godt kan være lidt besværligt, for det giver ikke et råderum til så mange andre løsninger" (Inform. Vis.).

"Ja, det skal være helt nede i ... det kan være en, der er i et behandlingsforløb. Jamen er der ingen gode dage i det forløb? Altså det her system, det kræver og kræver. Det havde været bedre at sige, at det her behandlingsforløb, ved man, er ret hårdt og de par dage, der kan være ind imellem behandlingerne, der kan være gode, så fred være med det. Vi tager sagen frem igen om tre måneder. Nej, sådan er det ikke i dag, når det skal være rigtigt" (Inform. SDP.).

"I forhold til det lægelige om borgerens sindstilstand kunne vi ikke have gjort andet for at undgå den efterflg. psykiatriske indlæggelse. Havde jeg uden hendes billigelse alligevel kontaktet egen læge, havde jeg overskredet mine rettigheder som professionel, da hun ikke var til fare for sig selv. Havde jeg presset borgeren yderligere, havde jeg mistet hendes tillid og fortabt muligheden for senere at kunne støtte hende.

Jeg kunne have spurgt mere ind til, hvordan hun klarede at holde huset derhjemme, - og måske af den vej fået et billede af, hvor langt hun faktisk var på vej ned i en depression" (Inform. Rehab.).

I det daglige vurderingsarbejde udfolder de professionelle mange refleksioner, såvel rettet mod egen praksis i konkrete vurderingssituationer sammen med borgeren således, som citaterne fra *Rehabiliteringsenheden* peger på, som i forhold til organisationen eller det system den professionelle virker inden for. Refleksioner, der handler om organisationens mulighedsbetingelser og konsekvenserne heraf for såvel den professionelle selv i udfoldelsen af skønnet som konsekvenserne heraf for borgeren.

Disse fire former for *typificerede praksissituationer* med hver deres *foreliggende formål* er med til at fastligge, hvad der er relevant at inddrage af elementer (oplysninger, indtryk og observationer) i den refleksions- og beslutningsproces, der efterfølgende udfoldes af de professionelle. Formål, der fx handler om at kunne handle hurtigt og enkelt i rutineprægede situationer eller kundskabsbaseret i komplekse og måske ukendte situationer.

I det efterfølgende vil jeg udfolde elementer i en proces omhandlende de professionelle måder at reflektere på i de praksissituationer, som jeg har fremstillet ovenfor. En proces, der leder frem til beslutninger koblet til de fire former for praksissituationer, som jeg netop har redegjort for. For flere af elementerne i denne refleksions- og beslutningsproces og den efterfølgende udvikling af en idealtypisk model af refleksions- og beslutningsprocessen trækker jeg på resultater fra undersøgelsens øvrige tematiske analyser.

Det første element i de professionelle refleksions- og beslutningsproces i det faglige skøn ser ud til at bestå i en *bestemmelse* og *analyse* af de oplysninger og informationer

(data), der kan medvirke til en oplysning af sagen ifa. retsfakta for myndighedsfunktionen og beskrivelse, kortlægning eller udredning af situationen for professionelle i en udførerposition. Her taler en informant i *Sygedagpengeafdelingen* om, at

"... Jeg kunne se ... har også et billede [...] derfor et tilgrundliggende billede af en person ... Jeg hørte også [...] anledning til at tænke anderledes [...] Kunne se [...] Jeg erindrede [...] fandt jeg ikke frem til [...] inddrages fagligt skøn lige, når man har modtaget sag, og har læst sagen. [...] Når der vurderes, at der er behov for lægelige oplysninger, for at kunne vurdere om pgl. kan deltage i aktivt tilbud eller ej, er min opfattelse, at jeg som sagsbehandler læner sig til den erfaring, jeg har med lignende sager, og det jeg kan forvente i sags forløb. [...] i den kontakt man har med borger, hvor man læner sig til den viden om selve sygdommen samt de bivirkninger pgl. kan have, hvor man som sagsbehandler forsøger at sætte sig i pgl. situation og møde pgl., der hvor pgl. er. [...] skøn, hvor man vurderer, at pgl. pga. bivirkninger samt selve sygdommen ikke er i stand til at møde til en individuel samtale [...]" (Inform.-SDP).

I dette citat ser der ud til at indgå aspekter, der dels relaterer sig til medarbejderens erkendelses- og refleksionsproces, dels videnformer og formål med udfoldelsen af skønnet samt aspekter af baggrunden for den måde, som medarbejderen skønner på i forhold til borgerens situation.

I et andet eksempel fra *Rehabiliteringsenheden* kommer refleksionsprocessen til syne i en fortælling fra en af de trænende fysioterapeuter, der siger noget om, hvorledes medarbejderen ræsonnerer i en praksissituation, domineret af sundhedsfaglige kundskaber som baggrund for skønnet:

"Jamen, der ræsonnerer jeg ud fra de kurser, jeg har været på, fra min grunduddannelse, fra de ting jeg har lært, fra de ting jeg har fundet ud af virker på den her slags problemer. Der er det min rå faglighed, kan man sige, der kommer ind og taler der. Det er ikke så meget personen - der er det mere rent fysisk "Hvordan fungerer det her led, og hvordan fungerer den her muskel, og hvordan er huden, når den er sådan og sådan?". Der er det sådan mere den reelle faglighed, der går ind og taler der. Det er jo så erfaring, grundfysioterapeutuddannelsen og så alle de kurser, jeg har været på og sparring med mine kollegaer, som jeg også har haft og undervist i forskellige behandlingsteknikker og tiltag. Så det er det, der sker undervejs.

Og så er det klart, at så gør jeg mig nogen tanker, mens jeg sidder med armen i hånden eller benet, eller hvad det nu kan være i hånden, og gør mig nogen tanker der. Så kan jeg prøve nogen ting af, fordi det gør jeg også sommetider den første gang - går ind og undersøger og afprøver nogen behandlingsgreb, for lige at se "Giver det her noget? Øger det bevægeligheden, eller nedsætter det smerten?". Og når jeg så har gjort det og sendt vedkommende hjem - jamen, så går jeg selvfølgelig også i tænkeboks og tænker over "Hvad vil være hensigtsmæssigt, at gøre i den her situation? Hvilke behandlingsgreb kender jeg, der er gode her? Hvilke teknikker har jeg?" - det går jeg så ind og tænker lidt over og lægger så en lille plan til næste gang, jeg skal møde vedkommende. Sådan at jeg har en plan, når

vedkommende kommer; så skal vi i gang med nogen træningsredskaber, vi skal lige prøve de her tre behandlingsgreb, fordi de plejer at være gode til det her ... Og så kan det jo godt være, at jeg så arbejder med nogen ting i et stykke tid og synes, at det måske giver gode resultater i starten - og så lige pludselig, så går det i stå, og jeg tænker "Hvad gør jeg så?". Så prøver jeg nogen andre greb, og så virker det måske heller ikke. Nu snakker jeg med mine kollegaer: "Jeg har en sådan og sådan problematik, kan du ikke komme med ind og se med? Eller har du nogen råd til det?" Der er vi super gode til at bruge hinanden, og vi er jo 12 fysioterapeuter, så det er en rigtig god sparringsbaggrund, vi har. Og så ved vi, der er nogen, der er gode til skulder, nogen er gode til ryg og nogen er gode til knæ, men alle kan stort set det hele, så vi udnytter hinanden meget. Så det er det der med at udtømme mine egne kilder først, mine egne redskaber eller værktøjskasse først og så tage fat i andre bagefter, hvis der er noget, der mangler" (Inform.-Rehab.).

I denne situation er der tale om det grundlag, hvorpå de faglige refleksioner bygger ifa. uddannelse og selvdannelse, og hvorledes praksissituationerne tillige bliver afsæt for yderligere læring gennem deltagelse i et nært og forpligtende praksisfællesskab som medlem af et team af fysioterapeuter, der arbejder, samarbejder og lærer på samme måde som Lave & Wenger (2010) taler om i deres teori om situeret læring. Den enkelte professionelle er her en praktiker, som fra engang at være nyankommen er ved at blive veteran, hvis skiftende viden, færdigheder og diskurs er en del af en identitet i løbende udvikling. En udvikling, hvor transformationen til veteran umærkeligt integreres i praksis (Lave & Wenger, 2010:102), hvorved man kan tale om en omdannelse i praksis, således som jeg vil redegøre for i analysen i kap. 9 om *det faglige skøns dannelse som kompetence*.

Der er i fortællingen ovenfor ikke alene tale om, at den professionelle foretager en bestemmelse eller kortlægning af borgerens vanskeligheder relateret til kroppen. Situationen rummer endvidere en **konstruerende**, diagnosticerende og typificerende klassifikation af borgerens problemer eller vanskeligheder, hvilket kommer til at fungere som afsæt eller guide for flere **beslutninger** om konkrete trænings- og behandlingsindsatser. En konstruerende tilgang, der iflg. såvel Schutz (2005) og Berger & Luckmann (2002) er kendetegnende for den måde, hvorpå mennesker i hverdagens praksis fortolker, skaber forståelse og handler på i en kompleks social praksis.

Den refleksionsproces, der fører frem til forslag og valg af en given rehabiliteringsindsats kan også afspejle, hvorledes borgerperspektivet inddrages i forhold til behov og udbytte af indsatsen tænkes ind i forløbet:

"Dette resultere i manglende evne til at kunne håndtere/udføre faste daglige hjemmeøvelser. Dette skønnes at svække borgerens muligheder for at opnå maksimale resultater mht. bevægelighed og velvære i højre arm. Det skønnes derfor vigtigt, at der i borgerens træning tænkes i aktiviteter i dagligdagen, i træning efter et program i centeret, hvor borgeren fast kommer hjemmefra, samt at borgeren efter endt genoptræning skal bibeholde fast ugentlig træning i andet regi.

Ovenstående vil ligeledes være handlinger, der understøtter borgerens store behov for hjælp til at komme ud blandt mennesker. Borgeren magter ikke selv at kontakte, men indirekte kan træningen opfylde noget af dette basale behov" (Inform. Rehab.).

I et forløb mellem en borger og rehabiliteringsenhedens forløbskoordinator viser refleksioner i og over situationen, hvorledes viden og praksiserfaringer inddrages i behovsvurderingen og valget af handling:

"I borgerens egen fortælling om sit hidtidige og aktuelle liv blev det klart for mig, at borgeren fysisk havde det dårligere, end hun gav udtryk for. Borgeren ville gerne vise, at hun havde det bedre, end hun havde. Jeg fik stadig indtryk af en kvinde, der ikke gerne vil bede om hjælp, ikke ville ligge nogen til last. Borgerens tillid og tro til jeg kan hjælpe, den voksede under samtalen.

Selv om borgeren er berettiget til førtidspension, gør jeg mig overvejelser, hvad hun økonomisk er bedst stillet med, da hun ikke har opholdt sig længe nok i Danmark til at få fuld førtidspension. P.g.a. hendes alvorlige helbredstilstand, er det muligt at fastholde hende på sygedagpenge, hvad hun økonomisk også er bedst stillet med.

I samtalen får jeg et kendskab til, hvordan familien fungerer indbyrdes, og det afdækker endnu en side af, hvilken støtte borgeren kan få brug for, da der ikke synes at være støtte hjemmefra.

Jeg gør mig overvejelser om det misforhold, der er mellem det, ægtefællen kan hjælpe med, og det krav borgeren har til, hvordan der skal se ud derhjemme. Jeg vælger at tale åbent med familien om de forskellige forventninger, jeg ser, de har til hjemmet. Det valg gør jeg for at hjemmeforholdene ikke skal belaste borgeren yderligere" (Inform. Rehab.enheden).

Den forudgående bestemmelse eller generering af oplysninger og informationer til op- eller belysning af borgerens situation og vanskeligheder, analysen af disse oplysninger og konstruktion af borgeren som problemidentitet med en bestemt profil af behov for støtte og hjælp til rehabilitering har den betydning, at den medvirker til at kvalificere den professionelle beslutninger af handlinger i det konkrete tilfælde.

Det faglige skøn har således som endemål at kunne træffe en **beslutning** som myndighed eller som udfører af konkrete rehabiliterende indsatser. Beslutninger finder grundlæggende sted som en handling fra en aktør i den borgerservicerende organisation. En handling der har en kommunikativ, relationel eller fysisk karakter udfoldet af en professionel i samspil med borgeren i og inden for den borgerservicerende organisations mulighedsbetingelser. Dermed kommer såvel den professionelle som organisationen til at optræde som et beslutningssystem, kendetegnet af mekanismer, som jeg har redegjort for i afsnit 8.2.

Beslutninger kobler sig til de former for typificerede praksissituationer, som jeg indledningsvist har analyseret og redegjort for i dette afsnit. Det gør de fordi beslutninger i Luhmanns perspektiv (Luhmann, 2000:345-349) kommunikerer med andre beslutninger, hvorved nogle beslutninger bliver mere sandsynlige, mens andre bliver mere usandsynlige. Dermed bliver der tale om beslutninger som *rutineprægede handlinger, regelprægede*

handlinger, kundskabsbaserede handlinger og formålsrettede handlinger. Flere af disse handlingsformer træder frem i flere af de refererede fortællinger om andre aspekter af refleksions- og beslutningsprocessen, hvorfor der her kun gives enkelte yderligere eksempler på italesættelser af de forskellige former for beslutningskommunikation.

Kendetegnende for de rutineprægede situationer er *rutineprægede handlinger* med analogisk tænkning:

"Jeg tænker, at alle de faglige skøn vi foretager i vores hoveder, det vi ikke har sagt er faktisk baseret på den viden, den grundlæggende viden vi har om borgere og om sagsforløb - om de lignende sager og de oplysninger og viden, vi har i forbindelse med selve sygdommen, processen, erfaringer og også den der sjette sans, hvor vi ser på borgeren, deres kompetencer og ressourcer. Der er forskel på at få en kvinde, der er husassistent og en, der kommer fra ordinært arbejdsmarked med uddannelse tilbage. Der er så mange faktorer"
(Inform. SDP).

Denne måde at tænke og handle på kan være vanskelig at skelne fra den form, hvor en kundskabsbaseret beslutnings- eller handlingsform hos professionelle som kyndige udøvere eller ekspert præget af intuition er blevet dominerende i praksis (jf. Dryfus & Dryfus 1991), hvilket citatet ovenfor også indikerer. Omvendt kan der også være en risiko for, at den professionelle i for høj grad lader sig lede af eller *til 'rutiniserede' handlinger* i situationer, hvor mere kundskabsbaserede aspekter burde være inddraget.

De *regelprægede handlinger* med en høj grad af programmering er belyst indgående i min tematiske analyse af *institutionelle klassifikationsprocesser* i kap. 10, men grundlæggende kan det siges, at

"Den består i det, at man sætter tingene i kasser, hvis man kan sige det på den måde. [...] Den lovmæssige ramme giver os ikke så mange muligheder for, at vi handler per intuition, fordi vi hele tiden har loven" (Inform. SDP).

Men der kan også være tale om handlinger, der på udførerniveauet programmeres eller standardiseres via fx kliniske retningslinjer for undersøgelse af skulder- eller hofteproblemer. Fortolknings- og handlerummet ser imidlertid ud til at være eller blive forvaltet meget forskelligt i de afdelinger, som denne undersøgelse omhandler, hvilket er dokumenteret igennem mine tematiske analyser i kap. 6, 7 og 10 om retsanvendelse, institutionelle klassifikationsprocesser og mulighedsbetingelser.

Eksempler på kundskabsbaserede *individualiserede handlinger* eller beslutninger samt *kritisk selvrefleksion* er belyst i nogle af mine empiriske bidrag tidligere i dette afsnit, hvorfor denne handlingsform ikke udfoldes yderligere her.

I analysen af de professionelle refleksions- og beslutningsproces ser det ikke ud til, at borgerens situation med et indgribende og langvarigt kræftforløb har specifik betydning for rækken af elementer i refleksions- og beslutningsprocessen i det faglige skøn, hvorfor processen fremstår i en generaliseret form. En form der efterfølgende kan typificeres som model for professionelle refleksioner og beslutninger i det faglige skøn.

8.4 Professionelles refleksioner og beslutninger; en model

Ud fra ovenstående analyser mener jeg at kunne identificere en række hovedtrin og underliggende elementer i de professionelle måder at reflektere og træffe beslutninger på i vurderinger indeholdende et betydeligt element af faglige skøn. Trin og elementer, der samlet set, kan danne afsæt for det som Schutz (2010) og Berger & Luckmann (2002) benævner som en typificering med konstruktion af en idealtypisk model af *refleksions- og beslutningsprocessen* i de professionelle tænkning og handlinger i udfoldelsen af faglige skøn.

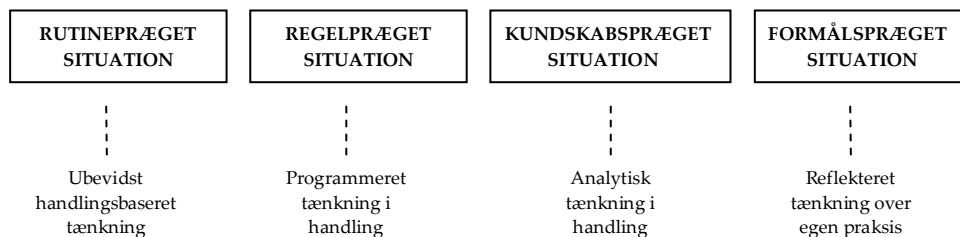
En sådan idealtypisk model skal kunne indfange og rumme tre hovedaspekter: **1)** borgers situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft som *praksissituation*, **2)** det faglige skøn som *refleksionsproces* og **3)** handling ifa. en afgørelse om hjælp og støtte eller iværksættelse af en konkret indsats som *beslutning* på udførerniveauet. Endvidere skal den kunne opfylde de krav til samfundsvidenskabelige konstruktioner af tankegenstande, som Schutz argumenterer for i sin hverdagssociologi, bl.a. om genkendelighed eller forståelighed for aktørerne i den undersøgte praksis (Schutz, 2010:72-73).

1. Praksissituationer

Inspireret af Ellström (1996:157-161) vil **praksissituationer** omkring vurderinger af en borgers situation, gener og vanskeligheder i hverdagslivet i et kræftforløb kunne klassificeres eller typificeres ud fra, om der er tale om **1) rutineprægede situationer**, **2) regelprægede situationer**, **3) kundskabsbaserede situationer** og reflekteret handling og **4) formålsprægede situationer**.

I fig. 8.1 nedenfor er de fire former for praksissituationer illustreret sammen med kendetegn for den tænkning, der udfolder sig i det professionelle faglige skøn ved vurdering af borgeres behov for rehabilitering i et kræftforløb.

Fig. 8.1: Praksissituation, der fordrer professionel handling baseret på et fagligt skøn



1. Rutineprægede situationer

Rutineprægede vurderinger og skøn udfoldes uden eller med begrænset medvirken af bevidsthedens kontrol. De kundskaber, hvorpå det 'rutiniserede' faglige skøn er bygget formuleres ikke verbalt, hvorved der bliver tale om implicit eller *tavs* kundskab. Eksempler på denne type vurderinger/skøn kan fx ses ved bevilling af en badebænk, hvor borgeren tydeligvis ikke kan stå selv i badet; vurdering af behov for indhentning af lægestatus fra den behandlende hospitalsafdeling; information af borgeren om tilbud om træning i træningscenter.

Kendetegnende for denne type af vurderinger er, at de udføres uden større kognitive anstrengelser, hvorfor den mentale belastning i tid og forbrug af mentale ressourcer er meget begrænset. Dermed frigøres der mentale ressourcer til andre og mere krævende vurderingsopgaver. Formen for handling i denne type af situationer kendetegnes ved *reproduktiv* handling forstået som samme vurderinger i samme situationer.

2. Regelprægede situationer

I regelprægede situationer må den professionelle inddrage mere eller mindre klare regler eller algoritmer af handleregler formuleret i lovgivningen, politisk fastsatte kvalitetsstandarder eller kriteriebaserede faglige standarder (kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer) som redskaber i programmering af vurderingsprocessen. Eksemplerne er her vurderinger i *Visitationenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*, hvor kvalitetsstandarder og sygedagpengelovgivningen er styrende i udfoldelsen af det faglige skøn. På udfører-niveauet kan det være kliniske retningslinjer, fx for undersøgelse og træning af skulder.

Her må den professionelle ikke alene kunne identificere og fortolke oplysninger om borgeren op imod de fastsatte regler men tillige kunne vurdere om og i givet fald i hvilket omfang og på hvilken måde, der bør ske afvigelser i handlingerne set i forhold til reglerne. Regler, hvis anvendelse i praksis kræver instruktioner herom (fx vejledninger, SM-meddelelser), erfaringer fra praksis og evner til at arbejde problemløsende. Formen for handling i denne type af situationer er kendetegnet ved *metodestyring* eller *programmering* af udfoldelsen af vurderinger og faglige skøn.

3. Kundskabsprægede situationer

De kundskabsbaserede vurderingssituationer kendetegnes af en bevidst analytisk tænkning ud fra borgerens og den professionelle mål, refleksioner over tidligere praksiserfaringer, egen viden samt tilgængelig viden fra omgivelserne. Eksempler er her vurderingssituationer i alle fire inkluderede afdelinger, ikke mindst komplekse situationer i *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen*. Tænkningen på dette niveau er en forudsætning for at kunne træffe beslutninger i nye, ukendte og/eller komplekse situationer samt situationer, hvor sædvanlige måder at handle på ikke er mulige pga. situationens karakter og kompleksitet.

Her må den professionelle inddrage viden dannet som kompetencer i udfoldelse af vurderinger og faglige skøn, jf. min tematiske analyse i kap. 9, i bestemmelser af problemstillinger, mål, handleplaner samt evaluering af konsekvenser og effekter af beslutninger og handlinger for borgeren. Formen for handling i denne type af situationer er kendetegnet ved problemstyret og problemløsende udfoldelse af det faglige skøn.

4. Formålsprægede situationer.

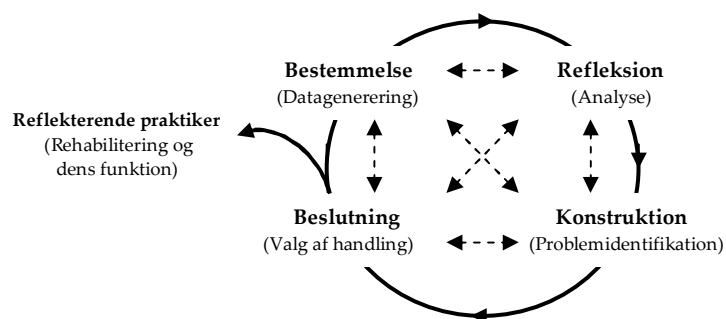
I denne fjerde og sidste form for situationer i praksis udfoldes der tænkning eller refleksioner rettet mod den professionelle egen og organisationens virksomhed, samt de mål og underliggende værdier vurderingsarbejdet og virksomheden i organisationen bygger på og søger at realisere. Eksempler herpå er, når den enkelte medarbejder formår at reflektere selvkritisk over egen rolle og praksis i mødet med borgeren, eller når teams af medarbejdere drøfter og diskuterer afdelingens praksis fx for tildeling af bestemte typer af hjælpemidler eller fortolkningspraksis af den gældende lovgivning på sygedagpengområdet. Denne form for virksomhed forudsætter, at den enkelte og teamet af medarbejdere formår at distancere sig fra den aktuelle praksis samt kan tænke i alternativer og forholde sig kritisk-konstruktiv i analyser af egne og organisationens dominerende kommunikationer eller italesættelser af forståelser/tankesæt som grundlag for kompetencer og praksisformer i udfoldelsen af faglige skøn.

Formen for handling i denne type af situationer er kendetegnet ved et *kritisk-konstruktivt udviklingsperspektiv*, hvor den professionelle og organisationen reflekterer over egen praksis som afsæt for forandringer eller udvikling af denne.

2. Refleksionsprocessen

Det andet af refleksions- og beslutningsprocessens tre hovedaspekter handler om selve *refleksionsprocessen*, jf. fig. 8.2, der ud fra empirien ser ud til at finde sted i fem trin:

Fig. 8.2: Refleksionsprocessen i det professionelle faglige skøn



En proces, hvorigennem den professionelle aktør bevæger sig *fra* informationer (data) om borgerens situation og vanskeligheder og frem *til* en beslutning i form af en afgørelse eller iværksættelse og gennemførelse af en rehabiliterende indsats.

Processen indledes med **1**) en *bestemmelse* af data til belysning af borgerens situation og vanskeligheder, hvorefter der mere eller mindre bevidst og systematisk udfoldes **2**) en *refleksionsproces*, gennem hvilken de genererede data eller informationer om borgerens situation analyseres nærmere. Resultatet af analyse- eller refleksionsprocessen udmønter sig i **3**) en *konstruktionsproces*, hvor borgeres problemer eller vanskeligheder klassificeres inden for rammerne af organisationens betingelser og handlemuligheder for rehabilitering og afsluttes med **4**) en *beslutningsproces* med valg af handling koblet til organisationens retlige og/eller faktiske forvaltningsvirksomhed.

I forlængelse af de professionelle og organisationens vurderingsarbejde med udfoldelse af faglige skøn kan der i forskelligt omfang finde refleksioner sted som **5**) *reflekterende praktikere* med overvejelser og meningsdannelser knyttet til virksomhedens mål og underliggende værdier for egne handlinger i praksis samt forudsætninger for og konsekvenser af vurderingsarbejdets praksis i forhold til borgerens adgang til og indhold af rehabilitering i et kræftforløb.

Hovedelementerne og indholdet af de enkelte delelementer i refleksionsprocessen i fig. 8.2 er genereret på basis af mine empiriske analyser i afsnit 8.3 samt fragmenter af mine foregående tematiske analyser. Processen består uddybende i følgende fem trin:

1. Bestemmelse:

På dette første trin i processen sker der en *bestemmelse* af de oplysninger, som skal være med til at oplyse eller beskrive borgerens samlede situation og vanskeligheder (sagen), herunder generering af retsfakta i den retlige forvaltningsvirksomhed.

Denne bestemmelse finder sted gennem en proces med *erkendelse* (perception, observation), *forståelser/kommunikationer* samt *selv- og fremmedreference*. Den professionelle opsamler og skaber informationer om borgerens situation og vanskeligheder igennem forskellige måder at erkende, percipere og observere borgeren på, gennem mødet og samtalen med borgere og evt. andre samarbejdspartnere med udveksling af forståelser eller kommunikationer. Disse oplysninger og kommunikationer sættes løbende i forhold til forudgående kommunikationer genereret via den professionelle eget bevidsthedssystem og andre fremmede systemers kommunikationer.

Resultatet af dette trin i refleksionsprocessen, der kan gentages flere gange undervejs i processen, er generering (valg) af et oplysnings- eller datagrundlag, som kan indgå det næste trin i refleksionsprocessen.

2. Refleksion:

På dette trin udfoldes der en mere eller mindre bevidst og mere eller mindre systematisk *refleksions-* eller *analyseproces*, hvis formål er at fortolke og derigennem opnå forstå-

else af/forklaring på de gener (symptomer) og vanskeligheder, som oplysningerne fra trin 1 med bestemmelse (identifikation) af de elementer, der kan bidrage til en belysning af borgerens situation og vanskeligheder.

Den professionelle refleksioner eller analyser ser ud til at finde sted gennem en proces, hvor de genererede oplysninger eller informationer (data) sættes i forhold og kobles til den professionelle *personlig-faglige erfaringer* fra eget liv (*selvdannelse*) samt tidligere og nuværende praksiserfaringer (*omdannelse*) og medarbejderens *teoretiske viden* fra professionsuddannelsen, løbende kurser mv. (*uddannelse*). I denne proces ser der ud til at blive udfoldet forskellige grader af *systematisk/rationel tænkning, intuition* og sammenligning som *analogisk tænkning* mellem den aktuelle og lignende situationer.

Da dette element i refleksions- og beslutningsprocessen finder sted i den enkelte medarbejders bevidsthedssystem, er der her tale om en fremstilling, der i et vist omfang må basere sig på spredte indikationer i min empiri og informanternes egne italesættelser af en ofte relativ ubevidst proces.

3. Konstruktion:

Som resultat af refleksions- eller analyseprocessen finder der en *konstruktion* sted, hvor den professionelle foretager en *bestemmelse* af noget, der allerede er foretaget bestemmelser omkring, nemlig den vurdering af borgerens situation, gener og vanskeligheder, der har fundet sted på trin 1 og 2 i denne refleksionsproces.

Konstruktionen eller bestemmelsen på dette trin af refleksionsprocessen finder sted som et *konditioneret iagttagelsesperspektiv* funderet i det sted og de mulighedsbetingelser, som den professionelle foretager sin vurdering fra og inden for. Operationaliseringen af denne konstruktion finder sted som en bestemmelse af borgerens konkrete *vanskeligheder i hverdagslivet* og deraf afledte *behov for støtte og hjælp* til rehabilitering. Borgeren bliver her transformeret fra en hjælp-søgende borger til en hjælp-berettiget borger (hvis ikke der gives afslag på hjælp) og videre til **a)** en 'sag' i den borgerservicerende organisation eller **b)** en konkret faglig udfordring for den professionelle, der begge kalder på handling.

4. Beslutning:

Det sidste trin i processen består i, at den professionelle træffer beslutning om at handle på en bestemt måde i forhold til resultatet af det foregående trin med konstruktion af borgeren som 'problemidentitet' med et bestemt sæt af vanskeligheder og den professionelle forståelser/forklaringer herpå. En konstruktion, der tillige tager stilling til, om borgeren og dennes 'problemer' kan inkluderes i organisationens hjælpesystem eller må ekskluderes og henvises til et andet system eller ses bort fra.

Beslutningen træffes her som **a)** en *afgørelse* i den retlige forvaltningsvirksomhed udformet som en *bevilling* med inklusion til hjælp eller *afslag* på den ansøgte hjælp og dermed eksklusion fra hjælpesystemet. I den faktiske forvaltningsvirksomhed vil der være tale om **b)** en *beslutning om handling* på en bestemt måde i den konkrete situation.

I forlængelse af denne refleksionsproces udfolder de professionelle, i konkrete situationer eller uden for de konkrete situationer, refleksioner knyttet til egne og organisationens virksomhedsudøvelse - her som reflekterende praktiker.

5. Reflekterende praktiker:

Professionelle er iflg. Luhmann (2000) og Schön (2001) ikke alene i stand til at reflektere *i*-handling, men er også i stand til at reflektere *over*-handling. På dette trin udfolder den professionelle refleksioner rettet mod egen og organisationens virksomhed samt de mål og underliggende værdier i vurderingsarbejdet og virksomheden, som organisationen bygger på og søger at realisere. En refleksion, der dels kan finde sted i den enkelte professionelles bevidsthedssystem, dels kan finde sted som fælles drøftelser i teamet af professionelle ved faglige møder mv. i formålsprægede situationer.

For at kunne handle som reflekterende praktiker må den professionelle og organisationen have nået et vist niveau af *dannelse* (jf. min efterfølgende tematiske analyse om *det faglige skøn som dannelse*, kap. 9) med *selv*-, *ud*- og *omd*dannelse for at kunne distancere sig fra den aktuelle praksis. Desuden kræver det, at den professionelle kan tænke i alternativer og forholde sig kritisk-konstruktiv i analyser af egne og organisationens dominerende forståelser og kommunikationer *i* og *over* praksis for udfoldelse af det faglige skøn.

Informanterne i undersøgelsen italesætter alle i forskelligt omfang, at deres professionsfaglige baggrund indgår som et element i dannelsen af det faglige skøn, jf. min analyse i kap. 9. En analyse af min idealtypiske model for refleksions- og beslutningsprocessen i det faglige skøn - set i forhold til de enkelte professioners egne idealtypiske modeller kan være med til at sige noget om, i hvilken udstrækning den udviklede model har paralleller eller afviger fra professionernes egne etablerede typifikationer eller modeller af refleksions- og beslutningsprocessen.

I min komparativ analyse af fire professioners refleksions-, resonerings- og problemløsningsmodeller (jf. tabel 8.1) viser der sig en lang række ligheder men også forskelle i den tilgang, der ser ud til at udgøre grundlaget for de professionelles refleksionsmæssige tilgang i udfoldelsen af dømmekraft og skøn i faglige vurderingsprocesser.

For de fire professioners modeller for måder at reflektere på i tabel 8.1 på næste side kan der identificeres mange paralleller til den måde, hvorpå jeg ud fra min empiri har fremstillet en idealtypisk model for refleksions- og beslutningsprocessen i det faglige skøn. Det gælder aspekter knyttet til *forudsætninger* og *grundlag* for den professionelles refleksioner, for selve *refleksionsprocessen* og den *videre proces* med udførelse af handlinger. En helt central forskel er imidlertid, at der her er tale om refleksioner knyttet til det, som jeg benævner som faktisk forvaltningsvirksomhed rettet mod handling i konkret praksissituationer og ikke mod beslutninger som retlig forvaltningsvirksomhed.

Tabel 8.1: Komparativ analyse af fire professioners refleksionsprocesser⁶⁶

| Element | Ergoterapeuter | Fysioterapeuter | Socialrådgivere | Sygeplejersker |
|----------------------------|--|---|--|--|
| 1. Forudsætninger Grundlag | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sætte ord på, bekræfte og prioritere aktivitetsproblematikker ▪ Udvalgte teoretiske tilgange | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viden, kognition og metakognition ▪ Dataindsamling (anamnese, undersøgelser) ▪ 1. hånds indtryk og hypotese | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formål set ift. sagen ▪ Beskrivelse af sagen ▪ Forståelse som grundlag for forståelse ▪ Viden/erfaringer ift. problemstillingen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forudsætninger for den kliniske indsats ▪ Vurdering/dataindsamling <ul style="list-style-type: none"> - indsamling - validere data |
| 2. Refleksion og vurdering | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificer fysiske, kognitive og affektive funktioner og de omgivelsesmæssige betingelser for de ønskede daglige aktiviteter ▪ Identificere klientens stærke sider og de omgivelsesmæssige ressourcer ▪ Forhandle målsætning og lave handleplan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Samlet vurdering og diagnosticering ▪ Mål for behandling/intervention | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kritisk forholden sig til egen viden ▪ Fokuspunkter som grundlag for den videre analyse ▪ Den faglige vurdering ▪ Beslutning ud fra egen dømmekraft | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemidentifikation ▪ Diagnose og målfastsættelse <ul style="list-style-type: none"> - analysere og fortolke data - opstille problem/behov/diagnose - fastsætte mål |
| 3. Den videre proces | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Føre planen ud i livet ved hjælp af meningsfulde aktiviteter ▪ Evaluere de opnåede resultater på baggrund af, hvordan klienten (nu) klarer de vigtige hverdagsaktiviteter <p>(= OPPM-modellen)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention og pædagogiske overvejelser ▪ Samarbejds partnere ▪ Dokumentation af behandlingsresultater ▪ Slutevaluering | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handling | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planlægning af handling/intervent. <ul style="list-style-type: none"> - vælge sygeplejehandling ▪ Udførelse af handling <ul style="list-style-type: none"> - handle - delegere ▪ Evaluering <ul style="list-style-type: none"> - evaluering af udført handling - evaluering af samarbejdet mellem patient og sygeplejerske |

Med mit konstruktivistiske og organisationsteoretiske perspektiv i denne undersøgelse kommer der andre elementer til syne i en refleksions- og beslutningsproces rettet specifikt mod udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Det gælder lige fra den første fase med bestemmelse af de oplysninger, der skal være med til at belyse borgerens situa-

⁶⁶ Denne komparative analyse er baseret på følgende kilder: Hartvig & Tjørnov i: Borg m.fl. (2011:266-292), Præstegaard i: Lund m.fl. (2010:153-169), Alminde m.fl. (2008: 93-112), Suhr & Winther (2011:87-89).

Her skal det bemærkes, at der for socialrådgiveren ikke er tale om en egentlig autoritativ kilde i socialrådgiveruddannelsen, men et bidrag med forslag til implementering af en systematisk analysemodel i det socialfaglige arbejde. Når denne kilde er valgt som eksempel, er det begrundet i manglen på mere autoritative kilder og modeller på dette felt.

tion og vanskeligheder. Her indikationer af, at de sundhedsfagligt orienterede processer i vidt omfang trækker på generaliseret (evidensbaseret) viden set ift. borgerens situation. En bestemt af viden, der på mange punkter ikke forefindes, når det drejer sig om rehabilitering i et kræftforløb og socialt arbejde i særdeleshed. Dermed får disse ræsonneringsformer et mere objektivt klinisk-diagnosticerende præg end den form, der ser ud til at være gældende for det sociale arbejdes refleksionsproces, jf. Harder & Nissen, 2011:265-277; Alminde m.fl., 2008.

Fælles for samtlige af de nævnte refleksionsprocesser, herunder typificeringen af processen i denne undersøgelse er, at borgeren (patienten) indgår som en meget central aktør og samarbejdspartner. Betydningen af borgerens oplysninger, ønsker og visioner i forhold til eget hverdagsliv for de professionelles beslutning er derimod meget forskellig, jf. analysen af mødet og samtalen med borgeren i kap. 5.

Videre er der også forskelle i refleksions- og konstruktionsfasen i det faglige skøn, der udfoldes inden for fx en myndighedsafdelings mulighedsbetingelser. Her er der ikke bare er tale om at finde frem til relevante og fagligt anerkendte anbefalinger for handlinger eller løsningsforslag i praksis. Der er i høj grad fokus på at styre, regulere, agere portvagt i forhold til borgerens adgang til organisationens hjælpesystem. Denne adgangsregulering finder sted gennem en konkret behovsprøvning og konstruktion/dekonstruktion af legitime krav og ønsker om støtte og hjælp til rehabilitering i et kræftforløb. Videre træffes der herfor to principielt meget forskellige former for beslutninger: 1) beslutninger om afgørelser om muligheder for hjælp og 2) beslutninger om handlinger i konkrete praksissituationer.

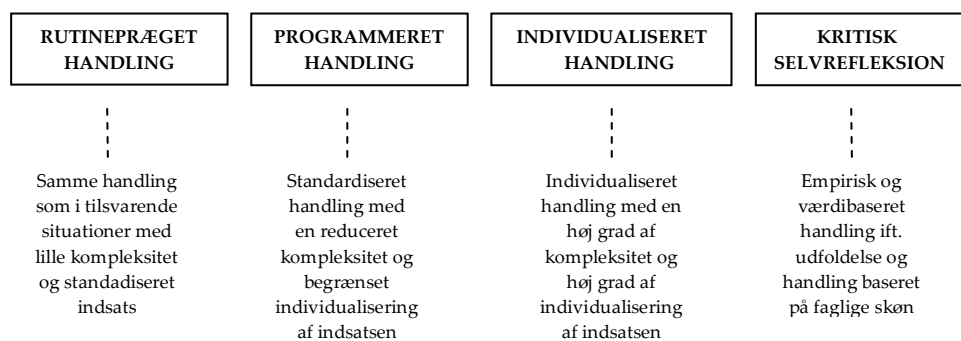
Hanssen (2010) redegør, med afsæt i en professionsteori om skønnet som en epistemisk dimension (Grimen & Molander i: Molander & Terum, 2008:182-184), for skønnet som en ræsonneringsproces bestående af tre faser: 1) kortlægning, 2) analyse og tolkning og 3) afvejning. *Kortlægningen* drejer sig om at indsamle relevante informationer om situationen for at kunne forstå, hvad situationen handler om og for at kunne vælge mellem alternative handlemuligheder. Når den professionelle mener at have tilstrækkelig viden om situationen, eller der er opnået mætning i kortlægningen af borgerens situation, går den professionelle over til *analyse og tolkningsfasen*. I denne og de øvrige faser indgår borgeren som en helt central aktør i fortolkningen af situationen sammen med den professionelle ud fra forskellige videnformer med kombination af borgerens erfaringer og kundskaber om eget liv og den professionelles teoretiske og erfaringsbaserede viden. Igennem denne proces reflekteres der over mulige relevante og alternative handlinger uden, at der her foretages prioriteringer eller beslutninger, ligesom evt. uenigheder i fortolkningen af situationen parterne imellem tydeliggøres. Analyse og tolkningsfasen er forudsætning for den tredje fase - *afvejningsfasen*, der gennem afvejn timer af forskellige hensyn udfoldes et skøn, der leder frem til en skønsbaseret og faglig forsvarlig *beslutning* rettet mod borgerens situation og ønsker (Hanssen, 2010:37-40).

Set i forhold til undersøgelsens idealtypiske model rummer ræsonneringsprocessen hos Hanssen (2010) flere fælles elementer, især i de første to faser med kortlægning og analyse og fortolkning af oplysninger om borgerens situation. Der siges imidlertid ikke så meget om, hvad det er for processer, der finder sted på de forskellige trin i ræsonneringsforløbet. Ligeledes afviger undersøgelsens idealtypiske model fra Hanssen' (2010) model på det trin i forløbet, hvor der efter min model finder en konstruktionsproces sted influeret af organisationens mulighedsbetingelser med konstruktion af borgeren som en problemidentitet med behov for/ønske om en hjælp, der kan/ikke kan rummes inden for organisationens muligheder. Et element, som Hanssen (2010) berører aspekter af adskilt fra selve ræsonneringsprocessen (Hanssen, 2010:40-45). Også Alsvåg (2007) nævner, at det faglige skøn udvikles gennem anvendelse af viden og refleksioner over erfaringer.

3. Beslutninger

Det tredje og sidste af de ovennævnte tre hovedelementer har fokus på de professionelle eller organisationens *beslutninger* som forskellige former for handlinger baseret på et fagligt skøn. I fig. 8.3 nedenfor er min typificering ovenfor af praksissituationer med vurderingsformer, inspireret af Ellström (1996) søgt koblet til former for handlinger i praksis i udfoldelsen af vurderinger og faglige skøn af borgeres behov for rehabilitering.

Fig. 8.3: Handlingsformer baseret på et professionelt fagligt skøn



I de rutineprægede situationer leder beslutninger her frem til *rutineprægede handlinger* i åbenbare analoge eller tilsvarende situationer. For at dette kan ske fordres der samtidigt, at disse situationer har en lille og begrænset kompleksitet for at den profes-

nelle skal kunne overskue, at der faktisk er tale om situationer, der kan sammenlignes med erfaringer fra andre analoge eller tilsvarende situationer.⁶⁷

I regelprægede praksissituationer finder der *programmerede handlinger* sted som standardiserede og standardiserende handlinger, guidet af specifikke krav i lovgivning, vejledninger, kvalitetsstandarder, kliniske retningslinjer og faglige forløbsprogrammer mv. For at gøre disse programmer operationelle i praksis og led i prioritering/styring af det konkrete serviceområdes ydelser og ressourceforbrug finder der en større eller mindre omfattende grad af kompleksitetsreduktion sted. En kompleksitetsreduktion, der finder sted i forhold til de helbredsrelaterede gener og andre vanskeligheder i hverdagslivet, som 'programmet' åbner op for iagttagelser af hos borgeren og den efterfølgende klassificering af problemer og problemidentiteter i selve refleksionsprocessen, som fremstillet ovenfor i trin 2 af refleksions- og beslutningsprocessen. Den institutionelle klassifikationsproces er endvidere analyseret i min tematiske analyse, jf. kap. 7.

I de kundskabsprægede situationer udfoldes der beslutninger i situationer med 'krav' om *individualiseret handling*. Kravet eller behovet for individualisering af indsatsen kan dels være begrundet i stor kompleksitet i borgerens situation og vanskeligheder, dels den professionelle ønsker og muligheder for at yde borgeren en mere personlig og individualiseret støtte og hjælp, dels i manglende muligheder for at benytte sædvanlige handleformer på, i indsatsen. Handlingerne på dette niveau fordrer, som tidligere nævnt, analytisk tænkning og inddragelse af en række forskellige videnformer.

Endelig vil der, i de formålsrettede situationer blive udfoldet *kritisk selvrefleksion*, baseret på erfaringer og viden fra praksis (empirisk viden) sammen med egen og organisationens værdier, som baggrund for beslutninger om konstituering og/eller udvikling af den måde, hvorpå der handles i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Det er også her vi kan se, at aktører udviser 'ulydighed' over for de gældende regler og praksisformer, som den enkelte ikke finder rimelige eller mulige at opfylde i situationen.

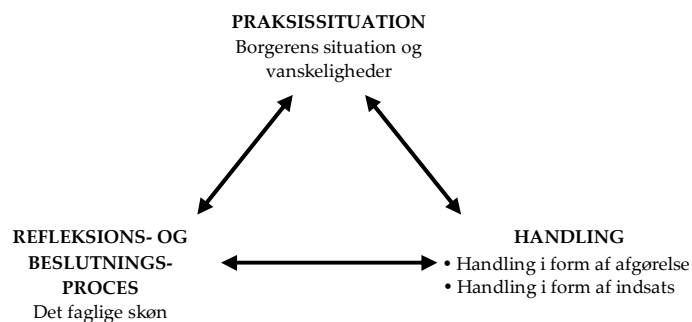
For alle fire praksis- og beslutningsformer vil der givet kunne være tale om blandingsformer af situationer hos den enkelte borger, hvor nogle aspekter vil kunne have rutinemæssig karakter, andre har regelpræget karakter og atter andre har kundskabspræget karakter. Derfor må den professionelle ofte benytte flere former for tænkning og handling i forløbet hos den samme borger, måske i én og samme vurderingssituation.

Set i forhold til mange af de kendetegn, som jeg tidligere har redegjort for i afsnit 8.2 om organisationen som beslutningssystem, rummer de fremstillede handlingsformer ovenfor mange af de kendetegn, som jeg har redegjort for teoretisk vedr. beslutninger. Her kan nævnes aspekter som kompleksitet, valg/fravalg af handlinger, kontingens af beslutninger, bearbejdning af informationer, strukturering af beslutninger i forhold til borgerens situation og anvendelse af programmer. Aspekter, der er influeret af mulighedsbetingelser i organisationen for udfoldelse af det faglige skøn, jf. analysen i kap. 10.

⁶⁷ I denne del af fremstillingen henvises der til eksempler nævnt ovenfor ifm. min beskrivelse af praksissituationer.

Ud fra ovenstående analyser og konstruktioner rummer min idealtypiske model en helhed af elementer i det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces, jfr. fig. 8.4.

Fig. 8.4: *Praksissituation, refleksion og handling i det faglige skøn*



En helhed, der rummer et centralt kendetegn ved det professionelle faglige skøn bestående i *praksissituationen, refleksions- og beslutningsprocessen og handling*.

Denne tilgang i det faglige skøn, hvor konkrete praksissituationer og handling indgår i et mere eller mindre komplekst, bevidst og systematisk samspil med de professionelle og organisationens refleksions- og beslutningsprocesser i vurderinger og faglige skøn, er genererende for bestemmelser (fastlæggelse, klassificering) af borgerens behov for rehabiliterende indsatser i den borgerservicerende organisation, uanset om der er tale om retlig eller faktisk forvaltningsvirksomhed. Et samspil, hvor forskellige former for praksissituationer fordrer forskellige refleksioner eller beslutninger.

Det er ligeledes væsentligt her at bemærke sig, at der ikke er tale om lineære processer, men derimod om en dynamisk proces, hvor de enkelte hovedelementer gensidigt influerer på hinanden og kan udfoldes i forskellig rækkefølge. Ingen af hovedelementerne kan springes over, da de enkelte elementer er forudsætninger for hinanden. En meget handlingspræget tilgang kan gøres til genstand for refleksioner i forhold til det grundlag og formål hermed, ligesom refleksioner kan relateres til de praksissituationer og borgere med vanskeligheder i hverdagslivet, hvilket handlingerne retter sig imod at håndtere.

8.5 Konklusion

I udfoldelsen af det professionelle faglige skøn finder der en refleksions- og beslutningsproces sted, hvis omfang og kompleksitet i høj grad bestemmes af karakteren af den si-

tuation, som den enkelte borger konkret befinder sig i og den professionelle aktør møder i hverdagens praksis. Processen kan kendetegnes ved fire trin for praksis- og beslutningssituationer samt en kompleks refleksionsproces med fem trin, igennem hvilke de professionelle bevæger sig mere eller mindre systematisk og bevidst i vurderingen af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb. Graden af systematik og bevidsthed om og betydningen af en systematisk tilgang ser ud til at afhænge af den enkelte medarbejders professionsfaglige baggrund, arbejdsmønster og karakteren af den praksissituation og vurderingsprocessen er den del af og hvortil der fordres forskellige niveauer af refleksioner.

I perspektiv af Schutz' fænomenologiske perspektiv på konstruktion af typikaliteter i hverdagens praksis - her i udfoldelsen af faglige skøn, guides den professionelle i skønnet af det forhåndværende formål og relevansbestemmelser af de elementer, der skal indgå i skønnet, som typiske og evt. unikke i en individualiserende for bestemmelsen af borgerens behov for rehabilitering. Professionelle er endvidere, således som både Luhmann (2000) og Schön (2004) ikke alene i stand til selvreferentielt at frembringe egne tanker og forestillinger eller som Schön siger reflektere-*i*-handling, men også at reflektere-*over*-handling og egne forestillinger og tanker i udfoldelsen af faglige skøn.

Med afsæt i analyser af mit empiriske materiale identificeres en række kendetegn ved de professionelles måder at reflektere og træffe beslutninger på ved vurderinger af en borgers behov for rehabilitering. Ud fra disse analyser formuleres der en idealtypisk model af det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces bestående af tre hovedelementer: **1)** former for *praksissituationer*, over for hvilke der **2)** finder en *refleksionsproces* sted som afsæt for **3)** en *beslutning* i form af former for forvaltningsmæssige afgørelser eller beslutninger knyttet til den konkrete rehabiliterende indsats i praksis.

Praksissituationerne er kendetegnet ved at have karakter af **1)** *rutineprægede situationer*, **2)** *regelprægede situationer*, **3)** *kundskabsbaserede situationer* med reflekteret handling og **4)** *formålsprægede situationer*.

Selve refleksionsprocessen rummer fem trin: **1)** en *bestemmelse* af data til belysning af borgerens situation og vanskeligheder, hvorefter der mere eller mindre bevidst og systematisk udfoldes **2)** en *refleksionsproces*, gennem hvilken de genererede data eller informationer om borgerens situation analyseres nærmere. Resultatet af analyse- eller refleksionsprocessen udmønter sig i **3)** en *konstruktionsproces*, hvor borgeres problemer eller vanskeligheder klassificeres inden for rammerne af organisationens betingelser og handlemuligheder for rehabilitering og afsluttes med **4)** en *beslutningsproces* med valg af handling koblet til organisationens retlige og/eller faktiske forvaltningsvirksomhed. Hertil kommer **5)** refleksioner som *reflekterende praktiker*. En proces, der har mange lighedspunkter men også forskelle i forhold til allerede kendte professionsfaglige modeller for ræsonnering og problemløsning i praksis.

Beslutningsprocessen kobles til de nævnte fire typer af praksissituationer og består i **1)** *rutinepræget handling*, **2)** *regelpræget handling*, **3)** *individualiseret handling* og **4)** *formålspræ-*

get handling. Med dette sidste hovedelement i refleksions- og beslutningsprocessen sluttes en sammenhængende og dynamisk kæde af samvirkende elementer i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn ved vurderinger af behov for kommunalt forankrede rehabiliterende indsatser hos borgere i et kræftforløb.

Såvel praksissituationer som beslutnings- eller handlingsformer vil i mange situationer kunne optræde i blandingsformer, hvorfor disse skal ses som idealtyper i denne model.

I analysen af de professionelle refleksions- og beslutningsproces ser det ikke ud til, at borgerens situation med et indgribende og langvarigt kræftforløb har specifik betydning for elementerne i refleksions- og beslutningsprocessen i det faglige skøn, hvorfor processen fremstår i en generaliseret form. Det kræftspecifikke findes derimod i indholdet i refleksions- og beslutningsprocessen.

9. Det faglige skøns dannelse som kompetence

En forståelse af professionelles udfoldelse af faglige skøn må omfatte såvel den enkelte aktør som den kontekst eller det organisatoriske system og de mulighedsbetingelser, der her er for udfoldelse af skønnet. En forståelse, der inddrager såvel aktør- som strukturelementer i overensstemmelse med undersøgelsens teoretiske og metodologiske tilgang.

I det fortolknings- og handlerum, som de professionelle har udfoldelsen af faglige skøn i hverdagens praksis, er det ikke alene organisationen og dens mulighedsbetingelser, der øver indflydelse på konstitueringen af det professionelle faglige skøn i det sundheds- og socialfaglige arbejdes praksis. Også den enkelte professionelle aktør har en afgørende rolle og betydning som medskaber af det faglige skøn. Det sker gennem den indflydelse dannelsen og udfoldelsen af den professionelle vurderings- og refleksionskompetencer har i skabelsen af skønnet.

I denne tematiske analyse vil jeg sætte lys på *dannelsen* af det faglige skøn som kompetence igennem den måde, hvorpå den enkelte aktør anvender og videreudvikler sine personlig-faglige vurderingskompetencer på i praksis. Kompetencer, der således kommer til at udgøre den ene af de to 'sider', der udgør to samvirkende elementer i konstituering af det professionelle faglige skøn; organisationen som et socialt system og den professionelle som samhandlende aktør. Organisation og mulighedsbetingelser for de professionelle udfoldelse af faglige skøn vil være tema for den efterfølgende analyse i kap. 10.

Analysen tager sit teoretiske afsæt i begrebet *socialisering* hos Berger & Luckmann; et begreb, der kan være med til at belyse, hvorledes dannelsen af skønnet som kompetence kommer til udtryk som internalisering af en intersubjektiv meningsfuld social virkelighed. Det empiriske perspektiv i min analyse rummer en redegørelse for, hvorledes det faglige skøn italesættes som en *dannet* kompetence i de professionelle daglige praksis. Herefter redegøres der for en teoretiserende analyse af *det professionelle faglige skøns dannelsesformer*. I denne teoretiserende analyse vil *erfaringer fra praksis* udgøre en dominerende form blandt de former for dannelse, som undersøgelsens informanter og litteratur om dømmekraft (jf. afsn. 1.4) peger på. Undervejs i denne analyse inddrages substantielle teorier om den *læring og dannelse*, der finder sted i aktørernes socialisering i en social virkelighed, hvor vurderinger af borgerens behov for rehabilitering fordrer medvirken af kompetente professionelle.

Det empiriske grundlag for denne analyse udgøres af data fra *Trin 2 og 3* i min data-genereringsproces (jf. min Datamatrix, bilag 20).

9.1 Socialisering og udvikling af vurderingskompetencer

I min redegørelse for dømmekraft og skøn i litteraturen i afsnit 1.4 fremgår det, at udfoldelsen det faglige skøn sker via den *professionelles kompetencer*. Denne udfoldelse finder sted inden for de *mulighedsbetingelser*, der er til stede i den organisation, hvori den enkelte aktør udfolder skønmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb (jf. kap. 10). *Kompetencer* udgør således en indgang til at forstå, hvorledes det professionelle faglige skøn konstitueres som fænomen og praksisform samt forudsætter professionelle kompetencer og anvendelse af disse i hverdagens praksis. I min analyse af dannelsen og anvendelsen af kompetencer kan teorier om *socialisering* i og gennem deltagelse i en social praksis anvendes som analytiske perspektiv i forståelsen af dette element i det professionelle faglige skøn.

Inden for såvel det interaktionistiske som det fænomenologiske perspektiv tales der om *socialisering*, som en helt central og grundlæggende måde, hvorpå det enkelte menneske bliver en del af og indgår i den sociale virkelighed som man fødes ind i og udfolder sin virksomhed i. Det socialiserende perspektiv træder hos Schutz frem i perspektivet om common sense-tænkning med overtagelse af lageret af forståelser fortolket intersubjektivitet i biografiske sammenhænge (Schutz, 2005:27,31). Socialiseringen til den sociale virkelighed og hverdagslivets opgaver og aktiviteter - her udfoldelse af professionelle faglige skøn i en borgerservicerende organisation, finder sted gennem overtagelse og anvendelse af eksisterende lagre af biografisk funderede forståelser og handleformer, der genfortolkes og anvendes af den enkelte aktør i tid, rum og sociale relationer.

Tydeligst finder jeg teorien om socialisering hos Berger & Luckmann (2002:153-188), der har socialisering som et hovedelement knyttet til *internalisering* af den sociale virkelighed, der sammen med eksternalisering og objektivering er forudsætninger for menneskets deltagelse i samfundets dialektik. I internalisering af den sociale virkelighed fortolker og forstår det enkelte menneske (aktøren) umiddelbart objektive begivenheder som meningsfulde, dvs. meningsfulde for den andens subjektive processer og derigennem også meningsfulde for den enkelte aktør.

Det er således gennem internalisering af den sociale virkelighed, at den enkelte aktør bliver i stand til at forstå andre mennesker og at opleve den sociale virkelighed som både meningsfuld og virkelig. Denne proces finder ikke sted som et resultat af den enkelte aktørs individuelt frembragte meningsdannelse og fortolkninger, men begynder med en 'overtagelse af den verden', som andre mennesker i den sociale virkelighed har skabt. En proces, som Berger & Luckmann benævner som den 'ontogenetiske proces' som en socialisering, der kan defineres som "[...] *den omfattende og vedvarende styring, der fører individet ind i samfundets objektive verden eller i en del af den*". Her skelnes der mellem en *primær-socialisering* i barndommen og en *sekundær-socialisering*, der styrer et allerede socialiseret individ ind i nye sektorer af samfundets objektive verden (Berger & Luckmann, 2002:154). I denne sammenhæng vil alene sekundær-socialiseringen blive belyst uddy-

bende vel vidende, at også primær-socialiseringens resultater vil række langt ind i, og er fundament for forståelsen af sekundær-socialiseringens resultater.

Sekundær-socialiseringen er den socialiseringsform, som jeg kan iagttage hos de professionelle i de fire inkluderede afdelinger og italesættes i undersøgelsens empiriske materiale. De kendetegn, som Berger & Luckmann beskriver omkring sekundær-socialisering, handler om, at sekundær-socialisering

- er internalisering af institutionelle eller i institutioner baserede 'sub-verdener'
- har et omfang og en karakter, der afgøres af arbejdsdelingens kompleksitet og den hermed følgende videnfordeling
- består i en tilegnelse af rollespecifik viden og forståelser, baseret på arbejdsdelingens direkte eller indirekte betydning
- kræver i det mindste rudimenter af et legitimeringsapparat, der ofte ledsages af rituelle eller materielle symboler
- får en karakter, der afhænger af den status, som den pågældende videnmængde har inden for det symbolske univers som helhed; med andre ord, jo højere status viden har i en bestemt sammenhæng, jo mere værdsættes og prioriteres den rollespecifikke viden
- forudsætter en forudgående primær-socialisering, hvorfor en sekundær-socialisering må arbejde med et allerede dannet selv og en allerede internaliseret verden. Dermed afhænger sekundær-socialiseringens succes også af, i hvilket omfang nye internaliseringer kan lægges oven på og passer ind i en allerede tilstedeværende virkelighed som en integreret helhed
- stort set kan finde sted uden en følelsesmæssig identificering med signifikante andre, således som det modsat er tilfældet for primær-socialiseringen. I en sekundær-socialisering forudsættes en sådan grad af gensidig identificering, at kommunikationen mellem to mennesker kan foregå effektivt (Berger & Luckmann, 2002:162-165).

Socialisering handler endvidere om både at *bevare* og muligheden for at kunne *omforme* den sociale virkelighed. Det omformende aspekt vil jeg tage op senere i denne tematiske analyse.

I bevarelsen af virkeligheden er samtalen det vigtigste redskab; ikke som samtaler om definitioner af verdens beskaffenhed, men nærmere om den verden, som de enkelte aktører i stilhed tager for givet som subjektiv virkelighed - her fx samtaler om konkrete vurderinger af en borgers vanskeligheder og behov for rehabilitering uden, at der direkte sættes ord på det at udfolde skønsmæssige vurderinger. Samtidigt med samtalens vedligeholdende virkning modifierer samtalen også uafbrudt den sociale virkelighed: "*Emner droppes og tages op, hvorved nogle sektorer af det, der stadig tages for givet svækkes, mens andre styrkes*" (Berger & Luckmann, 2002:177).

Set i forhold til dannelse af det faglige skøn som kompetence peger Berger & Luckmanns socialiseringsteori på, at de professionelle gennemgår en sekundær-socialisering i den borgerservicerende organisation som led i internalisering af dette subsystem. Omfanget og karakteren af denne socialisering er afhængig af arbejdsdelingens (opgavernes) kompleksitet og behovet for rollespecifik viden; en viden og rolle, der tildeles status og legitimeres symbolsk, fx gennem bestemmelser om 'myndighed' til at træffe formelle afgørelser om en borgers adgang til rehabilitering. Den professionelle møder imidlertid som person med en bagage af primær-socialiseringer, hvorpå sekundær-socialiseringen må bygge oven på og søge at integrere til en fungerende helhed, hvor den enkelte aktørs integritet respekteres samtidigt med, at organisationens viden og krav til professionalisme i rollen internaliseres og udfoldes i hverdagens praksis.

I et systemteoretisk perspektiv fremstilles denne *dannelse* af mennesket som *selvdannelse* betinget af fremmeddannelse. "*Et selv kan kun blive en personlig figur, fordi den også er en social figur. På ryggen af opdragelse [...] bliver opdragelsens sprog og programmer til en anden natur, usynlige som vaner og intuitioner. Vi møder igen kulturen, som leverer de uafsluttede præmisser for vore beslutninger ..., og som udgør en lænke, der ikke klirrer. Når vi danner os selv gennem en serie af valg, overtager vi usynligt de valgmuligheder, som kulturen stiller til rådighed, både hvad angår valgets form, sprog og tema*" (Thyssen i: Paulsen & Qvortrup, 2007: 22). I dette perspektiv 'dannes' den professionelle aktør i en borgerservicerende organisation gennem en lang og uafsluttet kæde af beslutninger, eller valg inden for rammerne af den organisation, den professionelle aktør befinder sig i. Dette sker imidlertid ikke i et lukket rum, men finder sted i samspil⁶⁸ med andre i og uden for systemet som fremmedreference.

Sammenfattende kan det siges, at socialisering er rettet imod at føre det enkelte menneske, den professionelle aktør ind i en allerede eksisterende social verden eller organisation med et eksisterende lager af viden og intersubjektive forståelser. Her skal det enkelte menneske gøres til en aktiv deltager i det sociale fællesskab med internalisering af viden, modificering af denne og mulighed for at omforme (forandre, videreudvikle) den eksisterende viden som en kompetence, fx til at udfolde faglige skøn.

Udvikling af kompetencer i arbejdslivet har i en årrække påkaldt sig stor opmærksomhed og afstedkommet en omfattende tiltag - ikke mindst blandt ansatte i den offentlige sektor. Kompetenceudvikling er blevet et ufravigeligt krav i moderne offentlige organisationer (Hjort, 2005:71; Bramming & Frandsen, 2003:13). Denne udvikling af kompetencer kan betragtes ud fra forskellige vinkler: **1)** betydningen af den *eksterne kontekst*, **2)** betydningen af den *interne kontekst*, **3)** selve *kompetenceudviklingen*, hvor fokus er behov for og udvikling af konkrete kompetencer samt betingelser herfor samt **4)** selve *læreprocesserne* på arbejdspladsen (Wahlgren m.fl., 2006:11-12). Endelig kan man betragte kom-

⁶⁸ Dette samspil finder efter Luhmanns opfattelse sted som *strukturelle koblinger*, hvor menneskets bevidsthedssystem på den ene side bevare sin autopoetiske funktion, på den anden side er henvist til og lader sig forstyrre af andre bevidsthedssystemer, der dog forbliver omgivelser for systemet selv. Denne forstyrrelse bevirker, at der igangsættes informationsbearbejdningsprocesser inden for systemet selv (Luhmann 2007:110-131; Kneer & Nasehi, 2002: 67-69).

petenceudvikling i lyset af forskellige samfundsmæssige udviklingsstrategier: **1)** en *uddannelsespolitisk strategi*, fx med Livslang Læring fra OECD og EU, **2)** som led i *implementeringen af nye styringsformer*, fx med New Public Management (NPM) som politisk styringsform i moderniseringen af den offentlige sektor fra 1990-erne og **3)** som led i *nye professionaliseringsstrategier* med udvikling af medarbejderne i den offentlige sektor fra 'lønarbejdere' til selvstændige 'akademiserede professioner' (Hjort, 2005:71-86).

I min redegørelse for dømmekraft i sundheds- og socialfagligt arbejde (afsn. 1.4) har jeg allerede berørt læring og refleksion i praksis som element i udviklingen eller dannelsen af kompetencer til at udfolde dømmekraft og faglige skøn. Derfor antager jeg, at praksis har en dominerende rolle for læring af dømmekraft og udøvelse af faglige skøn, hvorfor jeg vælger at inddrage Lave & Wengers teori om *situeret læring* (Lave & Wenger, 2010). Wenger formulerer i en tekst følgende antagelse om, at 'læring primært sker som social deltagelse': "*Deltagelse refererer her ikke blot til lokale former for engagement i bestemte aktiviteter sammen med bestemte mennesker, men til en mere omfattende proces, som består i at være aktive deltagere i sociale fællesskabers praksiser og konstruere identiteter i relation til disse fællesskaber*" (Wenger i: Lave & Wenger, 2010:131). En tilgang, der er parallel med Berger & Luckmanns socialiseringsteori ovenfor.

Den identitetsdannelse, som Lave & Wenger (2010) taler om, omfatter i dag hele mennesket, aktøren eller den professionelle som 'det hele menneske'. Ansatte i moderne borgerservicerende organisationer bliver i dag betragtet ud fra den måde, de handler, og især tænker på som individ med en personligt præget åbenhed og gensidig involvering frem mod realisering af fælles visioner for fremtiden. Dette sker i en modsætning til tidligere tiders opfattelser af medarbejderen, der var præget af en rettigheds- og pligt-tænkning (Andersen & Born, 2002).

I et forskningsprojekt om *Arbejdsliv, læringsmiljøer og demokratisering* (Wahlgren m.fl., 2006) har en forskergruppe undersøgt udvikling af kompetencer i arbejdslivet og koblet viden herfra til en række teoretikers opfattelser af begrebet refleksion og dette begrebs sammenhæng med læring. Projektet blev afsluttet med udarbejdelse af en model for sammenhængen mellem handling, læring og refleksion; en model, der er bygget op omkring *tænkning, refleksion og kritisk refleksion* i forhold til *rutinehandlinger, ikke-rutinehandlinger og formålshandlinger* (Wahlgren m.fl., 2006:183-202). En tilgang, der allerede er inddraget i min foregående analyse af skønnet som refleksions- og beslutningsproces (kap 8) og som jeg kort vil inddrage kort i denne analyse.

Netop disse ikke-skolastiske forståelser af teorier om læring og refleksion i arbejdslivet som grundlag for kompetenceudvikling er relevante at inddrage i en analyse af det faglige skøns dannelse.

9.2 De professionelle og skønnen som faglig kompetence i praksis

De professionelle aktører [informanterne] fortæller alle i forskelligt omfang om, at det faglige skøn, som de udfolder ved vurderinger af borgernes behov for rehabiliterende indsatser i forløbet med en kræftsygdom, bygger på viden, erfaringer og kompetencer knyttet til **1)** dem selv som person med egne normer og værdier, **2)** eget liv og erfaringer i eget livsforløb, **3)** egen professionsuddannelse og **4)** som det helt dominerende aspekt erfaringer fra praksis. Der er her ikke observeret forskelle imellem de fire afdelinger i de aspekter, der her peges på, ligesom der ikke er observeret forskelle mellem henholdsvis myndighedsenheder og enheder med udførerfunktioner. Der er imidlertid indholdsmæssige forskelle i de fortællinger, som informanter fra de fire afdelinger kommer op med.

I *Visitationsenheden* taler informanterne om, at der uanset faglig baggrund og en stræben efter at opnå så høj en grad af ensartethed, så vil der altid være forskelle i det faglige skøn, begrundet i 'den samlede sum' af det, som den enkelte indeholder og den enkeltes personlighed:

"Men det er jo tegn på, at uanset man har den samme faglige baggrund, den samme visitatoruddannelse, så vil vores skøn være præget af den samlede sum af det, vi indeholder [...]men vi er også rimelige enige om, at fuldstændig ens, det bliver vi ikke, fordi vi er individer alle sammen. Vi har hver vores personlighed, og den vil uanset, om vi er nok så professionelle, så vil den jo bære sit præg på, hvordan vi skønner. [...] altså det er jo også meget afhængig af, hvordan man selv er opdraget, og hvordan man har levet sit liv, og hvem man har omgås uden, at det nødvendigvis behøver at være inden for arbejdsområdet. Det hele hænger jo sammen. Og det synes jeg absolut også er ret menneskeligt"
(Inform. Vis.)

I *Hjemmeplejen* og *Rehabiliteringsenheden* taler man også om betydningen af den enkeltes liv for udfoldelsen af faglige skøn:

"Den tror jeg da betyder meget, altså jeg tror da, det betyder meget, hvordan man selv er som menneske ... ens synspunkt på livet" (Inform. Hjspl.)

"Altså man bruger også sin personlighed, men det er jo ikke viden" (Inform. Hjspl.)

"Det er på den måde ikke noget, vi er uddannet til, det er lige så meget det at være menneske, og hvad vi har med i vores rygsæk. Det er jo nok heller ikke alle, der vil kunne håndtere denne borger. Jeg tror også meget, at det handler om, hvad det er vi er for nogen personer, når man skal håndtere sådan en situation" (Inform. Rehab.)

Her taler en af informanterne i hjemmeplejen om at den personlighed, som den enkelte anvender i udfoldelsen af det faglige skøn, 'ikke er viden'. En opfattelse, der kunne peges på, at viden bliver betragtet som noget instrumentelt, noget objektivt.

Der syntes således gennemgående at være en høj grad af bevidsthed om, at den enkelte aktør med sin personlighed, værdier og livserfaringer som primær-socialisering præger tilgangen i udfoldelsen af det faglige skøn - og at det også må være således.

De enkelte professionelles uddannelse ser imidlertid ikke ud til at spille den store rolle i udviklingen af vurderingskompetencerne - måske begrundet i, at dette syb-system er forladt for år siden, og derfor spiller en begrænset rolle i den aktuelle sociale sammenhæng. Den professionsfaglige uddannelse italesættes dog som et af de fire elementer, som informanterne oplever, øver indflydelse på udfoldelsen af det faglige skøn:

"Min grundviden kommer fra uddannelsen til Socialrådgiver for et halvt århundrede siden, det gør den" (Inform. SDP.).

"Noget af det har man jo via sin uddannelse og noget af det, det har jeg, fordi jeg har noget livserfaring, og jeg har noget erfaring med det her fag omkring visitation" (Inform. Vis.).

"Men det kommer jo selvfølgelig fra viden, det er klart. Fordi du har en uddannelse, hvor du ved noget om både det ene og det andet, ikke. Det er jo klart, det bruger du jo" (Inform. Hjspl.).

"Så for mig, så tænker jeg, at min uddannelse jo har klædt mig på faglig og selvfølgelig også i forhold til synet på mennesker, og hvordan man arbejder med mennesker, hvordan man kommunikerer og alt sådan noget. Men det er min grunduddannelse. Når jeg så ser, hvad jeg så tager med, og hvordan jeg arbejder, så må jeg sige, at konteksten er enorm vigtig i forhold til, hvordan jeg laver skøn" (Inform. Rehab.).

"Når vi sidder og snakker om det nu, så tænker jeg lige "Jeg kunne jo ikke lave de skøn som fysioterapeut, hvis ikke jeg havde min faglige uddannelse", så det er jo i bund og grund, hvad hedder det, hele fundamentet for at jeg kan det. Men for om jeg gør det, og hvordan jeg gør det, der er konteksten utrolig vigtig" (Inform. Rehab.).

Det sidste citat bringer, ud over uddannelsens betydning, tillige kontekstens betydning ind i forhold til udfoldelsen af det faglige skøn; den kontekst, hvor aktørens erhvervede faglighed finder anvendelse. Uddannelse er således noget, som de enkelte aktør alle har med sig, og som man er bevidst om har en positiv betydning i udfoldelsen af skønnet. Flere informanter fører dog hurtigt samtalen herom over i den store rolle og betydning, som erfaringer har og spiller i udfoldelsen af skønnet.

"Jeg tænker at det faglige skøn, vi foretager i vores hoveder, er faktisk baseret på den viden, den grundlæggende viden vi har om borgere og om sagsforløb, om de lignende sager og de oplysninger, og den viden vi har i forbindelse med selve sygdommen, processen ... erfaringer og så den der sjette sans, hvor vi ser på borgeren, deres kompetencer og ressourcer. Forskellen på at få en kvinde, der er husassistent og en, der kommer fra ordinært arbejdsmarked med uddannelse... der er så mange faktorer" (Inform. SDP.).

"Så er det noget teoretisk viden, som man har med sig lige fra begyndelsen og en helt masse, der er erfaring, man har med sig. Livserfaring, men selvfølgelig er det mest erfaring fra det arbejde eller de ting, man har set gennem sit arbejde" (Inform. Hjspl.).

Erfaringer er noget, som stort set alle informanter taler om på forskellig måde. Erfaringer er noget, som man kan have fra andre job og organisationer, ligesom erfaringer kan etablere 'blinde pletter' eller komme til at skjule for noget i situationen, som burde være observeret:

"Men jeg tænker, det handler om erfaring. Det handler om, hvad har jeg set så mange år ude i afdelinger, i hjemmeplejeregi og i den funktion, jeg sidder i dag. Det er vel et eller andet erfaring" (Inform. Vis.).

"Det er selvfølgelig noget med år og alle de ting, man har oplevet... det er ikke noget med at tingene ligner hinanden, men der er alligevel sådan nogen ting, synes jeg, der går igen ved mange af dem, man kommer ved" (Inform. Hjspl.).

"Så kan man danne et mønster, selvfølgelig skal man også passe på at man ikke ..., det kan også godt skjule over noget andet, men symptomer og den måde de ser ud på, dårlige hjertepatienter, man er næsten aldrig i tvivl" (Inform. Hjspl.).

"Ja, hvor kommer det [skønnet] fra? Det kommer jo fra min uddannelse, kommer som jeg startede med at sige fra alt det her, jeg har lært ved at have borgerne i hænderne. Så er der jo også noget sådan helt personligt mellem mig og borgeren nogen gange, som jeg tænker også får en indflydelse på, hvordan vi vurderer, og hvordan vi skønner. Hvordan klinger vi lige sammen, det kan også få en betydning for, hvad det er for et resultat, vi får. Så selvfølgelig er der sådan nogen helt faglige ting. Jamen jeg ved, vi kan måle på det og det, og teste forskellige forhold, sådan helt fys-faglige. Så ofte er det meget andet, der også betyder noget. Altså, hvordan vi, hvordan vi taler sammen, hvordan hører jeg, hvad borgeren siger, og hvad borgeren fortæller mig. Altså det der møde, tror jeg betyder lige så meget for, hvad det er, der kommer ud af det. Så det er egentlig lidt sådan menneskene, der mødes, som også får en betydning for, hvad er det, der sker" (Inform. Rehab.).

I den betydning erfaringer har, fx som en informant nævner det med mønsterdannelse (typificering), ja så bringer en anden informant betydningen af mødet og kommunikationen med borgeren ind som et afgørende element i det, der kommer til at ske i udfoldelsen af det faglige skøn. En fortolkning af den ovenfor beskrevne betydning af uddannelse og erfaringer er, at socialiseringer i praksisnære sammenhænge måske sætter sig dybere og mere fast i den enkelte aktørs bevidsthed end det er tilfældet for den socialisering, der finder sted i en professionsuddannelse.

Erfaringer er også noget, som der bliver stillet spørgsmålstejn ved fra organisationens side. Spørgsmål, der retter sig imod om eksisterende erfaringer kommer i modsætning til aktuelle bestræbelser med socialisering til organisationens normer, videnlager og rolle-forventninger. Erfaringer, der her fx kan komme til at skygge for en individuel vurdering af borgerens situation, hvilket denne informant også er bevidst om:

"Vi har faktisk lige været på et kursus for et par måneder siden, hvor vi fik af vide, at alt det, der hedder erfaring, det kunne vi godt glemme. Det kunne vi ikke bruge til noget som helst. Det vil jeg nu sige, det er jeg ganske uenig i. Men man skal jo ikke lade sig blænde af

sin erfaring, men jeg bruger den til ret hurtigt at finde ud af, hvor borgeren er henne. Jeg bruger det til ret hurtigt at have en fornemmelse af, er vi i en alvorlig gade? Det har jeg jo en større fornemmelse af, fordi jeg har været i det [feltet] i længere tid med de forskellige sygdomme.

Jeg ved ikke, hvad hun mente [underviseren], altså jo det hun mente, det var, at selvom vi havde erfaring for, at personer i den og den situation fik vanskeligheder sådan og sådan, det skulle vi ikke bruge til noget. Vi skulle se på den enkelte. Og hvad vi havde erfaring med, det skulle vi lægge helt væk. Det er lidt en spændende problemstilling" (Inform. SDP.).

Tværfaglighed er også et element, der spiller en rolle i erfaringsdannelsen, særligt i *Visitationenheden*, hvor man er tværfagligt sammensat i de forskellige teams af visitatorer og sagsbehandlende terapeuter:

"Jeg synes jo, at det der gør det godt, det er, at vi kan sidde med terapeuter, sygeplejerske og assistenter - altså vi er flere faggrupper og kan diskutere tingene. Du ser tingene fra en anden vinkel end den måde, jeg anskuer tingene på, og det lærer jeg da af, at du stiller et eller andet spørgsmål "Har du tænkt på det?". Nej, det havde jeg måske ikke lige tænkt over. Det kan vi da kun udvikle os af, tænker jeg, og blive bedre. Altså så synes jeg, man kan trække på erfaring, nogen der måske har en speciel erfaring i forhold til kræft. Jeg synes godt, vi kan mærke i afdelingen, at vi tænker forskelligt afhængig af vores baggrund. At vi har forskellige tilgange til det, synes jeg" (Inform. Vis.).

I udfoldelsen af det faglige skøn er det også vigtigt at kunne sætte sig i borgerens sted, så langt som rammerne, her tiden, muliggør dette. En af informanterne taler om dette på følgende måde:

"Altså, respekt for hvad den enkelte siger. Det er jo noget, der kan forstås vældig forskelligt, hvad den enkelte siger. Men det er jo sådan verden ser ud, der hvor den enkelte er. Jeg kan jo godt hjælpe med at se lidt anderledes på det, og det bliver jeg nødt til at gøre i det tempo, som den sygemeldte kan være med til - så længe jeg har lidt snor i tiden, men det er der ikke meget af i sygedagpengeloven. Men så længe jeg har snor i tiden, så kan jeg bruge mit eget syn på borgeren. Og det bliver jeg nødt til, som Søren Kirkegaard siger: at kunne sætte mig i den andens sted" (Inform. SDP.).

I et interview i *Rehabiliteringsenheden* bliver en række af elementer i dannelsen sammenfattet i en fortælling, der handler om betydningen af erfaring, konteksten, kurser og faglig opdatering af den professionsfaglige viden samt betydningen af arbejdsglæde, uddannelsen og personlighedens rolle:

"Og jeg ved også godt at siden da, er der kommet år på af erfaring, og der er også kommet kurser på og uddannelse af viden, som næsten måske er ved at nå op på samme niveau som min grunduddannelse næsten, tænker jeg. Det passer ikke, men altså på en eller anden måde, så er der jo kommet rigtig meget viden ovenpå også i forhold til, at vi kan bruge hinanden. Så det er ikke kun de kurser, jeg selv har fået, men det er også alle dem, de andre har fået. Jeg kan lige gå og 'snuppe' lidt fra andre i små doser. Men jeg tænker bare, måden

jeg så arbejder med faglige skøn, der tænker jeg, når jeg ser de to verdner [hospitalet og kommunen], så er konteksten vældig vældig vigtig for, hvordan jeg arbejder.

Jeg tænker konteksten er vigtig, men jeg tænker de kurser, jeg har fået her på det sidste, det har klædt mig endnu bedre på i forhold til, da jeg arbejdede tidligere. Altså kan man sige kontekstmæssigt, så vil jeg sige lyst og arbejdsglæde, for jeg var glad for at være, hvor jeg var før, men det er noget helt andet nu. Og arbejdsglæden har også en stor del, for min del i hvert fald også ... at komme trallende af sted på arbejde og sådan noget der. [... ..] Men jeg tænker rent fysioterapeutisk eller fagligt, der er jeg blevet klædt så meget bedre på, at nogen af de skøn, jeg har vurderet tidligere, vil jeg måske have gjort anderledes i dag, fordi jeg rent fagligt ved bedre. Så på den måde tænker jeg, at den [skønnet] har altså to ben at gå på. For min del har den altså meget med det faglige med kurserne, at jeg er blevet klædt bedre på til at kunne, og så erfaring. Kurser og erfaring vil jeg sige. For erfaring er selvfølgelig også en del af det. Når man har flere gennem hænderne, og ser mere, og oplever noget, det giver selvfølgelig også noget. Så rent fagligt vil jeg sige, mine skøn er præget af erfaring, både rent fagligt, men også rent personligt. Fordi i skøn, det ligger jo også meget i, hvad jeg har oplevet gennem tiden - med min personlighed og hvad jeg har lært igennem de forskellige kurser og uddannelser. Men jeg tænker rent menneskeligt, så er der jo også noget, fordi selvom man har været på de samme kurser og haft den samme uddannelse, så kan man måske godt komme med nogle forskellige skøn, selvom man umiddelbart burde have de samme forudsætninger for at komme med et skøn. Men i og med vi er forskellige som personer, så vil vi jo nok også komme med nogle forskellige skøn en gang i mellem. Og så bliver vi måske heldigvis reddet på strengen der af, at man godt kan komme til Rom af mange veje." (Inform. Rehab.).

I dette citat fra et fokusgruppeinterview i *Rehabiliteringsenheden* taler de deltagende informanter sig ind i samtlige elementer, der ser ud til at indgå i dannelsen af det professionelle faglige skøn. Elementer, som jeg vil udfolde nærmere i afsnit 9.3 nedenfor. Desuden sættes disse elementer i perspektiv af den kontekst, hvori de som aktører har virket og i dag virker.

Disse måder, at tale om dannelsen af det faglige skøn på, stemmer overens med de måder, hvorpå man i den eksisterende litteratur fremstiller dannelsen af skønnet. Her siger Herdis Alsvåg, at "*Skønnet utvikles i vekselvirkningen mellom praktisk erfaring, kunnskaper og refleksjon over erfaringen. Slik sett lærer vi skjønn ved å utøve det*" (Alsvåg i: Alsvåg & Førland, 2007:210). På samme måde taler Hanssen m.fl. (2010) om at "[...] - den teoretiske kunnskap, de professionelle ferdigheter som en har tilegnet seg gjennom utdanning og erfaring, og den personlige kunnskap - utgjør fagutøverens samlede professionelle kompetense" (Hanssen m.fl., 2010:35).

Ud fra ovenstående måder, at tale om det professionelle faglige skøn som en faglig kompetence i praksis, vil jeg nu søge at foretage en teoretiserende bestemmelse eller typificering af dannelsen af det professionelle faglige skøn.

9.3 Det professionelle faglige skøns dannelsesformer

Dannelsen af *det professionelle faglige skøn* som faglig funktionsduelighed eller kompetence ser ud fra ovenstående empiriske data ud til at blive dannet i et samspil mellem den professionelle aktørs

- personlige **selvdannelse** som menneske med erfaringer fra eget personligt livsforløb,
- professionsfaglige **uddannelse** og
- erfaringsbaserede **omdannelse** i praksis.

Her ser den erfaringsbaserede **omdannelse** ud til at være den dominerende dannelsesform inden for den borgerservicerende organisations mulighedsbetingelser; mulighedsbetingelser, der vil kunne betragtes i perspektiv af en selvstændig **systemdannelse**. På den måde bliver den professionelle eller medarbejderen i en borgerservicerende organisation, fx en *Sygedagpengeafdeling* eller en *Rehabiliteringsenhed*, et produkt af de sociale betingelser eller den virkelighed, hvori de dels er medlemmer, dels samhandler i et samspil med andre mennesker og andre systemer uden for den enkeltes egen afdeling.

Disse tre (fire) dannelsesformer vil jeg nu søge at betragte i lyset af fænomenologiske og interaktionistiske perspektiver med fokus såvel på aktørernes intersubjektive meningsdannelse som sociale processer i konteksten, jf. mit valg af teoretiske perspektiver i denne undersøgelse. Endvidere inddrages Berger & Luckmanns kendetegn ved socialiseringsprocessen, således som jeg har fremstillet den i afsn. 9.1 ovenfor.

Personlig *selvdannelse*

Den personlige *selvdannelse* spiller en væsentlig rolle for mange af informanterne i de fire inkluderede afdelinger. I et fænomenologisk perspektiv handler dannelse om en 'fri, uendelig proces', som mennesket gennemgår i løbet af sin personlige vækst, dels som en udvikling uden klargjorte forbilleder og mål, dels som socialt skabte programmer med klare mål. Dannelse, læring og kundskab tager udgangspunkt i det subjektive, hvor en forankring må finde sted for, at kundskaber ikke bliver løst pålagte og læringen overfladisk. I det hverdagsliv, hvor meget forekommer kendt, trygt og genkendeligt, må der hele tiden ske ny læring af noget hidtil ukendt. Derfor må vi forlade det kendte og nærme os det ukendte - aldrig uden, at vi forsøger at tolke dette og forstå det ved hjælp af det, vi indtil nu kender (Gustavsson, 1998:18, 21). En tilnærmelsesmåde, som Schutz benævner *common sense-tænkning* i intersubjektive biografiske sammenhænge og Berger & Luckmann beskriver finder sted som menneskets primær-socialisering.

Flere informanter er, som beskrevet ovenfor, inde på betydningen af personligheden, hvordan man er som menneske, egen opdragelse og det liv man selv har levet. Med andre ord 'summen af det vi indeholder' præger det faglige skøn, som en informant udtrykker det: Gustavsson (1998) taler her om, at "*Vi ser, tolker og forstår verden ud fra det punkt, hvor vi befinder os, fra vores egen, personlige, sociale og kulturelle forudsætninger. Disse*

udgør den horisont, ud fra hvilken vi forstår det nye og ukendte, som vi møder" (Gustavsson, 1998:43). Et aspekt, der også har stor betydning i den omdannelse, der finder sted af den enkelte aktør i organisationen gennem den erfaringsbaserede dannelse, som jeg vil belyse senere i dette afsnit.

Uanset om der er tale om *dannelse* som *selvdannelse* af den enkelte som menneske eller *omdannelse* af den professionelle aktør i en borgerservicerende organisation starter og slutter dannelsen hos det enkelte menneske/aktøren selv: "Dannelsens grundtanke kan udtrykkes på den måde, at kundskab og læring begynder hos mig selv, går i en bevægelse ud i verden og slutter hos mig selv igen. Man tilegner sig det hidtil ukendte, og forvalter det inden i sig selv til noget kendt. Kundskaben bliver personlig ved, at vi har gjort den til vores egen og tolker den ind i vores hidtidige billede af verden. Ved at lære verden at kende lærer man sig selv at kende" (Gustavsson, 1998:43). Socialiseringens internaliserende rolle sætter sig her igennem hos det enkelte menneske, hvorved omverden bliver subjektiv meningsfuld for den enkelte.

Det er således gennem alle de relationer og begivenheder, som det enkelte menneske møder på sin vej igennem livet - privat som professionelt, at vi dannes, ligesom vi selv er med til at danne andre mennesker intersubjektivt i relationen: "Vi tolker ved hjælp af andre ved at sammenligne og gøre modstand mod hinandens tolkninger. Derfor er dialogen, samtalen det naturlige og grundlæggende, hvad angår dannelse, kundskab og læring. En grundlæggende dannelsesstanke går ud på, at den enkelte danner sig, når vedkommende kommer i forbindelse med 'det almenmenneskelige'. Hvert enkelt menneske er en del af helheden, menneskeheden" (Gustavsson, 1998:46). Dette aspekt kan man se udfoldet i den professionelle møde og samtale med borgeren (jf. kap. 5) samt i det tværfaglige samarbejde, hvor informanterne ovenfor taler om betydningen af at arbejde i teams og være tværfagligt sammensat i organisationen.

En særlig form for dannelse er den dannelse, der ske når man som professionel har ansvar for at fortolke en borgers situation og vanskeligheder i hverdagslivet i et kræftforløb. Denne dannelsesform kan benævnes som *indlevelsens hermeneutik*; en form for hermeneutik, der indebærer "[...] at forståelse af et fænomen anses som ensbetydende med evnen til indlevelse, empati, forståelse indefra" (Gustavsson, 1998:49).

Den personlig-faglige dannelse er, som nævnt indledningsvist, ikke en afgrænset proces men derimod en stadig pågående proces igennem hele livet, såvel på det personlige som på det professionelle plan: "Dannelse er i denne forstand noget, der foregår konstant i og med, at vi møder noget nyt og forsøger at tolke det ind i det allerede kendte. Vi ved ikke fra starten, hvad vi kommer til at møde. Læring, kundskab og dannelse er i den forstand en stadig igangværende proces, som ikke har nogen slutning. Dannelse er en uendelig, fri proces, at danne sig er at blive til noget⁶⁹, som vi ikke på forhånd kender til" (Gustavsson, 1998:44). Dermed bliver dannelse også en proces, der løbende finder sted som en sekundær-socialisering i

⁶⁹ Dette noget er ikke at betragte som en genstand, hvorfor jeg selv ville vælge begrebet nogen som udtryk for et levende, tænkende og reflekterende individ.

den enkelte aktørs professionelle virksomhed. Socialiseringen finder sted igennem de daglige vurderingsopgaver med udfoldelse af faglige skøn i konkrete borgerrelaterede relationer og i den enkelte og teamets kritiske selvrefleksioner over egen og organisationens udfoldelsen af det professionelle faglige skøn. Her vil den enkeltes oplevelse af signifikante andre som konsociater man deler virkelighed og videnfællesskab med i organisationen, være det forum, hvori dannelsesprocessen løbende får betydning og rum.

Den form for kundskab, der er resultat af den professionelle dannelse er det, som Aristoteles benævner som *phronesis* eller praktisk kundskab, jf. min analyse af dømmekraft i kap. 5. *"Det dannede menneske har ikke kun lært sig fakta. Vedkommende har lært sig at skelne væsentligt fra mindre væsentligt. Phronesis handler om udvikling af god dømmekraft"* (Gustavsson, 1998:56).

Parallelt til Aristoteles' begreb om praktisk fornuft taler den jødiske filosof Hannah Arendt om dømmekraft som en evne til stillingtagning til inddragelse af tidligere erfaringer i nye situationer: *"Dømmekraften er den evne som tager stilling til hvilke af ens erfaringer som er relevante i de nye situationer man hele tiden befinder sig i. Mennesket havner ikke i disse situationer ud af det blå, vi ankommer aldrig til nutiden som ubeskrevne blade. Vi kommer altid fra noget og bringer hele vores historie med ind i de situationer som vort liv til enhver tid består af. Denne historie rummer ikke blot private oplevelser, men også normer, værdier og vaner vi har overtaget fra vores omgivelser. [Jf. Berger & Luckmann' teori om den samfundsskabte virkelighed]. For at finde ud af hvad der er det rigtige udgangspunkt for vore handlinger, må vi evaluere vor fortid. Betraget på denne måde udfolder dømmekraften sig inden for det rum hvor der allerede er noget, og dette rum indeholder også andre perspektiver end vore egne"* (Øverenget, 2002:251). Arendt mener endvidere, at dømmekraften som praktisk fornuft i Aristoteles' perspektiv, og Immanuel Kants tale om *'sensus communis'* må suppleres med en Sokratiske løsning, der består i, at man også må kunne *"[...]trække sig tilbage fra den praktiske politiske virksomhed og i stedet stille spørgsmål ved alle vedtagne målestokke for handling og dømmekraft. [...] På den måde åbnes et rum, hvor mennesket får lejlighed til at forholde sig kritisk ikke blot til verden, men også til sine egne regler og tilvante tankebaner"*⁷⁰ (Øverenget, 2002:254). Dette perspektiv på dannelse og dømmekraft peger netop på betydningen af, at den enkelte aktør såvel som teamet og organisationen løbende forholder sig selvkritisk til egne måder at fortolke på i det faglige skøn og organisationens praksisform omkring det faglige skøn. Socialiseringsprocessen vil hermed ikke alene få karakter af en overtagelse og internalisering af allerede eksisterende virkeligheder, men også få karakter af en modificerende og måske omdannende tilgang i udfoldelse af faglige skøn.

I sin bog om *'At stå i det åbne'* - om dannelse gennem filosofisk undren og nærværd, argumenterer Hansen (2008) for at begreberne og de to værensmodi *dannelse* og *kompetence* står i et komplementært forhold til hinanden (Hansen, 2008:25). På en af bogens 'bjerg-

⁷⁰ Denne tankemåde har paralleller til det, som man kan benævne som *kritisk selvrefleksion*; En tankemåde, som kun få af undersøgelsens informanter har ekspliteret.

etapper' som udkigspost søger Hansen at forbinde begreberne *individualisering, autenticitet, dannelse* og *eksistens*. Individualisering beskrives her som "[...] en stræben eller længsel blandt ... samfundets borgere som sådan efter et liv fyldt med en højere grad af meningsfuldhed og integritet, kort sagt autenticitet" (Hansen, 2008: 236). Autenticitet skal forstås som en særlig form for 'ståen-i-det-åbne' med interesse og visdom i forhold til det Sande, det Gode og det Skønne. Dannelsesbegrebet refererer her til de større sociale, kulturelle, historiske og metafysiske (eksistentielle) sammenhænge og meningshorisonter, som 'det integrerede menneske' altid er indføjet i. Her refererer Hansen (2008) til litteraturprofessor Svend Erik Larsen, der siger, at dannelse er en helhedsorienteret almenviden, som hver generation og hvert menneske må tilegne sig. "Det er ikke at sammenligne med kompetencetænkningen, der er snævert forbundet til funktionsduelighed og konkret færdigheder på et fagligt felt. [...] Dannelse bliver i denne optik tæt knyttet til en identitets- og myndighedstænkning. Det er det oplyste og vidende menneske, som fordres, hvor evnen til at deltage i det samfundsmæssige synes at være dannelsens højeste mål" (Hansen, 2008:236-237). I hvilket omfang dette også gælder i en professionel funktion i en borgerservicerende organisation vil være afhængigt af værdsættelsen af denne kompetence og omfanget af organisationens omdannende tilgang til de professionelle i hverdagens praksis.

Dette perspektiv på dannelse og kompetence - her til at udøve dømmekraft og skøn ved vurderinger af en borgers behov for rehabilitering i et kræftforløb, peger på, at den professionelle for det første **1)** må have et fundament af opfattelser og værdier omkring det gode liv og måder at opnå erkendelse af borgerens situation og behov for rehabilitering gennem iagttagelser i det sociale. Dette fundament og måder at opnå erkendelse om det sociale på danner herfra afsæt for **2)** egen dannelse som menneske og professionel aktør i det sundheds- og socialfaglige arbejde. Igennem disse to egenskaber vil den professionelle for det tredje **3)** kunne opnå en personlig (individuel) autenticitet kendetegnet ved en meningsfuld og en anerkendende tilgang til og samarbejde med borgeren i udfoldelsen af faglige skøn.

Professionsfaglig uddannelse

For at få adgang til at arbejde i eller opnå medlemskab af de former for borgerservicerende organisationer, som denne undersøgelse retter sig imod, fordres der en formel professionel uddannelse. "Forskellen mellem dannelse og uddannelse angives gerne med, at uddannelse udgør en specialiseret kompetence med sigte på erhvervsudøvelse eller fordybende kundskaber inden for et vist område. Dannelse sigter mod mere almene kundskaber, en proces, hvorunder man tilegner sig kundskaber på en mere personlig måde" (Gustavsson, 1998:28). Måske kan man i dag ikke skelne så skarpt imellem den mere institutionaliserede form for uddannelse og den personlige *selvdannelse*, da uddannelse og andre former for kompetenceudvikling i høj grad fordre en personlig tilgang i læring af de nødvendige kundskaber og tilegnelsesformer.

I et systemteoretisk perspektiv kan man tale om psykiske systemers læring er en form for strukturforandring hos den lærende: *"Læring består i, at et system gennem operationer⁷¹ ændrer sin struktur. Læring kan derfor defineres som strukturforandringer. En sådan definition indebærer, at kun de operationer, der kan føre til ændringer i det psykiske systems struktur, kan betegnes som læring. [...] Man kan derfor desuden betegne det psykiske systems forudsætninger i form af formodninger, antagelser eller forventninger, altså som udtryk for det, der i systemteoretisk terminologi ville hedde variation, egenkompleksitet eller selvreference"* (Rasmussen, 2004: 284-285). Læring kan med andre ord forstås som ændringer i den enkelte aktørs forventningsmønstre; mønstre som aktøren lægger til grund for den måde, som denne kommunikerer operativt på, dvs. den måde hvorpå aktøren reflekterer over, deler forståelser og handler på som psykisk system og som aktør i et organisatorisk system.

Udøvelse af *professionel dømmekraft* og skøn som 'den sande indsigt' har ligheder med etikken, som også Platon (427-347 f.Kr.) taler om i sine dialoger: *"Den, der ved det rette, gør også det rette"* (Gustavsson, 2003:155). Den teoretiske og den praktiske fornuft stræber begge efter det fælles mål at søge at nå frem til sandhed. Her angiver Aristoteles forskellige holdninger (*hexis*), gennem hvilke mennesket kan nå frem til sandhed, der omfatter *viden*, *kyndighed*, *klogskab*, *indsigt* og *visdom*. *Viden*, der er det samme som *episteme* og er bevislig, indlært og tilegnet; *kyndighed*, der er det samme som *techne* og omfatter evner til på det praktiske plan at handle og fremstille noget; *klogskab* som evnen til at overveje, hvad der er godt og nyttigt for vedkommende selv, ikke kun i det enkelte tilfælde, men i livet som helhed; *indsigt* som evnen til at kunne redegøre for sine beviser for et standpunkt. Endelig er der så *visdom* som den fuldendte art af viden, hvor den vise både ved, hvad der følger af visse forudsætninger, men også besidder viden om de mere grundlæggende principper i tilværelsen (Gustavsson, 2003:162-163).

Man kan således efter Aristoteles' opfattelse godt være vis uden at være klog. [1143a] *"Forstandighed er hverken at eje eller erhverve kløgt. Men lige som man taler om, at indlæring er forståelse, når det handler om at bruge videnskaben, så gælder det tilsvarende brugen af mening til at dømme om ting, som er kløgtens genstande, når en anden taler herom, og at dømme rigtigt. For det gode og det rigtige er det samme. Og forstandighed, hvorved de forstandige bestemmes, har fået sit navn fra den forståelse, som findes ved indlæring. Og vi siger ofte forståelse i stedet for indlæring* (Aristoteles, 1995:159).

De tre intellektuelle dyder eller videnformer, som Aristoteles har beskrevet - *teoretisk viden* (episteme), *praktisk-produktiv kyndighed* (techne) og *praktisk-etisk klogskab* (phronesis) (Gustavsson, 2003) er alle videnformer i udfoldelsen af dømmekraft og faglige skøn i det professionelle sundheds- og socialfaglige arbejde. Videnformer, som eksisterer i den sociale virkelighed og hvortil den enkelte aktør socialiseres. En anden måde at beskrive videngrundlaget i professionelt arbejde som en central del af professionens og dermed af aktørernes identitet er de fire former, som Lauersen m.fl. (2009) beskriver som: **1)** ab-

⁷¹ Operationer handler her om kommunikationer, der kommunikerer med kommunikationer i lukkede autopoietiske systemer.

strakt viden relateret til løsning af professionens opgaver, **2)** dokumenteret som opsamlet viden formidlet i skriftlig form, **3)** erhvervet viden gennem formel uddannelse, koblet til autorisationsordninger indeholdende specifikke uddannelseskrav med eneret til at virke fx som sygeplejerske eller fysioterapeut og **4)** en specifik og begrænset udbredelse af denne særlige viden som grundlag for professionens virksomhed (Lauersen, 2009:47-49). Disse videnformer er således også betegnelser for forskellige former for eksisterende lagre af viden i den sociale virkelighed, således som både Schutz og Berger & Luckmann taler om den sociale virkelighed på. Ovennævnte videnformer træder bl.a. frem i min analyse af mulighedsbetingelser i organisationen for udfoldelse af faglige skøn (kap.10), fx i min analyse af italesættelser af skøn i borgernes journaler eller sagsmapper.

I mange af informanternes fortællinger i denne undersøgelse kan der iagttages italesættelser af, at de udfolder 'kløgt' som evnen til at (be)dømme borgerens konkrete situation og behov for en individualiseret, målrettet og effektiv rehabiliteringsindsats gennem udfoldelsen af faglige skøn og dømmekraft. En kløgt, der er erhvervet gennem formelle uddannelser, fx som fysioterapeut med anvendelse af mange forskellige videnformer (jf. min journalanalyse, beskrevet i kap. 10).

Samtidigt finder der også læring sted i det daglige arbejde i praksis. På spørgsmål, om der finder læring sted andre steder end via formel uddannelse svarer informanterne, at det gør der hele tiden i forskellige sammenhænge, bl.a. i samarbejdet med kollegaer:

"Ja, det gør jeg jo løbende i vores, når vi mødes i gruppen, og når jeg snakker med kollegaer. Det er hele tiden. [...] Der sker en læring internt hele tiden." (Inform. SDP).

I flere af citaterne i afsnit 9.2 ovenfor taler informanterne endvidere om den læring, der sker i mødet med borgeren og gennem de mange og værdifulde erfaringer, som den enkelte aktør trækker på i udfoldelsen af faglige skøn og dømmekraft. En læring, der er i overensstemmelse med Lave & Wengers syn på situeret læring.

Når man hører de enkelte informanternes fortællinger om baggrunden for det faglige skøns dannelse i sammenhæng tegner der sig et billede af, at den professionsfaglige viden i forskelligt omfang træder i baggrunden. Det sker i modsætning til den store betydning, som den erfaringsbaserede omdannelse har i de professionelles udvikling af kompetencer i udfoldelsen af faglige skøn. Jeg vil derfor nu redegøre for nogle teoretiske refleksioner i forhold til professionelles omdannelse inden for en organisations rammer; en sekundær-socialiserende omdannelse, der finder sted gennem koblinger til og anvendelse af erfaringer fra udfoldelsen af faglige skøn i det daglige vurderingsarbejde.

Erfaringsbaseret omdannelse

Erfaringer er noget som informanterne i undersøgelsen italesætter i stort omfang og til lægger meget stor betydning:

”... det handler om erfaring. Det handler om, hvad har jeg set så mange år ude i afdelinger, i hjemmeplejeregi og i den funktion jeg sidder i dag” (Inform. Vis.).

De aspekter, der træder frem i informanternes fortællinger (jf. citaterne i afsnit 9.2 ovenfor) handler om, at erfaringer er et fænomen med mange forskellige sider. Erfaringer er

- noget, som den enkelte aktør har fra *forskellige praksissammenhænge*, ikke mindst fra arbejdet i den aktuelle organisation
- noget, der har et *tidsmæssigt forløb*, forstået som noget den enkelte integrerer i sit bevidsthedssystem over år; ’der er kommet år på’, som en informant siger det
- noget, der *oparbejdes gennem direkte relationer* i mødet og samarbejdet med den enkelte borger; erfaringer er noget, man får, når man ’har flere gennem hænderne, ser noget, oplever noget’
- noget, aktørerne deler imellem sig som aspekt i en *intern læring* og ved *opretholdelse af lokal orden* i den tilgang i det faglige skøn, som de enkelte aktører udfolder i organisationen
- med til, at den enkelte aktør foretager *mønsterdannelser* ud fra ’ting’ eller situationer og begivenheder, der ser ud til at ligne hinanden. Dermed indgår erfaringer også i den institutionelle klassifikationsproces samt i de professionelle refleksions- og beslutningsprocesser (jf. kap. 7 og 8)
- også noget, som aktører er bevidste om eller bliver gjort opmærksomme på ikke må *skygge for en individuel vurdering* af borgerens situation og behov for rehabiliterende indsatser.

Erfaringer ser således ud til at være noget, som den enkelte aktør **1)** ikke kan undgå at ’få med sig’ gennem arbejdet og udfoldelse af faglige skøn og dømmekraft i konkrete praksissammenhænge og **2)** inddrager i sin egen refleksions- og beslutningsproces samt i organisationens institutionelle klassifikationsproces.

Erfaring er et grundlægende kendetegn ved menneskets sociale liv. Det er, som både Schutz og Berger & Luckmann beskriver det, gennem deltagelse i sociale sammenhænge, at det enkelte menneske socialiseres ind i og internaliserer forståelser og viden overleveret fra andre før dem, og gennem egne handlinger opnår erfaringer med betydninger af og anvendelse af objektiverede forståelser og viden.

Denne form for læring læner sig op af det man kan benævne som erfaringspædagogik og situeret læringsteori, der er kritisk over for traditionel formaliseret undervisning (skolastisk undervisning) ved at betone betydningen af erfaring og praksis som udgangspunkt for læring. Tre teoretikere kan her være med til at belyse erfaringens lærende og omdannende mekanismer, potentiale og betydning: **1)** Donald A. Schön’s teori fra 1983 om *Den reflekterende praktiker*, der beskriver hvorledes professionelle tænker, når de arbejder, **2)** Dryfus & Dryfus’ teori fra 1991 om menneskers læreproces som intuitiv

ekspertise og **3)** Lave & Wenger's teori fra 1991 om situeret læring og legitim perifer deltagelse i praksisfællesskaber.

Donald Schön (2004) har fokus på de former for professionelt arbejde, der er sammensat, kompleks og uforudsigeligt. Opgaver, der også er identisk med det at udfolde dømmekraft og faglige skøn hos borgere i et kræftforløb med behov for rehabilitering. Når praktikere [professionelle] reflekterer *i* eller *over* sin praksis, er genstandene eller fokus for refleksionen lige så varierede, som de fænomener og begivenheder, som omgiver praktikerens og de systemer af viden-*i*-praksis, som praktikerens bringer ind i refleksionssituationen (Schön, 2004:62). Schön's refleksionsteori, der vil blive udfoldet yderligere i kap. 11 om skøn som refleksions- og beslutningsproces, beskriver for det første, **1)** hvorledes praktikere udfolder refleksion-*i*-handling som en form for 'eksperiment' med reflekterende dialoger og observationer i situationen. En refleksion, der får konsekvenser for praktikerens måde at handle på og dermed for kvaliteten af handlingen. For det andet **2)** udfolder praktikere refleksion-*over*-handling som refleksioner over processen i og konsekvenser af de gennemførte handlinger (Schön, 2004; Wahlgren m.fl., 2006:102-113).

Dryfus & Dryfus (1991) beskriver i en model for læreprocesser rettet mod handlefærdigheder i komplekse praksissituationer fem kompetencetrin: **1)** *nybegynderen*, der i sin læring er afhængig af regler samt konkrete fakta og rammer i konteksten, **2)** *den avancerede nybegynder*, der baserer sin læring på erfaringer i praksissituationer sammen med regler, kontekstafhængige fakta og kontekstafhængige elementer, **3)** *den kompetente udøver*, der er i stand til at arbejde målrettet og planlagt med en bevidst reduktion af kompleksitet. På dette niveau er aktøren i stand til at udfolde selvstændige fortolkninger og skøn i forhold til handlinger i praksis og indgå i relationer på en mere personlig måde, **4)** *den kyndige udøver*, der er kendetegnet ved at kunne arbejde intuitivt med identifikation af problemer og håndtering af mål og planer, baseret på erfaringer. De intuitive valg gøres her engang imellem til genstand for analytiske vurderinger og **5)** *eksperten*, der arbejder intuitivt og helhedsorienteret på måder, hvor problemer, mål og planer håndteres samtidigt. Eksperten træffer ikke egentlige beslutninger, men er i stand til at handle 'fornuftigt og kyndigt' i aktuelle situationer. Arbejdet har på dette niveau en flydende og utvungen karakter uden afbrydelser med analytiske refleksioner (Dryfus & Dryfus, 1991:37-63).

Lave & Wenger (2010) sætter i deres analyser af *situeret læring* fokus på hvorledes mennesker lærer i *konkrete situationer*, hvor den enkelte indgår i en *legitim deltagelsesramme* sammen med andre. Legitim perifer deltagelse handler om, at den lærende "[...] uundgåeligt deltager i praksisfællesskaber, og at beherskelse af viden og færdigheder forudsætter, at den nyankomne bevæger sig i retningen af fuld deltagelse i de sociokulturelle praksisser i et fællesskab". Det perifere aspekt handler om, at den lærende bevæger sig centripetalt fra at være nyankommen og uøvet til at være fuld deltagende med det Dryfus & Dryfus vil benævne som kyndig udøver eller ekspert. I denne deltagelsessammenhæng betragtes læring som et aspekt ved al virksomhed: "[...] læring reificeres som én form for virksomhed,

og nærmer sig en teori om social praksis, hvor læring betragtes som et aspekt ved al virksomhed ...” (Lave & Wenger, 2010:32, 39). Læring omfatter her tilegnelse af viden og færdigheder til at kunne indgå i og deltage på fuldgyldig vis i de organisatoriske sammenhænge, hvor de professionelle udfolder faglige skøn.

Når professionelle aktører i denne undersøgelse taler om erfaringens betydning for dannelsen af det faglige skøn, kan der trækkes paralleller til de erfaringsteoretiske lærings-teorier, som jeg har trukket frem ovenfor:

- informanterne har stort set alle erfaringer gennem mange år inden for det sundheds- og socialfaglige felt, herunder flere års erfaring i de nuværende funktioner
- at de som praktikere lærer at udfolde faglige skøn i de konkrete praktiske situationer sammen med borgeren samt i de kollegiale samarbejdsrelationer
- flere informanter taler om at de inddrager intuition og siger fx ved et spørgsmål om det faglige skøn som klinisk blik: *”Hvordan ved du det? og så siger jeg ’Det ved jeg ikke! Men jeg kan bare se det! Det er sådan!’* (Inform. Vis.).
- konteksten har meget stor betydning for den læring og kompetenceudvikling, som de enkelte informanter trækker på i læring og udfoldelse af faglige skøn
- regler (fx love, kvalitetsstandarder) og programmer (fx Arbejdsevne metoden, Fælles Sprog) har betydning i forskelligt omfang og på forskellige niveauer.

- alle aspekter, der på forskellige måder træder frem i citaterne ovenfor og i flere af mine øvrige tematiske analyser.

I min redegørelse for socialisering, således som Berger & Luckmann betragter denne, nævnes det, at socialiseringen også kan være rettet mod en *omformning* eller omdannelse af det enkelte menneskes subjektive virkelighed. Omformning bliver her et spørgsmål om graden af den modificering, der altid finder sted, når mennesker indgår i sociale sammenhænge. Her spiller tre afgørende forudsætninger en vigtig rolle: **1)** en effektiv *sandsynlighedsstruktur* ifa. en social basis for omformningsprocessen - her organisationens rammer og muligheder som en eksisterende og stabil kontekst, **2)** tilstedeværelsen af *signifikante andre*, der kan føre individet (den professionelle) ind i en anden virkelighed og **3)** tilstedeværelsen af et *legitimeringsystem*, ikke blot til legitimering af den nye virkelighed, men tillige som legitimering af de stadier, som individet gennemløber og det, at alle andre virkeligheder skal opgives eller fornægtes (Berger & Luckmann, 2002: 183-184).

Set i forhold til de professionelles omformning eller omdannelse udgør den enkelte afdeling og kommunen som borgerservicerende organisation en effektiv og stabil sandsynlighedsstruktur for udfoldelse af faglige skøn. Her indgår den professionelle i sociale relationer og samarbejder med en række signifikante andre kollegaer (konsociater) og samarbejdspartnere. Det legitimeringsystem, der fordres i omdannelsesprocessen er her etableret gennem politiske og administrative beslutninger, inden for hvilke den enkelte professionelle må nå frem til en anvendelig subjektiv meningsfuldhed og handle.

De redskaber, der tages i anvendelse af en borgerservicerende organisation i *omdannelsen* af aktørernes forudgående erfaringsdannelse, omfatter *medlemskab, roller, programmer og beslutning* som konstituerende elementer i den borgerservicerende organisation. Redskaber og kendetegn, som jeg vil redegøre uddybende for i afsn. 10.1 i den efterfølgende analyse af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn.

I organisationen socialiseres (styres) den enkelte aktør i større eller mindre omfang i en retning, hvor bestemte måder at erkende, reflektere og konstruere forståelser/handlinger på i udfoldelsen af faglige skøn er mere sandsynlige, andre er ikke umulige men mindre sandsynlige. Dermed vil den enkelte aktør gennemgå en særlig form for professionel eller faglig *dannelse* inden for organisationens mulighedsbetingelser. En dannelsesproces, hvori den enkelte aktør også vil kunne møde modstand (krav) fra andre medlemmer og organisationen i forhold til den måde vedkommende tolker og forstår borgerens situation og vanskeligheder på i hverdagslivet med kræft. "*Vi tolker ved hjælp af andre ved at sammenligne og gøre modstand mod hinandens tolkninger*" (Gustavsson, 1998: 46). I dannelseteorien taler man ligefrem om nødvendigheden af *afdannelse*: "*Således kan man også tale om nødvendigheden af afdannelse i den forstand, at der hos det enkelte [voksne] menneske må ske en opløsning af de gældende forestillinger om, hvad et menneske, verden og det gode liv er, før der kan finde en ægte dannelsesproces sted hos dette menneske*" (Hansen, 2008:237). Et perspektiv, der er helt parallelt til Berger & Luckmanns begreb om omformning.

Dette perspektiv på de signifikante andre og organisationens prægning af den enkelte professionelles erfaringsdannelse i en sundheds- og socialfaglig praksis har ført mig frem til konstruktionen af begrebet *omdannelse* som betegnelse for den proces, der finder sted i enhver organisation. En proces, hvor den enkelte aktør på den ene side har et vist personligt eller individuelt fortolknings- og handlerum, på den anden side bliver programmeret (styret, tvunget) til at følge organisationens forventninger om udfyldelse af bestemte roller, fx om at udvise ansvarlighed, loyalitet, fleksibilitet og omstillingsparathed.

Systemdannelse

I min fremstilling af det professionelle faglige skøns dannelsesformer har jeg indledningsvist nævnt, at man også vil kunne tale om en fjerde form - *systemdannelse*, som den form for dannelse omkring det faglige skøn, der kendetegnes ved den borgerservicerende organisations mulighedsbetingelser.

Dette aspekt vil jeg redegøre uddybende for i min tematiske analyse i det efterfølgende kapitel 10. Her vil det blive belyst, hvorledes en lang række aspekter i den borgerservicerende organisation medvirker til at *danne* en række funktionelle kendetegn i det professionelle faglige skøn. I kapitel 11 om *forståelse af det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser* vil jeg videre belyse, hvorledes en række aspekter og mekanismer er konstituerende for det faglige skøn på et kontinuum mellem et aktør-/livsverdensperspektiv og et

struktur-/systemperspektiv, analyseret gennem en komparativ analyse af udfoldelsen af det faglige skøn i de fire afdelinger i undersøgelsen.

Begrundet i ovenstående vil jeg derfor ikke her komme nærmere ind på *systemdannelsen* i det faglige skøn, men nøjes med at henvise til kap. 10 og 11.

9.4 Konklusion

I denne tematiske analyse af *det faglige skøns dannelse som kompetence* har jeg med afsæt i nogle teoretiske perspektiver på læring og refleksion i udviklingen af vurderingskompetencer, og den måde professionelle i fire organisatoriske enheder italesætter dannelsen af det faglige skøn, foretaget en teoretiserende analyse af det faglige skøns dannelsesformer.

Analysen peger på, at dannelsen af *det professionelle faglige skøn* sker som en udvikling af funktionsdueligheder eller former for faglig kompetenceer, der bygger på en kombination af den professionelle aktørs

- personlig **selvdannelse** som menneske med erfaringer fra eget personlige livsforløb,
- professionsfaglige **uddannelse** og
- erfaringsbaserede **omdannelse**

som en sammenhængende socialiseringsproces af såvel primær- som sekundær-socialiseringer i og til den sociale virkelighed, der udgøres af de professionelles arbejdsfunktion i en borgerservicerende organisation. I analysen af socialiseringsprocessen har især Berger & Luckmanns teori om internalisering af den sociale virkelighed været anvendt som blik på de mekanismer, der udspiller sig i den måde mennesker overtager og i et vist omfang modificerer den eksisterende viden i en social virkelighed.

Her udgør den erfaringsbaserede **omdannelse** den dominerende dannelsesform inden for den borgerservicerende organisations mulighedsbetingelser; mulighedsbetingelser, der vil kunne betragtes i perspektiv af organisationens **systemdannelse**.

Den personlig-faglige **selvdannelse** omfatter en livslang og fri proces, rettet mod at *danne sig og at blive til nogen* - nogen eller noget som vi ikke på forhånd kender til, men som kan knyttes tæt til en personlig identitets- og myndighedstænkning⁷².

Den professionsfaglige **uddannelse** udgøres af en proces rettet mod ændringer i den enkelte aktørs forventningsmønstre. Mønstre, der vil kunne præge den måde, hvorpå den enkelte aktør reflekterer over, deler forståelser og handler på som subjektivt individ og aktør i et organisatorisk system.

⁷² Dette begreb *myndighedstænkning* referer ikke til det forvaltningsmæssige myndighedsbegreb, men til individ, der er bevidst om og kan tage ansvar for egne handlinger.

Den erfaringsbaserede **omdannelse** omfatter en proces, hvor den enkelte aktør på den ene side har et vist personligt eller individuelt fortolknings- og handlerum, på den anden side bliver programmeret (styret, tvunget) til at følge organisationens relevansstrukturer og forventninger om udfyldelse af en række bestemte iagttagelsesformer, roller og praksisformer.

Med den betydning, som den erfaringsbaserede *omdannelse* har for det faglige skøns dannelse og konstituering som kompetence i den sundheds- og socialfaglige praksis, vil det være meget betydningsfuldt for en løbende udvikling af det faglige skøns form og indhold. Ligeledes vil det være af betydning, at der er opmærksomhed over for, at der gives tid og rum for de professionelles udfoldelse af *kritisk selvrefleksion* i forhold til den enkeltes og organisationens praksis med udfoldelse af faglige skøn. Sker dette ikke, vil det faglige skøn kunne få en stivnet form med et indhold, der ikke er i stand til at møde og imødekomme de vanskeligheder og behov for rehabilitering borgere i et kræftforløb har gennem en individualiseret, målrettet og viden(evidens)baseret rehabiliteringsindsats; vanskeligheder og indsatsformer, der vil fortsætte med at udvikle sig over tid.

10. Mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen

Udfoldelse af det professionelle faglige skøn finder sted som et fænomen, der ikke kan adskilles skarpt fra udfoldelse af *dømmekraft*, jf. kap. 1 og 3 om forforståelser og teoretiske perspektiver. Et skøn, der viser sig *i og som* en *refleksiv handling* udfoldet af medarbejdere i en konkret social sammenhæng. Skønnet er endvidere udtryk for individuelle refleksioner inden for institutionaliserede praksisformer og tænkemåder (Juul, 2005:68). Heri ligger en antagelse om, at de enkelte afdelinger som sociale strukturer eller systemer øver indflydelse på udfoldelsen af det faglige skøn gennem de *mulighedsbetingelser*, der råder i de inkluderede afdeling i undersøgelsen. Det er denne antagelse, der er afsæt for og fokus i denne førte tematiske analyse.

Begrebet *mulighedsbetingelser* anvender jeg som en kobling mellem to distinktioner. En distinktion, der retter sig imod de muligheder aktører i sociale systemer altid har for at fortolke og handle i konkrete situationer. Den anden distinktion retter sig imod, at fortolkninger og handlinger ikke sker i et tomrum, men i forskelligt omfang vil være influeret af de betingelser, hvorunder disse finder sted. Der er med Luhmanns begrebsverden tale om, at der for det første **1**) altid finder en *konditionering* sted med specificering af genstanden, (skønnet) og det punkt iagttagelsen (praksisform) udfoldes fra. For det andet **2**) foretages der en bestemmelse eller specificering af iagttagelsesregler for fx at dømme en diskurs inden eller uden for forskellen system] omverden (Luhmann, 2000; Andersen, 1999: 184). Ligeledes taler Luhmann om begrebet *kontingens* som udelukkelse af umulighed og nødvendighed. Der er dog ikke tale om en hvilken som helst umulighed eller nødvendighed, men en verdens realitet forudsat som første og ikke-udskiftelige betingelser for det, der er muligt (Luhmann, 2000:146-147). Når jeg undersøger udfoldelsen af det professionelle faglige skøn i fire forskellige afdelinger i en borgerservicerende organisation, må dette ske med en opmærksomhed over for og inddragelse af disse umiddelbart 'ikke-udskiftelige' mulighedsbetingelser. Et aspekt, som Berger & Luckmann også inddrager i deres teori om den samfundsskabte virkelighed, hvori de taler om, at mennesket er et produkt af den sociale virkelighed og at samfundet har en objektiv realitet (Berger & Luckmann, 2002). Selv om den sociale virkelighed, og dermed de reale mulighedsbetingelser er menneskeskabte lader disse sig ikke uden videre udskifte, ikke uden 'modstand' fra systemet eller organisationen selv.

I forhold til undersøgelsens teoretiske perspektiver og inddragelsen af disse rettes fokus her såvel mod aspekter knyttet til den enkelte aktørs udfoldelse af faglige skøn som strukturen (organisationen som system), og den konstruerende og konstituerende rolle disse har i forhold til det faglige skøn. En interaktionistisk forståelse af mulighedsbetin-

gelses for udfoldelse af det faglige skøn må inddrage den enkelte aktørs meningsdannelse og samhandling i organisationen. Berger & Luckmanns teori om den samfundsskabte virkelighed (jf. afsnit 3.2) anvendes her som teoretisk fortolkningsramme for den proces, hvori professionelle i gensidig interaktion inden for rammerne af en organisation konstruerer og konstituerer det faglige skøn som fænomen. En proces, der finder sted som *eksternalisering* af skønnet i den enkelte professionelles daglige arbejde med ansigt-til-ansigt-relationer og institutionaliserende typificeringer. Typificeringer, der i praksis får en *objektiv* karakter og *internaliseres* gennem den enkelte aktørs socialisering i og gennem organisationens praksis. Et aspekt, der har paralleller til og kan forstås i lyset af Schutz' sociologi om aktørernes subjektive forståelser, intentioner og motiver i en *common sense-tænkning* i *intersubjektive* relationer i den sociale virkelighed (jf. afsn. 3.2).

Som jeg redegør for i det efterfølgende afsnit rummer Luhmanns (2000) perspektiv på organisationen begreber som *roller*, *programmer* og *beslutninger*, der på struktur eller systemniveau rummer teorier og analytiske begreber, som jeg anvender i mine sammenlignende analyser af mulighedsbetingelser for de professionelles udfoldelse af faglige skøn i organisationen. I min analyse af mulighedsbetingelser for skønnet i organisationen inddrager jeg endvidere Luhmanns begreb omkring funktionel differentiering.

Denne analyse af mulighedsbetingelser gøres efterfølgende til genstand for teoretiske refleksioner i forhold til Juuls normative dømmekraftsideal om *solidaritet*, *anerkendelse* og *retfærdighed* (Juul, 2010: 80).

Analysen indledes med en fremstilling af mit teoretiske perspektiv på den borgerserviserende organisation således, som Hasenfeld (2003) og Luhmann (2000) fremstiller organisationen som indretning og system i det moderne samfund. Efter denne teoretiske fremstilling af kendetegn ved en borgerservicerende organisation præsenteres de fire afdelinger, der udgør felten for denne undersøgelse. Herefter foretager jeg en adaptiv inspireret analyse af de fire afdelinger med inddragelse af Luhmanns teori om differentiering af sociale systemer (organisationer). I denne analyse undersøges den måde, hvorpå de enkelte afdelinger optræder som kontekst for udfoldelsen af de professionelles faglige skøn og differentierer sig fra andre afdelinger (organisationens omgivelser). Herefter rettes blikket mod de professionelles udfoldelse af faglige skøn i organisationen; hvorledes fremtræder det faglige skøn, iagttaget ved observation af de enkelte aktørers praksis samt dokumentation af skøn i borgerjournaler og andre dokumenter? Temaet afsluttes med en komparativ analyse af mulighedsbetingelser for udfoldelse af faglige skøn i de fire organisatoriske enheder. Her anvender jeg begreber hentet fra Luhmanns systemteori (2000), der kan synliggøre organisationernes funktionelle differentiering og dermed konstituering af lokale mulighedsbetingelser for udfoldelsen af faglige skøn.

Det empiriske grundlag for denne analyse udgøres af et meget omfattende datamateriale fra *Fase 1* i min datageringsproces, indeholdende en *thick description* af fire organisatoriske enheder, samtaler med aktører og udfoldelse af faglige skøn i interne møder i afdelingerne samt praksis for vurderingssamtaler med borgere, observeret ved delta-

gende observation af en lang række samtaler. Hertil kommer analyser af 25 borgerjournaler og en lang række dokumenter. En detaljeret fremstilling af min *thick description* af deltagerobservationer i de fire afdelinger er beskrevet i fire case-rapporter sammen med meningskategoriseringer og -kondenseringer af besvarelser fra case note review-processen samt transskriberede tekster fra mine interviews af 14 informanter fra de fire afdelinger (jf. Datamatrix, bilag 20).

10.1 Kendetegn for borgerservicerende organisationer

Vurderinger af behov for samt tilbud om rehabiliterende indsatser i forhold til en borgers vanskeligheder i hverdagslivet som følge af kræft finder i dag sted i vidt omfang⁷³ inden for rammerne af den offentlige kommunale sundheds- og socialsektor. I min tilgang i denne undersøgelse betragtes de fire inkluderede afdelinger i Randes Kommune som virksomhedsområde og felt for mine iagttagelser i perspektiv af Hasenfelds teori om *borgerservicerende organisationer* (Hasenfeld, 2003), dels som et *organisatorisk* (socialt) *system* inspireret af Luhmann (2000).

Borgerservicerende organisationer adskiller sig fra andre bureaukratier ved det forhold, at deres 'råstof' består af mennesker, hvis form kan afgrænses i forhold til typen af borgere (klienter), som organisationen servicerer og de transformationsteknologier, som organisationen benytter i forhold til at tilvejebringe forandringer hos deres borgere [brugere]. Her skelner Hasenfeld henholdsvis mellem normalt fungerende og dårligt fungerende samt mellem menneskedefinerende, -bevarende og -forandrende teknologier (Hasenfeld, 2003:19-23). I forhold til felten for denne undersøgelse vil der være tale om anvendelse af såvel *definerende* (klassificerende, diagnosticerende), *bevarende* (fx via økonomisk støtte) og *forandrende* (støtte, hjælp, behandling mv.) teknologier eller indsatsformer i rehabilitering hos borgere med kræft.

Borgerservicerende organisationer har, sammenlignet med andre bureaukratier, de samme karakteristiske træk: "*De er konstruerede, målrettede, sociale enheder, der importerer ressourcer fra deres omverden med henblik på at frembringe et specificeret sæt af produkter og opretholde sig selv*" (Hasenfeld, 2003:23). Der eksisterer dog et unikt sæt af karakteristiske træk eller mulighedsbetingelser i de borgerservicerende organisationer, begrundet i disse organisationers arbejde gennem og for mennesker: For det første **1**) *består 'råstoffet' af mennesker, der besidder moralske værdier*, hvorfor rehabiliteringsindsatserne skal have legitimitet, ligesom der er grænser for, hvad den professionelle kan gøre *ved* borgeren. Det er bl.a. også herfra borgerens motivation for forandring og samarbejde udspringer. For det andet **2**) er *målene for borgerservicerende organisationer ofte vage, flertydige og problema-*

⁷³ Sker dette ikke allerede i dag skal det fremover i vidt omfang finde sted her, begrundet dels i ansvars- og opgavedelingen mellem hospitalssektoren og den kommunale sundheds- og socialsektor efter strukturreformen i 2007, dels i nye krav i forhold til rehabilitering ved kræft i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram herfor (Sundhedsstyrelsen, 2012/a).

tiske - bl.a. begrundet i, at det kan være vanskeligt at nå frem til en fælles forståelse af behovet for rehabilitering. For det tredje **3)** betyder flertydigheden og uklarheden i forhold til sammenhæng og valg imellem borgerens værdier og organisationens/samfundets samt andre interessegruppers værdier og mål, at *de involverede borgere og fagfolk nødvendigvis må agere i en flydende, foranderlig og turbulent praksis*. For det fjerde **4)** *må borgerservicerende organisationer ofte operere med usikre 'teknologier', som ikke tilvejebringer eller rummer fuldstændig viden om, hvordan man opnår de ønskede resultater - begrundet i a) menneskets kompleksitet, b) en ufuldstændig viden om hvordan mennesker fungerer, og hvorledes vi kan skabe forandringer og c) mange af de opgaver, som den borgerservicerende organisation har til opgave at forandre kan ikke observeres eller måles*. For det femte **5)** *består kerneaktiviteten i den borgerservicerende organisation af relationer mellem borgeren og den enkelte/grupper af fagfolk*. Denne relation er afgørende for de transformationer eller forandringer, der tilsigtes i organisationens og den professionelle rehabiliteringsarbejde. Formen og kvaliteten i borger-medarbejder-relationen er således afgørende for indsatsens (organisationens) succes eller fiasko. I dette relationelt prægede arbejde udfolder medarbejderen et fagligt skøn, der får stor betydning for såvel borgeren som organisationen. For det sjette og sidste **6)** *mangler borgerservicerende organisationer pålidelige og gyldige målemetoder for opnåelse af tilsigtede resultater; en mangel, der på den ene side kan gøre det vanskeligt at evaluere organisationens effektivitet - virker det, vi gør overhovedet, på den anden side kan det være vanskeligt at initiere og begrunde fornyelser og forandringer af organisationen* (Hasenfeld, 2003:25-28).

I et Luhmann-inspireret perspektiv udgør en borgerservicerende organisation som en kommune med forvaltninger, afdelinger og institutioner et *autopoietisk socialt system*; nærmere bestemt som et *funktionsmæssigt differentieret organisationssystem*. Et aspekt, som jeg nedenfor uddyber, begrundet i den rolle og betydning begrebet funktionel differentiering har som analytisk begreb i mine analyser af mulighedsbetingelser i organisationen for udfoldelse af det faglige skøn. I lighed med andre sociale systemer kommunikerer organisationen med kommunikationer som systemets grundlæggende enhed. Dette system har, som jeg har redegjort for ifm. med min metateoretiske position, en række særlige kendetegn ifa. *medlemskab, programmer, roller og beslutninger*. Tække & Paulsen taler om *programmer, personale og kommunikationsveje* og siger sammenfattende, at organisationer "[...] kan analyseres som beslutningssystemer, der afgrænser sig fra omverden via betingelser for medlemskab, og som i den fortløbende kommunikationsproces har skabt og skaber sig en historie, der som struktur af kondenserede beslutninger (beslutningspræmisses) leder de aktuelle beslutningspræmisses. Organisationer kan ses som autopoietiske, da de kontinuerligt skaber sig selv gennem netværk af beslutninger [...]" (Tække & Paulsen, 2008:32-34).

Organisationer bliver således samfundets *handlingssystem*, og beslutninger er det stof, som de er gjort af. I dette netværk af kommunikationer og beslutninger gøres det enkelte menneske eller aktøren til *masker*, og masker er ikke mennesker, men en struktur i organisationens kommunikation. Organisationer er flygtige og må løbende vælge sin næste tilstand, hvis den skal vedblive med at bestå (Thysen, 2000:70-71). Ligeledes er

organisationer som sociale systemer også vanskelig at gribe og begribe, hvorfor disse kun lader sig iagttage i de *tidslige* situationer og kommunikations- eller *sagsmæssige* sammenhænge, hvori nogen udfolder forståelser i organisationen som system, fx i form af faglige skøn.

Både Hasenfeldt og Luhmann betragter organisationer som *konstruerede* systemer. I modsætning til Hasenfeldts forståelse af organisationens relation til dets omverden bygger Luhmanns systemteori (2000) på en opfattelse af, at systemet grundlæggende skaber og opretholder sig selv som system gennem *selvreference*. Der finder dog visse koblinger sted til systemets omgivelser ifa. *fremmedreference* via *strukturelle koblinger* - fx til ny viden og forskning, samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer. Det er bl.a. herigennem, at systemet kan opretholde en funktionel sammenhæng og koordinering af sin egen kommunikation og tilskrivning af *meninger* som grundlag for *handling* med realisering af det nærliggende/mulige i forhold til det usandsynlige/aktuelt umulige i den konkrete situation. En referenceform, der skaber selektive forbindelser til systemets omverden, og igennem hvilke organisationen selv vælger evt. at lade sig 'forstyrre' af andre systemers kommunikationer i dets omverden.

Ud fra ovenstående er der således en lang række særlige forhold, der udspiller sig og skal tages i betragtning, når man som jeg gør, i denne undersøgelse observerer og søger at forstå, hvorledes det professionelle faglige skøn kommer til syne i aktørernes tænkning og praksis. Forhold, der handler om, hvorledes den enkelte afdeling og dens medarbejdere søger at håndtere de funktionsbetingelser Hasenfeldts og Luhmanns perspektiver ovenfor rummer. Nogle af de aspekter, der videre antages at kunne spille en rolle som mekanismer i konstruktion og konstituering af praksis i de inkluderede afdelinger og dermed for det professionelle faglige skøn er aspekter omkring *kompleksitet* og *tillid* som greb til reduktion af kompleksitet i moderne velfærdsinstitutioner. Hertil kommer den måde, hvorpå *helhedssyn* og *ret/retsanvendelse* i socialt arbejde er med til at etablere muligheder og betingelser for udfoldelse af et fagligt skøn, ligesom *implementering af politik i praksis* på frontlinjeniveau må antages at kunne have betydning for professionelles og organisationers udfoldelse af faglige skøn. I denne og de efterfølgende tematiske analyser vil disse mekanismer blive inddraget og udfoldet som led i min belysning af forskellige aspekter i de professionelles faglige skøn.

Funktionel differentiering af sociale systemer

Begrundet i den betydning Luhmanns teori om sociale systemers *funktionel differentiering* har i min analyse af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen, vælger jeg, at belyse nogle af begrebets elementer yderligere.

Sammen med begrebet om kompleksitet udgør teorien om *funktionel differentiering* af sociale systemer udgangspunkt for Luhmanns samfundsteori. Begrebet handler om sociale systemers evne til at danne subsystemer som gentagelse af systemdannelsen i systemet selv (Luhmann, 2000:42) igennem hvilken systemet frembringer en system/omver-

densdifference, hvorved fx funktionsmæssigt forskellige systemer (enheder) bliver omverden for hinanden.

Et socialt system er endvidere kendetegnet ved *kompleksitet* (jf. min fremstilling heraf i afsn. 3.3). For at kunne håndtere kompleksiteten i den moderne sociale virkelighed er det nødvendigt, at sociale systemer er i stand til funktionelt at differentiere sig; dvs. etablere meningsgrænser for handlinger i handlingssammenhænge (mulighedsbetingelser) med en større eller mindre grad af determinering og handlerum (kontingens), fx som det sker i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn i store borgerservicerende organisationer.

Luhmann har i sin samfundsteori primært fokus på den funktionelle differentiering på samfundsniveau som differentieringer af komplekse systemer, der ikke kan gå i stedet for eller erstatte hinanden, fx i forholdet mellem økonomiske, politiske og retssystemer. En intern differentiering af systemer, hvortil jeg i denne undersøgelse regner de fire inkluderede organisatoriske enheder. Luhmann peger videre på, at intern differentiering "[...] er et vigtigt punkt i sociale systemers uddifferentiering". I en sådan intern differentiering, fx organisationssystemer som hjælpesystemer på det kommunale område og internt i den enkelte kommune, er det en forudsætning, at systemet kan opretholde sin meningsgrænse i distinktionen system \uparrow omverden for, at vi fortsat kan tale om et delsystem af samfundets hjælpesystem. Dannelsen af delsystemer betyder "[...] ikke andet end gentagelse af systemdannelsen i systemet selv". Systemet deler sig i delsystemer, hvorved der etableres en internt system \uparrow omverdensdifference, hvorved delsystemet får det samlede systems delsystemer som sin omverden. Hertil kommer, at det enkelte delsystem kan have specifikke måder at være på set i forhold til de øvrige delsystemer (Luhmann, 2000:236-37; Kneer & Nassehi, 2002:116). Det er dette aspekt om funktionel differentiering af organisationssystemer, som jeg trækker på i mine analyser af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det professionelle faglige skøn - her i fire afdelinger kendetegnet ved alle at være delsystemer i samfundets velfærdssystem.

I det enkelte system anvendes der bestemte skemaer for iagttagelser af, hvad der hører til systemet af meninger, og hvad der ikke gør, og dermed udgør systemets omverden. Disse skemaer benævnes *binære koder*, der i denne undersøgelse fx kan bestå i koder som *hjælp* \uparrow *ikke-hjælp*, *syg* \uparrow *ikke-syg* som den måde, hvorpå det enkelte delsystem, den enkelte afdeling, konstituerer sig på som funktionelt differentieret system. Her vil endvidere alt, der ligger uden for denne binære distinction have karakter af omverden, noget andet og kontekstur for systemets operative kommunikationer. I denne skelnen mellem fx *hjælp* \uparrow *ikke-hjælp* anvender det enkelte system *programmer* for at kunne foretage denne skelnen mellem kommunikationer (fx fakta om en borgers vanskeligheder), og om disse retmæssigt hører til inden for systemets meningsgrænse eller må betragtes som omverden: "*Programmer er således 'forudgivne betingelser for rigtigheden i selektionen af operationer. [...] Programmer gør det muligt for de operative delsystemer at indbygge dets omverden (altså noget eksternt, som for så vidt retter sig efter koden) i deres egne operationer uden derved at forlade deres egen binære kodning*" (Kneer & Nassehi, 2002:138). I denne undersø-

gelse betyder teorien om programmering af beslutninger, at de professionelle ved inddragelse af regler i lovgivningen som distinction mellem ret] ikke-ret til hjælp anvender en optik til brug for afgørelser af, om de givne oplysninger i borgerens 'sag' (retsfaktum) falder inden for systemets meningsgrænser, og dermed giver adgang til hjælp.

Det er endvidere kendetegnende for det moderne samfunds sociale systemer, herunder funktionelt differentierede organisationssystemer, at de kommunikerer operativt uden at have et privilegeret iagttagelsepunkt. De er med andre ord kendetegnet ved en *polykonteksturalitet*, der betyder, at de ikke kun kan kommunikere ud fra én men ud fra flere koder i sammenhæng i deres skelnen mellem meninger (kommunikationer), der hører til inden for systemets grænse mellem system og omverden (Luhmann, 2000:219-253; Kneer & Nassehi, 2002:115-171).

Med inddragelse af teorien om funktionel differentiering af organisationssystemer, her kommunale delsystemer i samfundets hjælpe-system og anvendelsen af flere forskellige samtidige koder i deres distinktioner mellem meningsfulde kommunikationer i forholdet mellem system] omverden, er det nu muligt for mig at analysere, hvorledes forskellige aspekter i det professionelle faglige skøn udfolder sig i hver af de fire inkluderede afdelinger i denne undersøgelse.

10.2 Fire afdelinger som borgerservicerende organisationer

Efter at have belyst Hasenfjelds perspektiv på offentlige organisationer i det moderne samfund og Luhmanns kendetegn for organisation som socialt system vil jeg rette blikket mod de fire afdelinger eller organisatoriske enheder i Randers Kommune, der udgør feltet for min undersøgelse og min efterfølgende analyse. Hvorledes ser de rammer og betingelser ud, som de professionelle har som afsæt for udfoldelsen af faglige skøn? Hvorledes kan man betragte de fire afdelinger som funktionelt differentierede organisationer med forskellige mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn?

Visitationsenheden ⁷⁴

Visitationsenheden blev etableret 01.01.2007 i forbindelse med kommunalreformen med et ønske om én indgang for borgerne. I 2001-2003 indførte mange kommuner, herunder de kommuner, som den ny Randers Kommune kom til at bestå af, BUM-modellen, der er en model for adskillelse af *bestiller-udfører-modtager-funktionen*. Denne model blev videreført ved strukturreformen (Kommunernes Landsforening, 2006).

Visitationsenheden er organisatorisk placeret i sundheds- og ældreområdet og refererer politisk til Sundheds- og ældreudvalget. Forvaltningsmæssigt indgår *Visitationsenheden* i

⁷⁴ Denne fremstilling bygger på data fra kilder beskrevet i min Datamatrix A-1, jf. bilag 20.

en forvaltning bestående af et sekretariat, en sygeplejefaglig leder, en ældrechef med ansvar for kommunens ni områder (geografisk opdelt distrikter), hjælpemiddelområdet og madservice, en sundhedschef med ansvar for Randes Sundhedscenter, rehabilitering, sundhedsplejen og tandplejen samt en chef for kommunens psykiatriindsats. Ledelsesmæssigt ledes *Visitationsenheden* af en visitationschef med reference til direktøren for *Sundheds- og Ældreforvaltningen*.

Rent fysisk var *Visitationsenheden* placeret på kommunens gamle kasserneområde ind til efteråret 2010. Her er kommunens *Jobcenter* og *Sygedagpengeafdeling* også placeret. Ved afslutningen af min datagenerering flyttes *Visitationsenheden* til mere velegnede fysiske rammer centralt i Randers by. Medarbejderne sidder for de flestes vedkommende på en-mandskontorer, hvor en lang gang rummer kontorer og birum til begge sider. Overalt fremtræder lokalerne venlige, moderne, funktionelle og med udsmykning på vægge m.v. I flere af lokalerne sidder flere medarbejdere sammen (hjælpemiddelterapeuter, administrative medarbejdere, der behandler cirkulærestemte hjælpemiddelsager og enkelte af visitatorerne). Medarbejderne var på kasserneområdet organiseret på to etager forbundet med et stort og åbent trappeområde. Her var der også i underetagen tilknyttet et mindre køkkenområde med bord/stole, hvor medarbejderne i stueetagen indtager deres frokost. På 1. sal var der et større fælles mødelokale, hvor visitatorerne indtager deres frokost, og der kan afholdes fælles møder. I de nye lokaler er alle nu samlet på én etage, hvilket var det centrale mål for flytningen til disse nye lokaler. Her er der ikke de samme muligheder for at mødes i større grupper uden, at dette skal ske i et mødelokale i tilslutning til enheden (deles med andre serviceområder) eller i små grupper ved borde på gangen i afdelingen.

Som myndighed vurderer og bevilger *Visitationsenheden* hjælp til borgere inden for følgende områder: støtte til praktiske opgaver (fx rengøring og tøjvask), personlig hjælp og pleje (fx bad og soignering), psykisk pleje og omsorg, madordning, genoptræning, plejeboliger (døgnbemandede boliger for personer med et stort behov for pleje og tilsyn), ældreboliger, omsorgstandpleje, syns- og hørerhjælpemidler, personlige/kropsbårne hjælpemidler og genbrugshjælpemidler. Afdelingen søger at efterleve "[...] *Visionen for Randers Kommune Sundheds- og Ældreområde og sikre en ensartet visitation, så borgere får tilbudt en ensartet kvalitet og service*" (Footnote).

Medarbejderne er opdelt i en række teams, hvoraf teams med ansvar for personlig/praktisk hjælp (hjemmehjælp) og hjælpemiddeler/boligindretning udgør ca. 2/3 af en medarbejdergruppe på i alt 36 medarbejdere. De forskellige teams i *Visitationsenheden* er organiseret på følgende måde:

- 3 teams vedr. personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp) samt boligvisitation (fx plejeboliger)
- 1 team udgøres af to udskrivningskoordinatorer vedr. udskrivning af patienter fra Randers Regionshospital (etableret 01.01.2008)
- 3 teams med ansvar for hjælpemiddelbevillinger og boligændringer.

Hertil kommer en række mindre teams og enkeltmedarbejdere med ansvar for børnehjælpemidler, høre- og synshjælpemidler, kropsbårne hjælpemidler (adm. uddannede medarbejdere), administration af pleje- og ældreboliganvisning samt sekretær.

En dagligdag for visitatorerne så typisk ud til at blive disponeret på følgende måde:

kl. 08:00 - 09:00 Telefonsamtaler med borgere, samarbejdspartnere m.fl.

kl. 09:00 - 09:30 Planlægning og forberedelse af visitationsbesøg, fælles kaffepause

kl. 09:30 - 12:00 Visitationsbesøg i hjemmet eller på sygehuset (udskrivningskoordinat.)

kl. 12:00 - 12:30 Frokostpause

kl. 12:30 - 15:00 Sagsbehandling og administrativt arbejde i forhold til borgersager
Visitationsbesøg hos borgere

Lederen af enheden har fra starten af haft et ønske om at kunne organisere en bred visitation hos den enkelte borger, således at samme visitator kunne visitere til flere serviceområder (hjemmehjælp, sygepleje, træning og i et vist omfang hjælpemidler). Det har dog ikke kunnet realiseres endnu. Aktuelt pågår der ikke større organisationsændringer i *Visitationsenheden*, men på udførerledet er der planer samling af kommunens ni distrikter i færre og større enheder.

Personalesammensætningen rummer langt overvejende sundhedsfagligt uddannet personale (sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter) samt administrativt personale. Flere af medarbejderne har erfaringer som ledere fra andre stillinger, fx områdeleder. Hertil kommer medarbejdere med administrativ uddannelse; disse varetager dels behandlingen af cirkulærebestede sager inden for hjælpemiddelområdet og andet administrativt arbejde i afdelingen, fx af plejeboliger, sekretærfunktioner m.v.

Den enkelte visitators daglige arbejdsredskaber⁷⁵ i forhold til vurderingsarbejdet består, ud over visitatoren som person, computeren (stationær + bærbar) med forbindelse til kommunens omsorgssystem og telefon inkl. mobiltelefon. Den enkelte medarbejder søger endvidere i det daglige at klare egne sager og vurderingsopgaver selv; kun ved ferie og sygdom hjælper man hinanden på tværs i sager, hvor der skal træffes en afgørelse.

Den enkelte visitator har i stort omfang selv ansvaret for at vurdere og træffe afgørelser i forhold til anmodninger om en serviceydelse inden for visitationsenhedens ansvarsområde. Hvis den enkelte visitator er i tvivl eller usikker på aspekter i en sag, er der en åben kultur for at drøfte disse sager med en kollega, med lederen af enheden eller evt. mere generelt på møder i afdelingen. Det sker også i enkelte sager, at to visitatorer eller en visitator og en sagsbehandlende terapeut fra hjælpemiddelteamet deltager i samme visitationsbesøg, især ved mere komplekse 'sager'. Ved klager over en given bevilling foretages der en ny vurdering ved en anden visitator.

⁷⁵ Her er der på visse områder forskel på visitatorer (hjemmehjælpsområdet) og sagsbehandlende terapeuter, der benytter andre administrative procedurer og redskaber. Fremstillingen i dette kapitel omhandler, hvor andet ikke er nævnt, primært visitatorerne på hjemmehjælpsområdet.

Undervejs i min deltagende observation af det daglige arbejde i afdelingen, ved følgeskab med visitatorerne på hjemmebesøg og uformelle drøftelser med medarbejderne i afdelingen fremstod der en gennemgående rummelig, positiv og etisk syn på borgerne og de vanskeligheder, som disse kunne have i hverdagslivet. Dette kommer frem i den måde, hvorpå der tales om borgerne: "... forskelligheden i den måde mennesker lever på", "... at borgerne jo helst vil kunne klare sig selv", og "at vi jo skal hjælpe dem, der ikke selv kan" (Feltnote). Den tænkning, der var omkring rehabilitering kom til udtryk som en holdning om "at det handler om hjælp til selvhjælp" (Feltnote).

Visitationsenheden modtager løbende henvendelser fra borgere, kollegaer og andre samarbejdspartnere om 'sager', hvor der er behov for visitering til serviceydelser, opfølgning på den bevilgede hjælp, visitation til anden bolig m.v. Henvendelser om træning, fx fra sygehuset ifa. en genoptræningsplan eller behov for hjemmesygepleje visiteres ikke af visitator i *Visitationsenheden*, men formidles direkte ud til den relevante udførelsenhed, fx et af hjemmesygeplejerskedistrikterne eller *Rehabiliteringsenheden* i *Randers Sundhedscenter*.

Bevillinger af store hjælpemidler (el-kørestole, el-scootere mv.) varetages af *Visitationsenheden*, mindre hjælpemidler kan og bliver i en del tilfælde bevilget ude i distrikterne tæt ved borgerne (fx rollator, badebænk). Syns- og høreområdet er fra 01.01.2007 overgået fra de tidligere amter til *Randers Kommune*; her samarbejder man i dag med *Aarhus Kommune* på høreområdet og varetager opgaver for flere andre kommuner inden for disse to serviceområder. Inden for området for personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp) visiteres der ca. 3.600 timer pr. år. Kommunen råder endvidere over ca. 600 plejeboliger, og ca. 1.000 borgere har aktive hjælpemiddelsager.

Sygedagpengeafdelingen⁷⁶

Sygedagpengeafdelingen blev etableret 01.01.2007 i forbindelse med kommunalreformen og er fysisk placeret i et større kompleks af bygninger på det gamle militære kaserneområde i *Randers*. Afdelingen fordeler sig med lokaler over to lange bygningsfløje, indrettet overvejende med ret små og snævre enkeltmandskontorer til sagsbehandlere. Det er netop plads til skrivebord, mindre reoler og et par stole. Sygedagpengeafdelingen råder ikke selv over opholds- eller ventefaciliteter for borgere, hvorfor disse ved ventetid må stå i de smalle gange eller sidde på enkelte stole ved trappearealer. Lokalerne og gangarealerne fremtræder lyse og venlige; dog observerer jeg ved samtaler på kontorer eller ophold på gangene, at der er meget støj og tale kan høres på tværs af kontorerne og gangen udenfor, hvor andre borgere eller medarbejdere kan opholde sig. For medarbejderne forefindes der ikke mødelokaler i afdelingen men alene et rum til kopiering mv. Ved teammøder benyttes større mødelokaler i andre dele af *Jobcentret*.

⁷⁶ Denne fremstilling bygger på data fra kilder beskrevet i min *Datamatrix B-1-2*, jf. bilag 20.

Sygedagpengeafdelingen er som nævnt organisatorisk placeret som en del af *Jobcenter Randers* og refererer politisk til *Social- og Arbejdsmarkedsudvalget*. Forvaltningen rummer, ud over jobcentret, en forvaltningsenhed for det sociale område (kontanthjælp, misbrug, forsorgshjem mv.) og en enhed for handicapområdet (bo- og beskæftigelsestilbud mv.). Selve Jobcentret er overordnet opdelt i tre organisatoriske enheder: 1) en sygedagpengeafdeling, 2) en afdeling for jobformidling og 3) en afdeling for aktiv indsats og revalidering. *Sygedagpengeafdelingen* består i sig selv af seks teams med hver tre til fem sagsbehandlere i hvert team samt to teamledere, der hver er tilknyttet tre af de seks teams. Hertil kommer et administrativt team, en visitationsgruppe, en virksomhedsgruppe, en fastholdelsesgruppe, en IKU-gruppe (*Institut for KarriereUdvikling*⁷⁷), der samarbejder med et privat konsulentfirma om at understøtte jobsøgning for ledige og sygemeldte borgere og et team for samarbejde med CBR (*Center for Beskæftigelse og Revalidering*). Personalesammensætningen i de enkelte sygedagpengeteams består i overvejende i socialrådgivere, socialformidlere og administrativt personale. Jobfastholdelseskonsulenter har faglige kompetencer med et stort kendskab til arbejdsmarkedet.

Antallet af sygemeldte borgere i Randers Kommune var i 2010 i alt 8.543 borgere med samlet set 15.954 sygedagpengeforløb og et gennemsnit på 1,9 periode pr. sygemeldt borger⁷⁸. I forhold til kræftområdet viser tal fra en ny undersøgelse af helbredsforhold i Region Midtjylland, at ca. 2 % af borgerne i Randers Kommune har kræft svarende til en prævalens på ca. 1.400 borgere (Breinholt Larsen m.fl. 2011: 92). Jeg antager endvidere, at en betydelig del af de ca. 1.400 borgere med kræft i Randers Kommune har haft sygeperioder af kortere eller længere varighed, hvormed de må forventes også at have eller har haft kontakt til *Sygedagpengeafdelingen*⁷⁹

Sygedagpengeafdelingens myndighedsfunktion består i at træffe afgørelse om udbetaling af sygedagpenge til sygemeldte borgere. For at dette kan ske har kommunen pligt til at følge op på den enkelte sag, hvilket skal ske første gang inden udgangen af ottende sygefraværsuge. På baggrund af en samtale med den sygemeldte tager kommunen stilling til, om der skal iværksættes behandling, en beskæftigelsesrettet indsats eller en anden indsats. Herefter skal kommunen løbende følge op på borgerens situation og arbejdsevne. Senest ved anden opfølgning skal kommunen udfærdige en individuel opfølgningsplan, som har fokus på, hvordan den sygemeldte kan fastholdes på arbejdsmarkedet. Opfølgningsplanen bliver løbende revurderet og opdateret af sagsbehandleren. Kommunen kan her inddrage arbejdsgiveren og den praktiserende læge i opfølgningen, så indsatsen bliver så sammenhængende for den sygemeldte som muligt.

En typisk dagligdag for sagsbehandler i *Sygedagpengeafdelingen* så ud til at være tilrettelagt med telefonsamtaler fra kl. 08:00-09:30. Herefter bestod dagen af samtaler med de

⁷⁷ Oplysninger om firmaets funktion er hentet fra: <http://www.iku.dk/>

⁷⁸ Kilde: Søgning på Arbejdsmarkedsstyrelsens database vedr. sygedagpenge d. 04.03.2011; <http://www.ams.dk/NogleTal/Tal-om-arbejdsmarkedet/Seneste-tal.aspx>

⁷⁹ En uddybning af profilen for borgere med kræft i Randers Kommune er beskrevet i kap. 1, afsnit 1.2

enkelte borgere ofte med de første borgere fra kl. 10:00, i løbende sagsbehandling, kontakter (telefonisk og via brev/mail til talrige samarbejdspartnere), et ugentligt team-møder og for enkelte i varetagelse af de ugentlige informationsmøder for nye sygedagpengemodtagere. De vigtigste redskaber i sygedagpengearbejdet var, ud over sagsbehandleren selv som professionel aktør, computeren med mail- og journaliseringsystemer samt telefonen. Der så ikke ud til at indgå andre former for redskaber i det konkrete sagsbehandlingsarbejde. Den personalehåndbog, der findes elektronisk i afdelingen⁸⁰, så ikke ud til at blive anvendt i det daglige.

Den enkelte sagsbehandler kan have op til 45 aktive sager og varetager selvstændigt behandlingen af egne sager. Er sagsbehandleren i tvivl om noget i sin sag, kan hun drøfte dette med en kollega, med teamlederen eller vælge at tage sagen op på et fælles team-møde. Kompetencemæssigt har den enkelte sagsbehandler ansvar for selv at træffe afgørelser i sagen frem til 52 uger af et sygedagpengeforløb. Herefter skal der tages stilling til, om bevillingen kan fortsætte ud over de 52 uger, hvilket sker via sagsbehandling og fremstilling af sagen over for teamlederen, der herefter træffer afgørelse om sagen kan 'bære' en forlængelse efter de regler, der er i lovgivningen herfor. Dette aspekt omkring forlængelse af en sygedagpengesag uddybes yderligere senere i dette afsnit.

Sagsbehandlerne anvender papirjournaler som et af de to primære arbejdsredskaber. I papirjournalen opbevares breve og dokumenter fra borgeren og involverede samarbejdspartnere - typisk i form af skemamateriale, lægepapirer (statusbeskrivelser, kopi af lægejournaler fra sygehuse, speciallægeerklæringer mv.), udtalelser fra 'aktiv tilbud', fx fra *Center for Beskæftigelse og Revalidering* (CBR). Det andet centrale arbejdsredskab sagsbehandlerne anvender, er en PC baseret journalløsning - OPERA - fra KMD. Her føres løbende notater fra samtalerne, ligesom hele sagsstyringen, der er meget detaljeret, finder sted i dette system. En sagsstyring, der bl.a. skal sikre, at opfølgningen på den enkelte borgers sygedagpengesag følger de i lovgivningen fastsatte frister og andre krav, som er forudsætning for den statslige del af refusionen af kommunens udgifter til sygedagpenge inden for de første 52 uger af et sygedagpengeforløb.

Sygedagpengeafdelingen modtager registreringer (henvisninger) om nye sygemeldte borgere via jobcentrets visitation. I visitationen modtager man oplysningsskema fra borgeren, denne vurderes af visitationen i forhold til krav om oplysninger og umiddelbar ret til sygedagpenge, hvorefter oplysningsskemaet tilgår sagsbehandleren. Visitationen indkalder endvidere borgeren til et informationsmøde for nye dagpengemodtager, som denne har pligt til at møde frem til. Gyldige grunde til fravær kan, efter visitationens konkrete vurdering, være at borgeren fx er forhindret pga. behandling eller er for syg til at kunne komme til mødet. På mødet orienteres den sygemeldte om gældende rettigheder, pligter for den sygemeldte fx til fremmøde ifm. opfølgningssamtaler samt enkelte overordnede aspekter vedr. forløbet i behandlingen af en sygedagpengesag.

⁸⁰ Er registreret som dokument nr. 34 i dokumentsamlingen, jf. bilag nr. 20.

Sygedagpengeafdelingen fremstår som en traditionel opbygget forvaltning, hvor medarbejderne selvstændigt varetager sagsbehandlingsarbejde med direkte kontakt til de sygemeldte borgere, der løbende kommer til samtale på sagsbehandlerens kontor. Her beslaglægger den administrative del af det sociale arbejde hovedparten af den til rådighed værende tid, hvorimod den direkte kontakt udgør en begrænset del af sagsbehandlerens arbejdsdag. En undersøgelse fra *Dansk Socialrådgiverforening* i 2010 dokumenterer, at socialrådgiverne (sagsbehandlerne) på kommunernes jobcentre bruger 20 % af tiden til kontakt med borgerne, resten af tiden på 80 % går til administrativ tid, fordelt med 24 % til interne opgaver og 56 % til administrative opgaver (*Dansk Socialrådgiverforening, 2010:1*). Et aspekt, som informanterne ofte vender tilbage til i de interviews, det indgår i min undersøgelse.

Rehabiliteringsenheden ⁸¹

Randers Sundhedscenter, herunder *Rehabiliteringsenheden* er i dag placeret på Thors Bakke, hvor et helt nyt og moderne center åbnede den 12. december 2011 i et 8.000 kvadratmeter stort hus. Tidligere⁸² var centret placeret på Vestervold 4 centralt i Randers by i et noget ældre bygningskompleks i fire etager og stort set med samme funktion, som det nybyggede center på Thors Bakke. I *Randers Sundhedscenter* på Vestervold 4 var følgende funktioner/tilbud placeret på de fire etager:

- **Stueetagen** bestod af en reception op til et cafeområde for centrets brugere, rehabiliteringsenhedens kontor for fysioterapeuterne (ni arbejdspladser), lokaler til patient-/pårørendeforeninger, mødelokaler, kontorer, et stort træningslokale og undersøgelseskabiner.
- På **1. sal** var der bl.a. et større træningslokale, kommunens sundhedsteam (KRAM-faktorer) og det regionale tilbud om mamografiscreening.
- På **2. sal** var kommunens sundhedspleje placeret, en børne-unge-læge og kommunens sundhedstjeneste til forebyggelse af sygefravær.
- På **3. sal** fandtes der kontorer til forløbskoordinatorer på henholdsvis kræftområdet og neurorehabilitering, praksisdiætister, privat praktiserende psykolog, kommunens Frivillighedsnetværk, Kræftens Bekæmpelses rådgivning samt kantine og mødelokaler.

I forhold til denne undersøgelses målgruppe er det således centrets træningstilbud (genoptræning hos borgere med genoptræningsplan (GOP) og vedligeholdelsestræning), afvikling af rehabiliteringshold for borgere med kræft, støtte fra en forløbskoordinator

⁸¹ Denne fremstilling bygger på data fra kilder beskrevet i min Datamatrix C-1, jf. bilag 20.

⁸² Når jeg taler om *tidligere* refereres der til den periode af mit undersøgelsesforløb, hvorunder jeg foretog min datagenering (primo 2010 til primo 2011).

specifikt for kræftområdet og *Kræftens Bekæmpelses Rådgivning*, der var særligt i fokus undervejs i min deltagende observation.

Centret blev etableret i forbindelse med strukturreformen i 2007 hvor nye træningsopgaver tilgik kommunen. Enheden er placeret organisatorisk på sundheds- og ældreområdet med politisk reference til *Sundheds- og Ældreudvalget*. Forvaltningsmæssigt er centret placeret sammen med bl.a. *Visitationsenheden* i forvaltningen for *Sundhed- og Ældre* med en sundhedschef som ansvarlig for *Rehabiliteringsenheden* som serviceområde i forvaltningen. *Rehabiliteringsenheden* ledes i det daglige af en rehabiliteringschef med reference til sundhedschefen. Centret fremstår fysisk med en række ældre og løbende moderniserede lokaler, der efterhånden ikke længere kan leve op til fremtidens krav til et moderne kommunalt sundhedscenter, hvorfor der da også er sket indflytning i et nyt og moderne center, jf. min beskrivelse ovenfor.

Med strukturreformen fik kommunen ansvaret for den ikke-specialiserede genoptræning, formidlet via lægelig henvisning (genoptræningsplan; GOP) og ud fra sundhedslovens §§ 84 og 140. Kommunen modtager ca. 1.400 GOP pr. år, som enten løses af kommunalt ansatte terapeuter (Sundhedscentret og de ni centre på ældreområdet) eller af privatpraktiserende terapeuter efter frit valg af leverandør af træning for borgerne. I de enkelte områder af hjemmeplejen er der 6-8 trænende terapeuter, ligesom genoptræning og vedligeholdelsestræning efter Servicelovens § 86, stk. 1 og 2 samt visse hjælpenmiddelopgaver løses her.

Medarbejderne i *Rehabiliteringsenheden* er opdelt i en række funktionsrettede teams. Her er den største gruppe fysioterapeuter, der varetager den fysiske træning af borgere, især henvist med genoptræningsplaner fra regionens sygehuse. Hertil kommer teams og enkeltpersoner, der varetager forløb på hold for borgere med kræft (*Kræfthold*) og forløbskoordinering. Det daglige arbejde er tilrettelagt individuelt af den enkelte medarbejdergrupper med træning og personlige samtaler som den centrale aktivitet i perioden mellem kl. 08:00-15:00. Her imellem er der korte perioder med tid til dokumentation, telefonsamtaler, faglig sparring, fællesmøder og personlig tid mv. Rehabiliteringsenheden havde, på tidspunktet for min deltagerobservation, ca. 150-200 aktive borgere. Forløbskoordinatoren på kræftområdet har løbende ca. 100 aktive borgere. Ud over disse borgere kommer der et meget stort antal af andre borgere i forhold til centrets mange øvrige aktiviteter. Personalesammensætningen består af 11 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut, 2 forløbskoordinatore (1 på kræftområdet, 1 på neurorehabiliteringsområdet) samt administrativt personale, næsten alle på fuld tid. Som en forsøgsordning blev der i 2010 tilknyttet to projektmedarbejder, der skulle varetage en fremskudt sygedagpengeopfølgning i forhold til sygemeldte borgere med kræft. Der er således tale om et overvejende sundhedsfagligt uddannet personale med enkelte socialfagligt uddannede medarbejdere. Enheden har et tæt samarbejde med sygehuset i Randers, andre hospitaler, især i Aarhus, praktiserende læger, *Visitationsenheden*, hjemmeplejens ni områder, Jobcentret, Hospice Randers, Kræftens Bekæmpelses rådgivning og lokalforening.

Den enkelte medarbejders arbejdsredskaber i forhold til vurderingsarbejder bestod, ud over medarbejderen som person, i en computer, med forbindelse til kommunens omsorgssystem, hvori såvel fysioterapeuter som forløbskoordinator dokumenterer eget arbejde, telefon og mobiltelefon. Ud over omsorgssystemet dokumenterer såvel fysioterapeuter som forløbskoordinator i egne 'lokale' journaler. Vurderingsarbejdet i forhold til den enkelte borger håndteres i det daglige af den enkelte medarbejder, dog med store muligheder for faglig sparring fra kollegaer eller lederen af rehabiliteringsenheden, hvilket ofte bliver benyttet. Men ellers er det den enkelte medarbejder, der har ansvaret for egne borgere og dennes trænings- eller rehabiliteringsforløb. I Rehabiliteringsenheden er der møde hver onsdag fra 12:00 -13:30 (inkl. frokost), hvor faglige emner bliver drøftet sammen med gensidig udveksling af informationer mellem medarbejdere og leder. Én gang pr. måned tilstræber man at gennemføre supervisionsforløb i forhold til konkret borgerforløb. Ud over dette anvendes mødet til fælles undervisning.

Rehabiliteringsenheden (de trænende fysioterapeuter + forløbskoordinatoren på kræftområdet) modtager løbende borgere til træning med en genoptræningsplan (GOP) fra sygehuset via *Visitationsenheden*, der formidler GOP-en videre til Rehabiliteringsenheden i Sundhedscentret. Hertil kommer borgere, der henvises fra sygehuset, fra forskellige afdelinger i kommunen (fx ydelseskontoret, hjemmesygeplejen), fra egen læge, fra Kræftens Bekæmpelses rådgivning eller selvhenvendere til samtaler hos forløbskoordinatoren. Der sker således ikke en forudgående visitation af borgeren til Rehabiliteringsenhedens ydelser, fraset at den fysiske træning fordrer en GOP som lægefaglig begrundet henvisning hertil, ligesom der ikke er lokalt fastlagte kvalitetsstandarder for træningsområdet. Her forholder man sig alene til 1) Sundhedsloven, 2) anbefalinger i faglige vejledninger, herunder Den Danske Kvalitetsodel (DDKM) og 3) faglig viden og 'best practice' for den enkelte faggruppe (se også *Love, vejledninger og serviceinformationer*).

Rehabiliteringsenheden fremstår ud fra ovenstående fremstilling som **1)** en afdeling, der har en kombineret myndigheds- og udførerfunktion. Afdelingen udfolder dermed såvel en *retlig* som en *faktisk forvaltningsvirksomhed* uden at være bundet af stramme regler og lokale rammer i lovgivning og kvalitetsstandarder mv. *Rehabiliteringsenheden* er endvidere en enhed, hvor **2)** det i stor udstrækning er den enkelte medarbejders iagttagelser og fortolkninger, der danner baggrund for vurderinger og faglige skøn af borgernes situation og vanskeligheder i hverdagslivet og deraf afledte behov for rehabilitering. Endelig er der tale om en enhed, hvor **3)** vurderinger og skøn i forhold til behov for rehabilitering fremstår som a) ydelsesopdelte vurderinger, især ifm. planlægning, igangsætning og gennemførelse af genoptræningsforløb og b) mere helhedsorienterede vurderinger og skøn, især i forhold til deltagelse på centrets '*Kræfthold*' og ikke mindst i forbindelse med samtaler og støtte fra enhedens forløbskoordinator på kræftområdet.

Hjemmesygeplejen⁸³

Hjemmesygeplejen i distrikt *Dragonparken/Lindevænget* blev, som andre dele af kommunens organisation, nyetableret ifm. kommunalreformen i ni distrikter, der hver især omfatter en del af geografien og borgerne i den ny Randes Kommune. Nogle af distrikterne er såkaldte 'landdistrikter', andre er 'bydistrikter' i Randers by.

Hjemmesygeplejen er organisatorisk placeret i sundheds- og ældreområdet og referer til *Sundheds- og ældreudvalget* og med en ældrechef, der ud over hjemmeplejens ni distrikter også har ansvar for kommunens hjælpemiddeldepot og madservice. Forvaltningsmæssigt indgår ældreområdet i *Sundheds- og ældreforvaltningen*.

Rent fysisk er de enkelte distrikter, dvs. ledelse, administrativt personale, kontorer og fællesrum for personalet placeret i tilslutning til lokale plejecentre. For distrikt *Dragonparken*⁸⁴ er den fysiske placering knyttet til en nedlagt kasserne centralt i Randers by i ombyggede og moderniserede lokaler sammen med en række ældreboliger. Da indsatsen i hjemmeplejen foregår i borgernes hjem er der hovedsagelig indrettet lokaler til distriktets leder, hjemmesygeplejerskerne og et fællesrum, hvor det øvrige udekørende personale (social- og sundhedshjælpere og -assistenter) kan mødes til koordinering/gensidig information (fx rapport mellem de tre vagtlag; dag/aften/nat) samt personalerum. Hjemmesygeplejerskerne har et selvstændigt arbejdsrum øverst i tagetagen i den to-etagers bygning. Her er der indrettet arbejdspladser med almindelige kontorfaciliteter, telefon, PC, håndbøger mv., som sygeplejerskerne benytter i det administrative arbejde med dokumentation, planlægning og kommunikation med samarbejdspartnere (borger, praktiserende læge, sygehus mv.). Der er endvidere mindre depotfaciliteter (medicin doseringsæsker, sårplejeprodukter mv.), ligesom der er et mindre mødebord.

Sygeplejerskerne i distriktet er, ligesom det øvrige personale, ikke opdelt i teams, men i 'ruter' med et antal planlagte og akutte borgerbesøg hver dag. I kommunens hjemmepleje indgår social- og sundhedsassistenterne (SSA) 'på lige fod' med sygeplejerskerne⁸⁵ i hjemmesygeplejerskegruppen. For sygeplejerskernes vedkommende rummer en arbejdsdag op til ca. 20 besøg eller mere - dog afhængigt af de enkelte borgeres behov og plejetungde. Den enkelte sygeplejerskes rute bliver planlagt og placeret således, at tiden hos borgerne udnyttes mest muligt effektivt, hvilket betyder, at sygeplejerskerne er knyttet til bestemte dele af byen. Transporten rundt på ruten foregår forskelligt; nogle kan gå ruten igennem, andre benytter cykel og andre kommunal bil.

⁸³ Denne fremstilling bygger på data fra kilder beskrevet i min Datamatrix D-1, jf. bilag 20.

⁸⁴ På tidspunktet for min datagenerering pågik der drøftelser i forvaltningen omkring en ny struktur for kommunens ni hjemmeplejedistrikter med at samle disse i større og færre distrikter. Med virkning fra 2011 blev de ni distrikter samlet i tre distrikter, hver med afsæt i tre af de oprindelige distrikter. Dragonparkens sygeplejersker blev herefter placeret i lokaler på plejecenteret Lindevænget. Der er således sket en betydelig organisatorisk udvikling på hele hjemmesygeplejerskeområdet i Randers Kommune, hvorfor en række af de beskrevne forhold i dag på visse punkter er ændret.

⁸⁵ Denne organisering af social- og sundhedsassistenterne (SSA-erne) på lige fod med hjemmesygeplejerskerne var, ifm. min datagenerering, et emne, hvorom der internt var meget diskussion. Ledelsen havde i foråret 2010 iværksat en beskrivelse af profiler for de topersonalegrupper for bl.a. herigennem at kunne fastlægge fordelingen af ressourcer og arbejdsopgaver på hjemmesygeplejerskeområdet i fremtiden.

En dagligdag for hjemmesygeplejerskerne er typisk disponeret på følgende måde:

- 07:00 Møder ind på kontoret. Planlægger dagens besøg, evt. fremfindning af materialer til brug hos borgeren. Besvarelse af telefonhenvendelser.
- 07:30 Fællesmøde med distriktets social- og sundhedshjælpere. Rapport fra nattevagt/gensidig orientering mv.
- 07:45 (ca.) De enkelte medarbejdere kører ud til det første borgerbesøg.
- 12:00 (ca.) Sygeplejerskerne returnerer fra formiddagsbesøgene hos borgerne og mødes i fællesrum med social- og sundhedshjælpere. Spiser frokost + uformel udveksling af informationer i forhold til fælles borgere. Drøftelse af faglige problemstillinger.
- 12:30 Administrativt arbejde på kontoret, planlægning, kontakt fx til sygehus eller egen læge.
- 13:00 (ca.) Kører ud til borgere, der skal have besøg i løbet af eftermiddagen.
- 15:00 Returnerer til kontoret i Dragonparken. Administrativt arbejde, oprydning og evt. planlægning af næste dag.

Sygeplejerskens daglige arbejdsredskaber er, ud over de rent plejefaglige materialer og redskaber, en PDA/telefon med køreliste for borgerbesøg og forbindelse til kommunens omsorgssystem med journaloplysninger, stationær PC med samme omsorgssystem og alm. kontorprogrammer.

Den enkelte hjemmesygeplejerske søger i det daglige i vidt omfang at klare egne borgere og vurderingsopgaver knyttet hertil. Samtidigt er der i teamet af sygeplejersker/SSA-ere en kultur, hvor man let og uproblematisk kan drøfte egne eller fælles borgere, herunder hvorledes disses situation og vanskeligheder vurderes. Mange borgere vil have kontakt med flere i gruppen, ikke mindst hvis denne skal have hjemmesygepleje både dag, aften og nat. Ind imellem kunne der også iagttages faglige drøftelser med udfoldelse af skøn uden, at drøftelsen var knyttet til aktuelle borgere.

Henvisning af borgere til hjemmesygepleje sker via flere kilder; *Visitationenheden*, hospitalet (herunder udskrivningskoordinator), borgerens egen læge, pårørende eller borgere, der selv henvender sig. Hovedparten af henvendelser om hjemmesygepleje kommer imidlertid fra *Visitationenheden*, fra Randers Regionshospital og andre hospitaler.

Hjemmesygepleje omfatter bl.a. forebyggende sundhedsoplysning og rådgivning, sygepleje ved inkontinens, medicinadministration, personlig pleje, pleje ved alvorlig sygdom, psykisk pleje og omsorg, samtaler fx ved behandlingsforløb, sondemad, sårpleje, undersøgelser og/eller behandlinger. Indsatsen ydes gratis og hos alle borgere med behov for sygepleje i eget hjem (inkl. plejeboliger) eller i en Sygeplejeklinik ved områdecentret. Her er det den enkelte sygeplejerske, der sammen med borgeren løbende vurderer borgerens situation og behov samt udarbejder mål og planer for indsatsen. Sygeplejersken arbejder tæt sammen med de øvrige medarbejdere i hjemmeplejen især so-

cial- og sundhedshjælperne (hjemmehjælpen), de trænende ergoterapeuter og fysioterapeuter samt borgerens egen læge og sygeplejersker på Randers Regionshospital.

På ældreområdet er der i alt 24 plejecentre placeret ud over hele kommunen. Fra en række af disse udgår hjemmesygeplejerskerne samlet til borgere tilknyttet området; i område Dragonparken/Lindevænget serviceres man således i alt ca. 1.000 borgere.

I forhold til kræftområdet skal endvidere nævnes, at Randers Kommune råder over 5 hospicepladser, placeret på plejecentret Lindevænget. Her kan borgere indskrives med behov for symptomlindring, for rekreation og for at afslutte livet. Hospiceenheden fungerer endvidere som videncenter for medarbejdere i kommunens hjemmepleje i forhold til de særlige vanskeligheder, der er knyttet til alvorligt syge og døende.

Distrikt Dragonparken/Lindevænget fremstår som et traditionelt hjemmesygeplejerskedistrikt, hvor fokus er at yde god hjemmesygepleje og sikre, at dette sker så effektivt som muligt i forhold til de til rådighed værende ressourcer og med et klart fokus på brugernes (borgernes) oplevelse af kvalitet i plejen og omsorgen. Det fremstår endvidere tydeligt, at de enkelte medarbejdere værdsætter højt, at der ikke i dag finder en central visitation sted i forhold til sygeplejeopgaverne, og at den enkelte dermed har stor indflydelse på, men også er bevidst om eget ansvar for en prioritering i opgavevaretagelsen og ressourceanvendelsen: "*Jeg håber ikke det nogensinde bliver sådan, at Visitationen skal overtage visitering til sygepleje og vi bare bliver udfører*" (Inform. hj.spl.). Hjemmesygeplejerskerne har endvidere et bredt tværfagligt samarbejde inden for ældreområdet i kommunen (visitationen, træning, hjælpemidler, madservice), psykiatriområdet og sundhedscentret.

Der er således tale om en funktion med en overvejende *faktisk forvaltningsvirksomhed* med en implicit *retlig forvaltningsvirksomhed* - sidstnævnte begrundet i, at der for det første ikke skal træffes afgørelser om bevilling af sygepleje i forvaltningslovens forstand, for det andet at henvisninger om sygepleje ofte kommer fra hospitalet, interne samarbejdspartnere og borgerens egen læge, men også pårørende kan henvende sig. Den faktiske forvaltningsvirksomheds rolle blev givetvis understøttet af, at der på tidspunkt for min deltagende observation ikke fandtes en lokal kvalitetsstandard. Dermed var det bestemmelserne i sundhedslovens § 138, vejledningen hertil og kriterier knyttet til det at virke som autoriseret sundhedsperson (omhu og samvittighedsfuldhed), der satte rammerne for sygeplejerskernes vurderingsvirksomhed (Madsen, 2010:127-131).

Differentieringsanalyse af fire afdelinger

I de foregående afsnit har jeg redegjort for de fire inkluderede afdelinger og en række organisatoriske aspekter som en deskriptiv fremstilling af konteksten for udfoldelse af faglige skøn. Med afsæt heri vil jeg nu foretage en analyse af organisationernes eller afdelingernes funktionelle differentiering, inspireret af Luhmanns teori herom. En analyse, der handler om hvorledes de fire afdelinger hver især *skelner mellem sig selv og om-*

verden samt *hvorledes de ud fra denne skelnen danner sig selv* og adskiller sig i forhold til hinanden, begrundet i en given funktionsorientering. Tabel 10.1 sammenfatter denne differentieringsanalyse ud fra en analyse af data fra min deltagende observation i de fire afdelinger.

I det efterfølgende afsnit 10.3 om konteksten og udfoldelsen af det professionelle faglige skøn, vil jeg udbygge differentieringsanalysen med elementer, der redegør for *problem-perspektiver, problemløsningsformer og videnformer* i de fire organisatoriske systemer ifm. udfoldelse af faglige skøn.

Tabel 10.1: *Kendetegn ved den funktionelle differentiering af fire afdelinger som organisation*

| Funktionsforhold | Visitationsenheden | Sygedagpengeafdelingen | Rehabiliteringsenheden | Hjemmesygeplejen |
|------------------------|--|--|--|---|
| Funktionsorientering | Hjælp/ikke-hjælp | Hjælp/ikke-hjælp | Hjælp/ikke-hjælp | Hjælp/ikke-hjælp |
| Kerneydelse | Afgørelser om bevilling/afslag | Afgørelser om periode og evt. forlængelse heraf Aktiv tilbud (krav) | Rehabiliteringsindsatser, fx træning Forløbskoordinering | Hjemmesygeplejeindsatser Ordinationer fra læge |
| Kode / Igangsætter | Normal/unormal (bevaret/nedsat funktion) Ret/uret (rettighed) | Rask/syg Ret/uret (rettighed) | Normal/unormal (bevaret/nedsat funktion) Faglige standarder | Rask/syg (Selv)trængende Faglige standarder |
| Medie | Borgeren | Borgeren | Borgeren | Borgeren |
| Funktionsbetingelse | Funktionsnedsættelse | Uarbejdsdygtighed pga. sygdom | Funktionsnedsættelse | Sygdom Pleje- og omsorgsbehov |
| Funktions-tilskrivning | Visitationssamtale i hjemmet | Opfølgningssamtaler | Undersøgelse Samtaler | Observation og samtaler i hjemmet |
| Formålsrettede værdier | Uafhængighed af hjælp Hjælp til selvhjælp | Selvforsørgelse Arbejdsmarkeds-tilknytning | Funktionsforbedringer Reetablering af hverdagslivet | Sygdomsbehandling Egenomsorg/mestring |

Tabel 10.1 ovenfor redegør for en række kendetegn⁸⁶ inspireret af Luhmanns (2000) systemteori omfattende **1)** organisationernes funktionsorientering, **2)** kerneydelse, **3)** kommunikationskode, **4)** mediet, her som det generaliserede symbol organisationen retter

⁸⁶ De bgrebsmæssige kendetegn er udtryk for sammenlignelige former for værdier (ækvivalente). Funktionelle ækvivalente er en syntese af en flerhed af muligheder som forskellige måder at opfylde en funktion på (Luhmann, 2000:350). I nærværende analyse betyder dette, at jeg søger at identificere forskellige måder at løse det samme problem på - her opgaver med bestemmelse af borgerens behov for rehabiliterende indsatser på i dennes kræftforløb. Det gør jeg ved at identificere kendetegn for en organisations måde at fungere på og foretage sammenligninger mellem andre organisatoriske enheders (afdelingens) måde at håndtere den samme opgave på.

sin funktion imod, **5**) de dominerende funktionsbetingelser eller det fokus organisationen har i sin virksomhedsudøvelse, **6**) på hvilke måder funktionstilskrivninger foregår i organisationen og **7**) bagvedliggende og dominerende formålsrettede værdier, der er med til at styre organisationens funktion. Flere af de fremstillede kendetegn fremgår endvidere af data i det efterfølgende analyseafsnit 5.3, ligesom disse udfoldes yderligere i samme afsnit.

Alle fire organisatoriske enheder betragter sig selv som hjælpesystemer kendetegnet ved distinktionen *hjælp/ikke-hjælp*, dels i form af socialfaglige (omsorgs)systemer, dels i form af sundhedsfaglige systemer. Organisationens medie er for alle afdelinger *borgeren*, hvorved virksomheden kan kendetegnes som en borgerservicerende organisation med mennesker som 'råstof', således som Hasenfeld (2003) beskriver det, jf. mine teoretiske perspektiver på organisation tidligere i dette kapitel. Det er således denne forskel mellem *hjælp/ikke-hjælp* i forhold til borgeren, udfoldelsen af det professionelle faglige skøn grundlæggende retter sig imod.

Visitationsenheden er kendetegnet ved, at dens kerneydelse retter sig imod at *træffe afgørelser* med bevilling/afslag på en anmodning fra borgeren om hjælp. Når organisationen kommunikerer om borgerens situation og vanskeligheder, sker det ud fra koden⁸⁷ *normal/unormal* eller *bevaret/nedsat* funktion rent kropsligt eller nedsat funktionsevne i forhold til personlige aktiviteter og deltagelse i sociale sammenhænge og samfundslivet, iagttaget ud fra retlige bestemmelser ifa. love og kvalitetsstandarder mv. som *ret/uret* (rettighed) til en given rehabiliterende indsats. Funktionstilskrivningen finder sted ved *samtaler i borgerens hjem*, hvor den professionelle (visitor, sagsbehandlende terapeut) tillige har mulighed for at observere borgeren i dennes hjemlige miljø. Formålet med indsatsen er, at borgerens funktion/funktionsevne genoprettes eller forbedres så meget, at borgeren i videst mulig omfang *gøres uafhængig af hjælp* eller får *hjælp til selvhjælp*; sidstnævnte som den tilgang man i *Visitationsenheden* forbinder med en rehabiliterende tilgang.

Visitationsenheden fremstår ud fra analysen som en organisatorisk enhed, der har opgaver som myndighed uden udføreropgaver, hvilket betyder, at afdelingen har "... *retten til at træffe afgørelser*" (Socialministeriet, 2004:12). Det, at varetage en funktion som myndighed, rummer en lang række ansvarsområder, der på forskellig vis vil kunne øve indflydelse på den måde vurderinger, og det faglige skøn udfolder sig på i praksis. I tabel 10.2 er myndighedens opgaver beskrevet (Strukturkommissionen, 2004: 178).

⁸⁷ Begrebet *kode*, henter jeg fra Andersen & Born, der i en artikel om 'shiftern' eller igangsættere, inspireret af lingvisten Roman Jacobsen. Hos Jacobsen anvendes begrebet igangsætter til at beskrive henvisningsforhold mellem et budskab og en kode herfor i en verbal kommunikation. "*Et budskab kan henvise til koden gennem brug af metaforprog, en kode kan henvise til et budskab gennem egenavne, et budskab kan henvise til et budskab ved at være et udsagn om et udsagn, og endelig kan en kode henvise til en kode.*" Andersen & Born definerer endvidere en 'igangsætter' som det, der initierer kodificeret kommunikation, fx rettigheder i forhold til mediet ret og koden *ret/uret* (Andersen & Born, i Højlund & Knudsen, 2003:188-189, 193).

Tabel 10.2: Myndighedsopgaver og potentielle påvirkningsmuligheder af vurderinger og faglige skøn

| Myndighedsopgaver | Skøn ift. hjælp/ikke-hjælp |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Udøve funktion som myndighed ▪ Fastlægges former for hjælp og kriterier for tildeling af hjælpen → vedtages politisk ▪ Fastlæggelse/tilpasning af budgettet → vedtages politisk → økonomisk grundlag for hjælp ift. borgernes behov ▪ Information om/prioritering af hjælpen ▪ Implementering af lovgivning i praksis ▪ Træffe konkrete og begrundede afgørelser om tildeling af hjælp i den enkelte sag | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ret til at træffe afgørelser ▪ Hvad der ydes hjælp, bevillingskriterier og omfang af hjælp |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sikre at hjælpen leveres som bevilget ▪ Opfølgning/tilsyn ift. den bevilgede hjælp og kvalitetsstandardens rammer ▪ Tilrettelægge en helhedsorienteret indsats inden for lovgivningens rammer, herunder sikre tværsektorielt samarbejde | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muligheder for/begrænsninger af hjælpens indhold og især omfang (timer/frekvens) ▪ Informationskilde og visitator på én gang ▪ Fortolkning af loven ▪ Indhenter oplysninger, vurderer, behandler og begrundet bevilling/afslag af den enkelte borgers anmodning om hjælp ▪ Samarbejde med leverandøren af hjælpen |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplexitet og koordinering af indsatsen ift. borgerens individuelle situation og vanskeligheder |

De formelle opgaver for en myndighed (venstre kolonne i tabellen ovenfor) er sat i forhold til potentielle påvirkningsmuligheder af den måde, som vurderinger og faglige skøn udfoldes på, fx i forhold til borgerens behov for rehabilitering ved kræft.

I dette perspektiv viser der sig en lang række punkter, hvorfra medarbejderne og *Visitationenheden* som organisation kan iagttage den *generaliserede borgers*⁸⁸ vanskeligheder i hverdagslivet og behov for rehabilitering ved kræft. Iagttagelsepunkter, der handler om ret (magt) til at træffe afgørelser om hjælp/ikke hjælp, hjælpens indhold og omfang, udnyttelse af fortolkningsrummet i forhold til implementeringen af lovgivningen, information om muligheder for hjælp, økonomiske og faglige mulighedsbetingelser for hjælp, overordnede rammer for tilrettelæggelse af indsatsen, sikring af levering af hjælpen og opfølgning på den leverede hjælp. Alt sammen forhold, der kan have betydning for borgerens muligheder for at realisere egne visioner om det gode liv i et kræftforløb, hvor reaktioner og senfølger har eller kan påvirke borgerens helbred og funktionsevne i hverdagslivet. De selv samme punkter for iagttagelse af borgerens behov for hjælp giver

⁸⁸ Med den *generaliserede borger* refererer jeg til det forhold, at medarbejderne i *Visitationenheden* her kan tale om grupper af borgere eller borgere i tredje person, hvor der ikke er tale om konkrete individuelle borgere. Disse italesættelser eller diskurser indgår herefter i situationer med konkrete individuelle vurderinger af den enkelte borgers situation.

på den anden side *Visitationsenheden* (kommunen) mulighed for at prioritere og styre omfanget og indholdet af de rehabiliterende indsatser til borgerne.

Sygedagpengeafdelingen er kendetegnet ved at dens kerneydelse, på samme måde som *Visitationsenheden*, retter sig imod at træffe afgørelser med bevilling/afslag på ansøgninger om sygedagpenge som forsørgelsesgrundlag, herunder muligheder for forlængelse af sygedagpengeperioden. Når *Sygedagpengeafdelingen* kommunikerer om borgerens situation og vanskeligheder sker det ud fra koden *rask/syg* set i forhold til *uarbejdsdygtighed* på grund af sygdom og behandling heraf, iagttaget ud fra retlige bestemmelser ifa. sygedagpengeloven som *ret/uret* (rettighed) til økonomisk støtte efter denne lov. Funktionstilskrivningen finder sted ved *opfølgningssamtaler* med borgeren, typisk på sagsbehandlerens kontor i jobcentret. Formålet med indsatsen er, at borgeren efter endt sygdomsbehandling mv. igen bliver *selvforsørgende* og vender tilbage til *arbejdsmarkedet*, evt. på særlige vilkår. *Sygedagpengeafdelingen* har, som det er tilfældet for *Visitationsenheden*, funktion af at være myndighed, hvorfor de kendetegn, som jeg har redegjort ovenfor ifm. *Visitationsenheden* også vil være gældende for *Sygedagpengeafdelingen* som myndighed.

Rehabiliteringsenheden er kendetegnet ved, at dens kerneydelse primært retter sig imod udførelse af konkrete *rehabiliterende indsatser*, fx *fysisk træning* og *forløbskoordinering*. Afdelingen træffer i et vist omfang selv beslutninger om adgang til og indhold af rehabilitering og forløbskoordinering hos borgere med kræft. Den specifikke fysiske træning kræver dog, at den er lægeordineret via en genoptræningsplan (GOP) fra det hospital, hvor borgeren er blevet behandlet for sin kræftsygdom. Der træffes således ikke afgørelser her i forvaltningslovens forstand, men derimod beslutninger ud fra en sundheds- og socialfaglig vurdering. Når organisationen via de professionelle kommunikerer om borgerens situation og vanskeligheder, sker det ud fra koden *normal/unormal* eller *bevareret/nedsat* funktion kropsligt eller nedsat funktionsevne i forhold til personlige aktiviteter og deltagelse, iagttaget ud fra anerkendte *faglige standarder* for en given rehabiliterende indsats. Funktionstilskrivningen finder sted ved kliniske *undersøgelser* og *samtaler* med borgeren i *Rehabiliteringsenheden*. Formålet med indsatsen er, at borgerens fysiske funktion og hverdagsliv i videst mulige omfang *genoprettes/forbedres* og *reetableres* ud fra de mål, som de professionelle finder frem til i tæt samarbejde med borgeren.

Hjemmesygeplejen er, som det er tilfældet for *Rehabiliteringsenheden*, kendetegnet ved, at kerneydelserne primært retter sig imod at udføre konkrete rehabiliterende indsatser ifa. *hjemmesygeplejeindsatser* og ordinationer fra læge om behandling af gener som fx smerter, sårinfektion, kvalme. Organisationens træffer i stort omfang selv beslutninger om adgang til og indhold af de rehabiliterende indsatser hos borgeren. Den specifikke behandlingsindsats (fx medicinering, sårpleje) kræver dog en ordination via egen læge eller læge på det hospital, hvor borgeren er blevet behandlet for sin kræftsygdom. Der træffes heller ikke her afgørelser i forvaltningslovens forstand, men beslutninger ud fra en sundhedsfaglig vurdering, evt. bistået af lægefaglig ekspertise. Når organisationen kommunikerer om borgerens situation og vanskeligheder, sker det ud fra koden *ras/syg*

og (*selv*)trængende i forhold til pleje og omsorg ud fra borgerens sygdom samt pleje- og omsorgsbehov, iagttaget ud fra anerkendte *faglige standarder* for rehabiliterende indsatsformer i hjemmeplejen. Funktionstilskrivningen finder sted ved kliniske *observationer* og ved *samtaler* med borgeren i dennes hjem. Formålet med indsatsen er dels at sikre borgeren den fornødne *sygdomsbehandling*, dels at støtte borgeren til *egenomsorg/mestring* af vanskeligheder i hverdagslivet i borgerens kræftforløb.

Med anvendelse af en række begreber inspireret af Luhmann kan vi i denne analyse se, hvorledes de professionelle som medlemmerne af organisationen udfolder faglige skøn ud fra samme funktionsorientering ifa. *hjælp/ikke-hjælp* over for *borgeren* som medie. Herfra finder der imidlertid en betydelig funktionel differentiering sted, først og fremmest drevet af distinktionen *myndighed/udfører* og afledt heraf *afgørelse/faglig beslutning*. Grundlaget for at træffe disse to former for beslutninger differentieres funktionelt i forhold til to meget forskellige sæt af betingelser: på den ene side **1)** *rettlige* betingelser fastlagt i love og kvalitetsstandarder, på den anden side **2)** anerkendte *faglige standarder* for fx træning og sygepleje. I tilknytning til disse betingelser hører parallelle, men meget forskellige, koder og funktionsbetingelser for kommunikation om borgerens situation i form af fx *uarbejdsdygtighed* og dermed *ret/uret* til økonomisk støtte ifa. sygedagpenge eller *pleje- og omsorgsbehov* og dermed (*selv*)trængende støtte og hjælp til at overkomme og mestre vanskeligheder i hverdagslivet med kræft.

De bagvedliggende formålsrettede værdier har tilsvarende forskellig karakter, differentieret i forhold til henholdsvis myndighedsfunktioner og udførerfunktioner. For myndighedsfunktionerne er værdierne kendetegnet ved en mere ekskluderende tilgang (uafhængighed af hjælp, selvforsørgelse), hvorimod der ved udførerfunktionerne er tale om en mere inkluderende tilgang (funktionsforbedringer, reetablering af hverdagslivet, egenomsorg/mestring).

Denne analyse viser hvorledes forskellige organisatoriske enheder i en borgerservice-rende organisation differentierer sig selv funktionelt og hvorledes netværk af beslutninger og beslutningspræmisses virker genererende for afdelingerne som organisationer kendetegnet ved beslutninger. Organisationer, der ikke er fuldstændigt lukkede i forhold til egne omgivelser, men i et vist omfang lader sig forstyrre af eller kobler sig på andre systemers kommunikationsformer, fx rettighedskommunikationer, der gælder i retssystemet ifa. koden *ret/uret* til en given ydelse eller indsats, hvorved borgeren som etisk og social individ med (*selv*)trængende behov for hjælp træder i baggrunden i forhold til den dominerende rettighedskommunikation.

Analysen viser også hvorledes eksternaliseringer af hverdagens forståelser og handlinger i vurderinger af borgernes behov for rehabiliterende indsatser i et kræftforløb *institutionaliseres* som typificeringer af forståelser og praksisrettede handlinger i den enkelte afdeling: "*Institutionalisering finder sted, hver gang forskellige slags aktører gensidigt typificerer vanemæssige handlinger. Sagt på en anden måde, så er enhver typedannelse af den art en institution*" (Berger & Luckmann, 2002:72). Disse institutionaliserende typificeringer får iflg.

Berger & Luckmann en objektiv karakter, hvorfor de professionelle heller ikke stiller spørgsmål ved afdelingens praksisform; en proces, der handler om socialisering *i og til* den herskende professionelle praksis i organisationen. Dette sidste aspekt om socialisering udfoldes nærmere i den efterfølgende tematiske analyse af dannelsen af det faglige skøn som kompetence.

10.3 Den daglige praksis med udfoldelse af det faglige skøn

Det er inden for en organisatorisk og kontekstuel sammenhæng, som den jeg har belyst i afsnit 5.1 og 5.2 ovenfor, at de professionelles udfolder faglige skøn. I dette afsnit analyseres de professionelles udfoldelse af faglige skøn i hverdagens praksis, hvor behov for rehabilitering bedømmes konkret og individuelt hos den enkelte borger. Hertil kommer dokumentanalyser af politisk-administrative dokumenter og borgernes journaler som nogle af de redskaber, de professionelle benytter i hverdagens praksis.

Grundlaget for denne analysedel omfatter empiri genereret gennem **1)** deltagende observation af *samtaler med borgere* i praksissituationer, hvor den professionelle foretager konkrete og individuelle vurderinger og faglige skøn af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb, **2)** *interne møder* uden borgerdeltagelse med drøftelse af den enkelte borgers situation og vanskeligheder, **3)** italesættelser af det faglige skøn i politisk-administrative *dokumenter* og **4)** italesættelser af det faglige skøn i borgernes *journaler*. Der er således tale om et omfattende, forskelligartet og komplekst empirisk datamateriale, genereret via forskellige greb i *fase 1.0 og 1.1* i min datagenereringsstrategi (jf. afsnit 2.4). De genererede data er i første omgang beskrevet og analyseret via min *thick description* i på *trin 1* i min analysestrategi (jf. afsn. 4.1) og dokumenteret i undersøgelsens fire case-rapporter. I denne del af afhandlingen er disse omfattende analyser sammenfattet og dokumenteret med konkrete eksempler fra empirien på tværs af de fire afdelinger, ligesom konkrete afdelingsspecifikke resultater af mine analyser er inddraget. Endelig vil jeg for hver af de fire inkluderede afdelinger redegøre for min bestemmelse af vurderingsprocessens forløb, de hertil knyttede opgaver og observationer af hændelser og processer i vurderingsforløbet, hvori der udfoldes faglige skøn.

Analysens formål er at opnå indblik i hvorledes det professionelle faglige skøn udfolder sig i medarbejdernes praksis hos den enkelte borger, samt hvorledes vurderinger og faglige skøn kommer til syne i de enkelte afdelingers journalsystemer. I denne analysedel trækker jeg på Berger & Luckmanns teoretiske begreb om *eksternalisering* af forståelser og handlinger i det faglige skøn, hvor de netop taler om, at "*Den mest betydningsfulde oplevelse af andre finder sted i ansigt-til-ansigt situationer, der er prototypen af social interaktion. Alle andre tilfælde er afledninger af dette*" (Berger & Luckmann, 2002:43). De afledninger, der her kan være tale om omfatter eksternaliseringer af det faglige skøn i politisk-administrative dokumenter samt i borgernes journaler, hvor der ikke er tale om ansigt-

til-ansigt relationer. På samme måde, som i den foregående analyse anvendes Berger & Luckmanns begreber om institutionalisering og objektivering til at analysere, hvorledes elementer i det faglige skøn typificeres og videre får en objektiv karakter i de professionelle viden og praksis. En analyse, der endvidere trækker på de enkelte informanternes forståelser og handlinger i hverdagens *common sense-tænkning* med udfoldelse af faglige skøn. Endelig trækker jeg på Luhmanns begreb om funktionel differentiering på samme måde, som i den foregående analyse, som greb i min bestemmelse af de fire afdelingers funktionelle differentiering *i og af* det faglige skøn.

Med afsæt i denne delanalyse af konteksten og udfoldelsen af det faglige skøn i praksis samt min forudgående differentieringsanalyse af de fire afdelinger som organisation vil jeg til sidst i dette tema foretage en komparativ analyse af funktionelle kendetegn for mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i hver af de fire inkluderede afdelinger.

Observation af individuelle samtaler med borgere

For alle fire organisatoriske enheder spiller mødet og samtalen med borgeren en meget central rolle i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn, om end relationen og samtalen har forskellig rolle og betydning, i det faglige skøn for aktørerne. Selve mødet og samtalen med borgeren, og den betydning disse har *for* og *i* udfoldelsen af det faglige skøn, vil blive analyseret i min tematiske analyse i kap. 5. På dette sted i analysen vil jeg afgrænse mig til at analysere kendetegn for samtalen form i vurderingsprocessen og den professionelle iagttagelser af borgerens helhedssituation.⁸⁹

I tabel 10.3 på næste side er antallet og fokus for mine observationer af samtaler mellem borgere og de professionelle i de fire afdelinger beskrevet. Borgerne har for en dels vedkommende kræft som helbredsproblem, for en del andre borgere er der tale om andre former for vanskeligheder end kræft.

Analysen af observerede besøg og samtaler mellem borgere og professionelle fra *Visitationenheden* viser, at fokus i høj grad koncentrerer omkring borgerens kropslige funktion (fysisk og psykisk) og den betydning kroppens funktion har i forhold til borgerens muligheder for selv eller med hjælp af evt. pårørende at håndtere personlige aktiviteter og opgaver i hjemmet (personlig pleje, mobilitet, ernæring og praktiske opgaver, fx rengøring, tøjvask, indkøb, madlavning).

⁸⁹ Her anvendes ICF-modellens fem områder som analytisk blik. Modellen er tidligere introduceret i kap. 1, afsnit 1.2, og har helbredssituationen som udgangspunkt. Herefter vurderes 1) krop/ kroppens anatomi, 2) aktivitet, 3) deltagelse, 4) personlige faktorer og 5) omgivelsesfaktorer (Sundhedsstyrelsen 2005). Når denne model er valgt som analytisk ramme begrundes dette med, at modellen meget ofte anvendes som referenceramme inden for rehabilitering (Marselisborgcentret 2004; Hjortbak 2011) ligesom den har dannet grundlag for fastlæggelse af behovskategorier i Kommunernes Landsforenings behovsvurderingssystem *Fælles Sprog II*, der anvendes i mange kommuner i dag (Kommunernes Landsforening 2004). Omsorgssystemet i Randers Kommune er ikke baseret på version II men derimod version I af *Fælles Sprog*. De professionelle søger dog at inddrage tænkningen bag ICF-modellen i deres vurderingsarbejde.

Table 10.3: *Oversigt over observerede konkrete samtaleforløb i fire afdelinger*

| Afdeling | Antal | Fokus for samtalerne |
|------------------------|-------|--|
| Visitationenheden | 5 | Visitation og opfølgning heraf ift. ydelser efter Lov om social service, især hjemmehjælp |
| Sygedagpengeafdelingen | 4 | Opfølgningssamtaler hos sygemeldte borgere Lov om sygedagpenge |
| Rehabiliteringsenheden | 9 | Vurdering af behov for genoptræning, optagelse på kræftrehabiliteringshold og støtte fra forløbskoordinator Sundhedsloven |
| Hjemmesygeplejen | 9 | Vurdering og udførelse af behandlinger og pleje Sundhedsloven, Vejledning om hjemmesygepleje |

Den måde, som kategorierne *kroppen/kroppens anatomi* og *aktivitet* kommer til udtryk i samtalerne, viser sig ved at

”Visitor spørger til smerterne fra armen og borgerens funktionsniveau mht. mobilitet (gå, rejse sig, trappegang). ... Der spørges ind til borgerens tidligere oplysninger i samtalen om, at hun har hukommelsesbesvær. Borgeren spørges til orientering i tid”.

”Visitor spørger uddybende ind til aktuelt funktionsniveau i forhold til kategorierne i Fælles Sprog (personlig hygiejne, praktiske opgaver, mobilitet, ernæring mv.) samt hvorledes borgeren klarer sig i boligen. Borgeren er stærkt synshandicappet og har haft en infektion på balancenerven” (Feltnote).

Personlige faktorer som ressourcer, mestringsevne, normer og værdier inddrages kun i begrænset omfang og alene i forhold til en vurdering af borgerens håndtering af aktiviteter i dagligdagen. Det samme er tilfældet for omgivelsesfaktorer som familie, relationer til andre mennesker, tilgængelighed uden for hjemmet. Dette fører til en relativ restringeret helhedsopfattelse, der såvel i bredden og især i indholdet begrænser sig til et billede af en borger, hvis liv og især hjælp hertil, forbindes til hjemmet og de livsmuligheder, som hjemmet udgør i borgerens hverdagsliv.

I *Sygedagpengeafdelingen* viser analysen af samtaler med de fire borgere, at samtalerne også her tager udgangspunkt i borgernes helbredsproblemer og den måde, hvorpå disse påvirker borgerens muligheder for at gå på arbejde og løse de opgaver, der er knyttet til jobbet. Der er således tale om et fokus overvejende på deltagelsesaspektet i forhold til ICF-modellen og kun i mindre grad på aktivitetsaspekter med det personlige og praktiske liv i eget hjem. Aktivitetsaspekter med personlige og praktiske opgaver og liv i eget hjem samt personlige faktorer og omgivelsesfaktorer inddrages udelukkende i forhold til bedømmelse af borgerens funktionsevne i forhold til varetagelse af dennes jobfunktion på arbejdsmarkedet. Dermed kommer samtalerne til at afspejle en restringeret

helhedsopfattelse, der i vidt omfang begrænser sig til arbejdsmarkedsperspektivet for borgeren.

Den måde, hvorpå sagsbehandleren taler med borgeren om helbredsproblemer og koblinger til deltagelsesaspektet fremtræder i empirien, viser sig eksempelvis på følgende måde:

”Sagsbehandleren redegør for baggrunden for, at borgeren er indkaldt til opfølgning på sin sygedagpengesag. Borgeren har været til kontrol på sygehuset i Viborg. Borgeren redegør for sin situation, især mht. gener fra det lymfødeme, som har fået i v. arm. Sagsbehandleren spørger bl.a. uddybende til, hvorledes ødemet påvirker borgerens funktionsniveau. Her udvises der en anerkendende og interesserende tilgang til borgeren. Borgeren oplyser, at hun ind imellem har nogle nedture, bl.a. begrundet i, at flere i dennes omgangskreds har fået kræft og én er død af dette. Sagsbehandleren spørger ind til ’nedture’, men går ikke dybere ind i dette. Der spørges ind til arbejdsvejen og aftaler samtale (rundbordssamtale) på arbejdsstedet med deltagelse af jobkonsulent.

Borgeren oplyser, at hun har fået brev om ophør af sygedagpengebetalingen fra xx.xx.10. Her redegør sagsbehandleren for muligheder for forlængelse, at hun har rekvireret lægeoplysninger, og sammen med jobkonsulenten tages der så stilling til evt. ophør af sygedagpengene. Den endelige stillingtagen sker via teamets leder, der ’har det sidste ord’. Sagsbehandleren forklarer borgeren om, hvorledes jobkonsulenten kan medvirke til at afklare situationen, spørger til kontakten til egen læge, og hvilken hospitalsafdeling borgeren er tilknyttet.

Sagsbehandleren går nu ind på borgerens lyst til at komme i gang på job igen, hvilket borgeren i høj grad har, så jobkonsulenten skal nok bistå borgeren hermed oplyser sagsbehandleren beroligende. Borgeren vender igen tilbage til sin ’psykiske’ bekymring og ’nedturene’, hvilket sagsbehandleren ikke går ind i (kunne her have spurgt til betydningen heraf i forhold til hverdagsliv og job). Sagsbehandleren spørger herefter til ægtefælles reaktion på sygdommen, hvilket borgeren fortæller om. Oplyser endvidere, at han er blevet ledig og nu er jobsøgende. Sagsbehandleren prøver på en positiv og opmuntrende måde at runde samtalen af ved at spørge til, om der er andre spørgsmål, men det er der ikke. Borgeren vender tilbage til lymfødeme problemet og erfaringer hun har mødt fra andre patienter. Sagsbehandleren opfordrer borgeren til at tage kontakt til forløbskoordinator i Sundhedscentret. Der tales fortsat lidt om lymfødeme problematikken og den måde, det generer borgeren. Borgeren nævner igen sin bekymring og angst, men sagsbehandleren går ikke yderligere ind i dette” (Feltnote).

Forløbet ovenfor viser et samtaleforløb, der på den ene side rummer en åbenhed for at høre på/tale om de vanskeligheder, som borgeren har i hverdagslivet efter behandling for brystkræft, på den anden side fastholdes fokus i samtalen i høj grad på den beskæftigelsesrettede del af borgerens vanskeligheder. De ’nedture’, som borgeren taler om, forbindes ikke til den barriere, som disse kan udgøre for en hurtig tilbagevenden til arbejdet - måske begrundet i, at borgeren har udtrykt lyst til at komme tilbage til arbejdet

igen. De gener borgeren har i forhold til lymfødeme håndteres ved at henvise borgeren til at kontakte forløbskoordinatoren i sundhedscentret.

Analysen af samtaleforløbene hos de ni borgere i *Rehabiliteringsenheden* viser, at fokus er rettet imod borgerens kropslige funktion (fysisk og psykisk), og den betydning kroppens funktion har i forhold til borgerens muligheder for selv at mestre de vanskeligheder, som kræftsygdommen og behandlingen medfører i hverdagslivet for borgeren. Personlige faktorer som ressourcer, mestringsevne, normer og værdier inddrages i betydeligt omfang i forhold til en vurdering af borgerens håndtering af sin situation - især i forhold til de følelsesmæssige og andre psykiske reaktioner. Det gælder især ved samtaler med forløbskoordinatoren. Det samme er tilfældet for omgivelsesfaktorer som familie, holdninger til andre mennesker mv., der også inddrages i samtalerne i betydeligt omfang. Dette fører frem til en eksplicitering af en mangesidet helhedsopfattelse, der såvel i bredden som i dybden inddrager mange aspekter af borgerens hverdagsliv såvel i hjemmet som uden for hjemmets rammer (arbejde, socialt samvær mv.).

Hovedkategorierne i ICF-modellen (krop, deltagelse og personlige faktorer) fremtræder i det empiriske materiale eksempelvis på følgende måder i *Rehabiliteringsenhedens* samtaler:

”'X' [fysioterapeut] spørger til indlæggelsesforløbet ifm. infektionen i hoften og den efterfølgende antibiotikabehandling og operation i v. hofte. Spørger til mobilitet i hjemmet ved brug af armstokke og smerter ifm. mobilitet. Ved belastning er der ikke smerter, men borgeren oplyser, at benet er blevet 'stift'. Fik som nævnt første gang ikke nogen genoptræningsplan (GOP), men denne gang spurgte borgeren selv til muligheden for at få en GOP, hvilket blev bevilget. 'X' spørger ind til borgerens almentilstand i sammenhæng med tidligere kræftsygdom. Borgeren fortæller, at hun er træt, hvilket følges op af 'X', bl.a. med anbefalinger om fysisk træning som en vej til ny energi. Borgeren oplyser, at hun tidligere fik kemobehandling for kræftsygdommen og blev voldsomt træt efter dette” (Feltnote).

”Borgeren fortæller (nu grædende) om sin situation, at hun oplever, at hun ikke har styr på tingene eller sin situation mere. Kan bl.a. ikke huske og har svært ved at tale om tingene. 'Y' [forløbskoordinator] spørger ind til aspektet omkring det at føle, at man ikke har styr på tingene, og får derigennem borgeren til at tale åbent om sin situation. Her nævner borgeren især træthed og oplever, at hun er ved at gå ned. 'Y' spørger ind til disse aspekter og til de sociale og familiemæssige forhold samt til den måde, som borgeren reagerer på rent psykisk.

Borgeren tager stor usikkerhed omkring praksis for sygedagpengeopfølgning op (var oprindeligt anledningen til aftalen med 'Y'). Borgeren føler sig meget presset af kravene ved sygedagpengeopfølgningen med krav om aktivering. 'Y' redegør for krav og praksis for sagsbehandlernes SDP-opfølgning, og at disse har ret til efter samtykke fra borgeren at indhente helbredsoplysninger til brug for sagsbehandlingen” (Feltnote).

Analysen af besøg og samtaler i *Hjemmesygeplejen* viser, at fokus også her i høj grad rettes mod borgerens kropslige funktion (fysisk og psykisk), og den betydning kroppens

funktion har i forhold til borgerens muligheder for at generhverve og bevare sin fysiske sundhed, herunder selv at mestre de vanskeligheder, som kræftsygdommen og behandlingen medfører i hverdagslivet for borgeren. De konkrete indsatser i hjemmesygeplejen har i et vist omfang afsæt i lægeordnede opgaver (fx medicinering, sårpleje, kateteration) eller opfølgning i forhold til disse. I flere situationer inddrages borgerens personlige aktiviteter i hjemmet (fx håndtering af personlig hygiejne) eller deltagelse (fx mobilitet uden for hjemmet, indkøb af tøj). Mentale elementer som indvirkning af medicin på funktionsevnen drøftes overvejende ud fra kropsperspektivet og inddrager kun i begrænset omfang personlige faktorer om borgerens tidligere liv, værdier og handlemåde samt relationer til pårørende.

De nævnte hovedkategorier (krop med lægeordnede indsatser samt personlige aktiviteter) fremtræder i det empiriske materiale eksempelvis på følgende måder:

”Besøg hos ældre velfungerende kvinde, der har følger efter blodpropper i lunger og hjerne. Får hjælp til dosering af blodfortyndende medicin (Marevan). ’X’ [hjemmesygeplejersken] taler med borgeren om problemer med smerter efter operation for brok samt de gode resultater af genoptræningen efter blodprop i hjernen (borgeren har kun få gener efter denne). ’X’ ringer til egen læge for at få blodprøvesvar (koagulationstal) og for at bestille ny medicin. Det viser sig, at borgeren skal øges i Marevan. Taler i denne forbindelse med borgeren om betydningen af at følge INR-værdierne og dermed forebygge risiko for blodpropper” (Feltnote).

”Besøg hos en yngre kvinde med alkoholmisbrug, der bor på 1. sal i en bylejlighed, der fremtræder meget rodet og uhumsk. Bærer tydelig præg af en kvinde, der lever på kanten af tilværelsen med udtalt misbrug. ’X’ sørger for ophældning af antabus, som røres op i vand, hvorefter ’X’ påser, at borgeren drikker medicinen. Taler undervejs med borgeren om konsekvenserne af at drikke samtidigt med antabusbehandlingen. ’X’ og borgeren taler om, hvad der nu skal ske i weekenden, begrundet i at ’X’ søgte at få indblik i, om borgeren er i kontakt med andre mennesker og forsøger at komme lidt ud” (Feltnote).

”Besøg hos en ældre kvinde, der er efterlevende til mand, der for nogen tid siden døde af et aortaaneurysme [udposning på pulsåre]. Borgeren er selv mani-depressiv. ’X’ er kommet i hjemmet igennem lang tid (flere år). Kommer nu i hjemmet for obs.-besøg. Taler her, som så ofte tidligere, om hverdagen, indkøb af tøj (i maniske perioder kan dette tage meget overhånd). Der er planlagt besøg fra gerontopsykiatrisk team” (Feltnote).

Ud fra de observerede besøg, der alle havde ret kort karakter, viser der sig en relativ restringeret helhedsopfattelse, der i stor grad er præget af de kropslige aspekter ligesom der bortset en enkel situation ikke forekommer italesættelser af faglige skøn. Det er først ifm. mine uformelle samtaler om borgerne med medarbejderne undervejs mellem de enkelte besøg, at der kommer forståelser og iagttagelser frem vedr. borgernes personlige faktorer (fx værdier/normer, netværk, tidligere liv osv.).

Mange af hjemmesygeplejerskernes besøg er af ret kort varighed, hvilket også må være gældende, hvis der i løbet af en arbejdsdag på ca. 6 timer skal afvikles op til ca. 20 besøg

inkl. transport. Herved forekommer der talrige relationelle brud i kontakten mellem borgere og sygeplejersker, hvorved refleksioner i det faglige skøn kan blive vanskeligjort/begrænset eller må/bliver indbygget i handling i praksis.

Ved besøg hos borgere, der er alvorligt syge og måske i terminalfasen, er der ofte afsat betydelig længere tid til besøget. Her har indsatsen ofte et meget bredere perspektiv med inddragelse af en lang række af problemstillinger knyttet til borger i et kræftforløb og de senfølger, som borgere med kræft kan have (jf. tabel 1.1 i afsn. 1.3).

Ved anvendelse af Luhmanns begreb om funktionel differentiering kan der identificeres og foretages sammenligninger mellem kendetegn for den måde, hvorpå samtalerne med borgerne finder sted på i de fire organisatoriske enheder, jf. tabel 10.4 nedenfor.

Tabel 10.4: Kendetegn for samtaler med borgere i fire afdelinger som funktionelt differentierede organisationssystemer

| Funktionsforhold | Visitationsenheden | Sygedagpengeafdelingen | Rehabiliteringsenheden | Hjemmesygeplejen |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Samtalens form | ▪ Borgeren som informant | ▪ Borgeren som informant | ▪ Borgeren som samarbejdspartner | ▪ Borgeren som samarbejdspartner |
| Helhedsopfattelse (sagens fakta) | ▪ Relativ restingeret tilgang | ▪ Meget restingeret tilgang | ▪ Meget bred og åben tilgang | ▪ Relativ restingeret tilgang |

Kendetegnende for samtalens form i de fire afdelinger er, at professionelle i afdelinger med myndighedsfunktion anvender en samtaleform, hvor borgeren tildeles en dominerende rolle som *informant* i forhold til oplysning af sagen. Oplysninger, der sættes i forhold til den professionelle egne observationer af borgeren i hjemmet eller ved mødet med borgeren, således som det belyses i nogle af mine øvrige analyser. Afdelinger med udførerfunktioner anvender en samtaleform, der er kendetegnet ved et mere *ligeværdigt samarbejde* med borgeren, såvel i forhold til opgaven med oplysning af sagen som i de drøftelser den professionelle har sammen med borgere om håndtering af den situation, og de vanskeligheder borgeren har i sit kræftforløb.

I samtalerne træder forskellige grader af helhedsopfattelser frem, parallelt til den funktionelle differentiering af de enkelte organisationer i deres tilgang i det faglige skøn. *Sygedagpengeafdelingen* afspejler en *meget restrikeret tilgang* i samtalerne med borgerne; en opfattelse, der i meget vidt omfang begrænser sig til det arbejdsmarkeds- og beskæftigelsesrettede perspektiv⁹⁰. *Visitationsenheden* og *Hjemmesygeplejen* afspejler begge en *relativ restrikeret helhedsopfattelse*, hver på deres særlige måde. Førstnævnte inddrager

⁹⁰ Ved min kommunikative validering (respondentvalidering) af mine første og foreløbige analyser af konteksten og det faglige skøn blev det påpeget fra de to informanter, at samtalerne bør betragtes i lyset af, at der ofte er tale om mange samtaler over et langt tidsmæssigt forløb. Her er der mulighed for og sker drøftelser af andre og bredere aspekter i forhold til borgerens situation og vanskeligheder.

overvejende borgerens personlige og daglige aktiviteter i hjemmet og de fysiske funktionsnedsættelser, der her vanskeliggør borgerens selvstændige og uafhængige varetagelse af disse opgaver. For hjemmesygeplejens vedkommende er der ved de observerede besøg tale om overvejende fysisk relaterede helbredsproblemer og behandling af disse - en tilgang, der italesættes anderledes og bredere ved besøg og samtaler hos borgere med fremskreden kræft. *Rehabiliteringsenheden* udfolder en meget bred og åben tilgang til borgeren og dermed en bred helhedsopfattelse.

Observation af faglige skøn udfoldet i interne møder

Udfoldelse af det professionelle faglige skøn så også ud til at finde sted i formelle og uformelle interne møder i de enkelte afdelinger. Her finder der faglige drøftelser sted af såvel konkrete borgere og disses situation og vanskeligheder med drøftelser af iværksatte indsatser og planlægning af nye. Ligeledes kunne der observeres drøftelser med skøn i forhold til *generaliserede borgere*, forstået som kategorier af borgere tilhørende den enkelte organisationsenheds virksomhedsområde uden, at der her er tale om konkrete borgere, jf. note 88.

Ved min observation i de fire afdelinger har jeg deltaget ved i alt 12 møder, hver af en varighed fra en hel arbejdsdag til møder af ca. 30 min.'s varighed. Detaljerne vedr. møderne i de enkelte afdelinger er belyst i undersøgelsens fire case-rapporter (Case-rapport 1-4). I tabel 10.5 er en oversigt over de observerede mødetyper i de fire afdelinger beskrevet.

Tabel 10.5: *Oversigt over observerede interne møder omhandlende konkrete borgere i fire afdelinger*

| Afdeling | Antal | Fokus for samtalerne |
|------------------------|-------|--|
| Visitationenheten | 1 | Bevillingsmøde i hjælpemiddelteamet (11 sager) |
| Sygedagpengeafdelingen | 2 | Teammøde (heldags) vedr. borgere tæt på/over 52 ugers sygefravær (72 sager) Informationsmøde for nye SDP-modtagere (ca. 25 deltagere) |
| Rehabiliteringsenheden | 4 | Korte uformelle møder/samtaler, overvejende om konkrete borgers situation og vanskeligheder |
| Hjemmesygeplejen | 5 | Morgen- og middagsmøder mellem teams af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og hjemmesygeplejersker |

I *Visitationenheten* var der tale om et formelt bevillingsmøde på hjælpemiddelområdet, hvor i alt 11 borgersager blev behandlet med deltagelse af otte ergo- og fysioterapeuter og enhedens leder. På tidspunktet for mødet foreligger der ikke i kommunen en vedtaget kvalitetsstandard for hjælpemiddelområdet. Derfor lader man sig i høj grad le-

de af en national vejledning vedr. hjælpemiddelbevilling (Socialministeriet 2006) samt retssikkerhedsloven.

"Forløbet af mødet fulgte en form, hvor den enkelte terapeut fremlægger sin sag (medbringer for nogle sager omfattende sagsmappe), hvorefter der udfolder sig en faglig drøftelse af den eller de rejste problemstillinger, fx om der er basis for bevilling af et givet hjælpemiddel eller en boligændring. De 11 sager, der drøftes omfatter en bred vifte af problemstillinger hos såvel borgere med kræft som borgere med andre helbredsrelaterede problemstillinger. Ved slutningen af mødet opstår der en lang og generel drøftelse af omfanget af bevillinger af kugledyner, fx hos børn med ADHD og voksne med psykisk sygdom, herunder drøftelser af forbruget til denne hjælpemiddeltipe i forhold til det afsatte budget"
(Feltnote).

Gruppen savner faglig evidens for virkning af dette hjælpemiddel og muligheden for at virkningerne heraf kan dokumenteres; i modsat fald må man basere sig på erfaringer af kugledynens virkninger i praksis. Man ønsker endvidere at sammenligne forbruget i Randers Kommune med andre kommuner. Flere af terapeuterne har erfaringer fra praksis for "... at fx et barn hurtigere falder i søvn, sover bedre og derfor bedre kan klare hverdagen efter brugen af en kugledyne" (Feltnote). Visitationenheten har brug for fagligt at kunne begrunde et evt. øget forbrug til specifikke hjælpemidler i forhold til effekten af disse som behandlingsredskab - dermed skal regionen betale; eller som hjælpemiddel, hvorefter kommunen bliver den instans, der skal afholde udgiften.

Muligheden for at stramme afgørelserne drøftes og derefter lade *Det Sociale Nævn*, evt. *Ankestyrelsen* som klageinstanser, bidrage til en grænsesætning af serviceniveauet i forhold til vurderinger af borgernes situation. Dette begrundes sig bl.a. i at man taler om

"[...] hvordan skal vi som myndighed skønne i sager, det individuelle skøn, ... hvor det er så svært skøn mellem hvornår det er behandling, og hvornår det er et hjælpemiddel"
(Citat fra lydfil).

De faglige drøftelser af hjælpemiddelsager på dette møde indikerer, at såvel medarbejderne som lederen er meget opmærksomme på lovgivningens muligheder og, at bevillinger af hjælpemidler skal kunne begrundes i forhold til lovgivningen. Lovgivningsperspektivet fylder meget på mødet sammen med udgangspunktet i borgerens situation og sædvanlig praksis. Videre kunne jeg iagttage, at der

"... inddrages mange faglige aspekter i drøftelserne og vurderingsarbejdet på mødet - især aspekter vedr. fysisk og psykisk helbred, daglige aktiviteter og deltagelse i livet uden for hjemmet. I flere situationer indgår synspunkter og vurderinger af mere normativ karakter; enkelte sager, hvor kendskab til borgeren af stedkommer en engageret, faglig begrundet og solidarisk argumentation for bevilling af de ansøgte hjælpemidler. I en række af sagerne søges efter evidens for, om anvendelsen af de enkelte hjælpemidler (fx kugledyner) har en dokumenterbar virkning. Ligeledes refereres der i mange af sagerne til praksis i afdelingen"
(Feltnote).

Drøftelserne i teamet ser ud til på den ene side at have karakter af en åben faglig drøftelse, på den anden side en drøftelse af 'gældende praksis', der kommer til at virke konstituerende for medarbejdernes vurderingspraksis som typificeringer af borgersituationer med ret/uret til hjælp fra afdelingen. Her søges der også efter grænsesætninger indikeret af vurderinger/skøn mellem klart behandlingsrettede og klart træningsrettede/kompenserende forløb med behov for et hjælpemiddel, hvilket som nævnt ovenfor har klare budgetmæssige implikationer. Økonomiske argumenter inddrages ofte i drøftelserne - både af lederen og af de enkelte medarbejdere, i vurderinger af borgernes behov for hjælpemidler. Det fremstod endvidere som om, at man ikke var særlig kritisk over den enkeltes vurderinger af borgerens situation, selv om der også så ud til at være aspekter af sikring af en lokal orden set i forhold til 'skarphed' i vurderinger over for borgernes ønsker og en 'holden hus med kommunens ressourcer' samtidigt med, at ordentlighed over for borgerne blev fastholdt.

I *Sygedagpengeafdelingen* er det særligt det ekstraordinære heldags teammøde med drøftelse af 72 borgersager tæt på eller over 52 ugers sygefravær, der viser noget om den måde, hvorpå de professionelle på sygedagpengeområdet udfolder det faglige skøn. Mødet blev etableret efter et ønske, fra *Social- og Arbejdsmarkedsudvalget* i kommunen, hvor man ønskede at forvaltningen revurderede de eksisterende sager for at nå fra ca. 380 sager til ca. 280 sager pr. år for borgere med over 52 ugers sygefravær.

Ved gennemgangen af de mange sager, hvor den enkelte sagsbehandler havde 11-20 sager med, tegnede der sig et mønster på mødet, hvor den enkelte sagsbehandler fremlagde borgerens situation med italesættelse af en gennemgående positiv og anerkende holdning over for borgernes situation. Mødet foregik endvidere som dialoger mellem de deltagende sagsbehandlere indbyrdes og med teamlederen, hvor

- sagsbehandleren udbyggede sin fremlæggelse af sagen med yderligere data
- der stilles spørgsmål til sagsbehandlerens opfattelser af borgeren som person
- der redegøres for faglig viden om specielle sygdomsgrupper fx i form af forskning og andre undersøgelser
- og ofte udfolder der sig drøfter af regler og lovgivning i forhold til den enkelte sag, jf. efterfølgende feltnote:

"Der søges udpræget efter svar i lovgivning og regler, fx i forhold til etablering af en mentorordning for en sygemeldt borger. Der er et især fokus på længden af sygedagpengeforløbene, hvilket ser ud til at spille en rolle for tilrettelægnings af det videre forløb med udredning, indsatser fx med jobtræning og afklaring af arbejdsevne og arbejdsmarkeds-tilknytning i form af ordinært job, fleksjob, skånejob eller pension: "Det bliver et langt forløb, men det gør jo ikke noget, hvis hun kommer tilbage," siges der. Der tales også her om, i nogle situationer at sende borgeren til yderligere undersøgelser, der fx kan afdække, om borgeren reelt har en depression.

Borgerne placeres løbende i kategorier omfattende 3 overordnede kategorier med i alt 5 grupper⁹¹, afhængigt af udviklingen i borgerens situation og helbred. Denne placering ser ud til at spille en helt central rolle i forhold til forventningerne om at kunne nedbringe antallet af sygedagpengesager på over 52 uger. I sygedagpengelovgivning og serviceinformationer til borgerne er dette et meget centralt 'redskab' for medarbejdernes vurderingsarbejde. I mange af sagerne henvises borgerne til tilbud, der iværksættes af CBR (Center for Beskæftigelse og Revalidering), en tidligere amtskommunal institution, men nu en del af Randers Kommunes beskæftigelsesområde" (Feltnote).

Praktiske og samarbejds-mæssige aspekter i den videre behandling af sagerne blev også drøftet, fx af muligheder for praktiksteder, samarbejde med jobkonsulent eller sagsbehandler på pensionsområdet. Sagsbehandlerne redegjorde endvidere for egne og andre fagpersoners vurderinger af forskellige aspekter i den enkelte sag, fx lægers, smertekliniks, psykologs eller psykiaters vurderinger samt job- og fastholdelseskonsulenters vurderinger af borgeren og dennes helbredssituationen. Det tyder her på, at kommunens jobkonsulenter spiller en central rolle i vurderinger af borgerens arbejdsevne.

Sagsbehandlerne egne vurderinger er præget af borgerens eget med- og modspil i forløbet, fx om borgeren over for sagsbehandleren selv virker aktiv, engageret i at blive raskmeldt og ønsker at komme i job igen samt selv virker optimistisk if. til sin situation og fremtiden.

I *Rehabiliteringsenheden* var der tale om fire overvejende uformelle møder, hvoraf tre møder omhandlede konkrete borgersituationer. Forløbet af de enkelte møder var meget forskellig og uden nogen fast form, ligesom de tidsmæssigt havde meget forskellig udstrækning. Et af elementerne i de observerede møder/samtaler er belysning af borgerens situation med indhentning og udveksling af oplysninger om borgeren og dennes reaktioner på sygdommen samt fælles drøftelser af, hvorledes den enkelte medarbejder eller andre samarbejdspartnere vurderer og skønner i situationen.

"Særligt borgere med lille socialt netværk (enlige) og borgere med mindre hjemmeboende børn møder og oplever i særlig grad store belastninger i kræftforløbet."

"En samtale mellem en fysioterapeut og forløbskoordinator om et vanskeligt træningsforløb viser et mønster, der i stor udstrækning svarer til mønstre i analysen af mine observerede samtaler med borgerne; mellem de to medarbejdere sker der en udveksling/deling af konkret og fagligt underbyggede skøn og vurderinger. Skøn og vurderinger, hvor de to fagpersoner bygger videre og oven på hinandens faglige skøn" (Feltnote).

Ved et møde i hele rehabiliteringsgruppen viste der sig italesættelser af, hvorledes man i gruppen 'forhandler' sig frem til beslutninger (kriterier) for borgernes adgang til og omfang af træning, fx i form af bassintræning. For flere af mødernes vedkommende handler en del endvidere om, hvorledes samarbejdet og især koordineringen af indsatsen

⁹¹ Jf. punkt 12.2 om visitationskategorier i *Vejledning om sygedagpengesager* (Arbejdsdirektoratet, 2008).

over for borgerne er og kan forbedres; et element, der ser ud til at have stor betydning for muligheden for at sikre kvalitet i indsatsen over for borgerne.

I *Hjemmesygeplejen* bestod min deltagende observation i fem morgen- og middagsmøder mellem teams af social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter og hjemmesygeplejersker. Italesættelser af aspekter omkring det faglige skøn kommer her frem på følgende måde:

"Sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne drøfter en borger, der har en hjerne-tumor. Borgeren har nu fået en plejeseng og forsøges kørt ud i bad på en bækkenstol. Borgeren vurderes til efterhånden at blive dårligere, hvorfor det er tiltagende vanskeligt at få hende ind i brusekabine på badeværelset. De involverede i hjemmet drøfter endvidere muligheden for, at borgeren kan få 'nøglesystem', så det er lettere at låse sig ind ved natbesøg, hvilket områdelederen mener, at borgeren godt kan få" (Feltnote).

I en anden situation taler medarbejderne om borgernes situation inden de kører ud til borgerne i dennes eget hjem:

"Ved et morgenmøde gennemgår en hjemmesygeplejerske på dagholdet notater i områdets rapportbog fra nattevagten. Der kan her observeres enkelte faglige kommentarer til de enkelte borgere i rapporten. Disse kommentarer afstedkommer typisk aftaler om, at en medarbejder 'tager handling' i forhold til de drøftede situationer, fx i form af et besøg i hjemmet, tjek af medicin, ansøgning om nøglesystem og iværksættelse/udførelse sårpleje" (Feltnote).

Ud fra mine iagttagelser af skøn i de mange drøftede situationer fremstår det som om, at faglige skøn inkluderes i eller udgør en *del af og er forudsætninger* for medarbejderens forslag til handlinger i praksis. Dette fænomen har jeg kunnet iagttage i mange situationer, hvor medarbejdere ikke eksplicit inddrager data om borgerens situation, men kommunikerer i form af bestemmelser af borgerens situation og derfra fremkommer med forslag til handling i praksis uden at ekspliciterer refleksioner af vurderinger/skøn. Det kan fx være når en borger giver udtryk for tiltagende smerter, og der argumenteres for forslag om, at borgeren må 'sættes op' i smertestillende. Det kan dog ikke udelukkes, at der bag fx forslaget om øgning af smertestillende ligger implicite refleksioner, hvorigennem medarbejderen når frem til forslaget om at øge dosis af smertestillende.

Observation af italesættelser af faglige skøn i formelle dokumenter

Dokumenter kan, således som jeg redegør for i kap. 2, afsnit 2.2 om dokumentanalyser som datagenereringsstrategi, medvirke til at belyse den kontekst, hvori praksis for udfoldelse af det faglige skøn kan iagttages samt de professionelle og organisationens måde at tale om det faglige skøn på. I min strategi for observation af det faglige skøn i dokumenter opdeler jeg min analyse i forhold til **1)** politisk-administrative dokumenter og **2)** journaler med optegnelser af sagsfakta og vurderinger af borgernes situation og vanskeligheder. For begge analyser er der tale om det, som Berger & Luckmann benævner

som eksternaliseringer i afledte former af prototypen med ansigt-til-ansigt relationer (Berger & Luckmann, 2002:43). I dette afsnit vil jeg afgrænse mig til de politisk-administrative dokumenter. I det efterfølgende afsnit analyseres 25 journaler; dokumenter, der er meget centrale for de professionelles dokumentation af vurderinger og faglige skøn. En oversigt over samtlige indsamlede dokumenter i forhold til hver af de fire inkluderede afdelinger er beskrevet i undersøgelsens bilagssamling (bilag 15). Denne analyse afgrænser sig til at omhandle 18 af de mange indsamlede dokumenter (jf., min Data-matrix, bilag 20).

Det gennemgående billede af den måde, hvorpå der tales om eller måske nærmere ikke tales om, vurderinger af borgerens behov for hjælp [rehabilitering] i de mange forskellige dokumenter omfattende love, vejledninger, kvalitetsstandarder, informationsmaterialer til borgerne, interne referater/ notater, kliniske retningslinjer og lokale sundhedsaftaler er, at der i begrænset omfang kan observeres direkte/indirekte synliggørelse af krav om, at vurderinger af borgerens behov for hjælp i forskelligt omfang må basere sig på vurderinger og faglige skøn.

Inden for **visitationsområdet** er det især dokumenter som kommunens kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp, hvori der italesættes en behovsvurdering: "... visitatorer [tager] kontakt til borgeren for at aftale tidspunkt for et besøg. Visitator drøfter behovet med borgeren og eventuelt med pårørende. Efter besøget beslutter visitatoren, hvilken hjælp/støtte borgeren kan bevilliges" (dok. 46: 4). På området for bevilling af hjælpemidler kan der iagttages tilsvarende meningsformer som de ovenfor beskrevne, der gælder for *Visitationens* øvrige serviceområder.

Samtidigt peger man politisk på, at

"En stor del af tilbuddene til ældre bevilges i dag gennem en visitation. For kommunen er det et styringsredskab, som anvendes til at fordele tilbuddene og opnå et ensartet serviceniveau for de borgere, der findes berettiget til at modtage ydelser." (Dok. 51: 8).

For at opfylde dette ønsker man politisk, at

"Der visiteres efter politisk vedtagne kvalitetsstandarder, som sikrer, at alle får tilbudt et ydelsesniveau ud fra vedtagne prioriteringer indenfor den mulige økonomiske ramme. Dette gælder indenfor personlig pleje, praktisk hjælp, forbrugsgoder, bolig, madservice, hjælpemidler, aktivitet og træning" (Dok. 51: 8).

Den form for politisk italesættelse af vurderinger af borgernes behov i kommunens ældrepolitik indikerer, at behovsvurderingen finder sted ud fra den vedtagne kvalitetsstandard som redskab til at fordele tilbuddene, opnå et ensartet serviceniveau og at alle borgere får et ydelsesniveau ud fra vedtagne prioriteringer indenfor den mulige økonomiske ramme. Vurderinger og skøn af borgernes behov for hjælp søges således holdt indenfor de aktuelle politisk vedtagne prioriteringer og økonomiske rammer.

På **sygedagpengområdet** er det helt centrale og nærmest enerådende dokument sygedagpengeloven med tilhørende vejledning. I selve sygedagpengeloven italesættes skøn-

net som begreb i § 7, stk. 2, hvori der står følgende: *"Stk. 2. En lønmodtager er delvis uarbejdsdygtig på grund af sygdom, når det **skønnes**, at den pågældende kun kan udføre arbejdet delvis, eller når to eller flere behandlinger, der er foreskrevet af en læge eller tandlæge, medfører delvist fravær fra arbejdet. Det er en betingelse, at lønmodtagerens fravær er på mindst 4 timer pr. uge, hvori indgår befordring og ventetid ved ambulante behandlinger"* (Sygedagpengeloven, LBK nr 653 af 26/06/2012).

I den løbende behandling af borgerens sygedagpengesag med periodiske opfølgningssamtaler skal sagsbehandleren foretage vurderinger og faglige skøn i forhold til en række komplicerede paragraffer i loven, især § 12 omhandlende tre visitationskategorier og § 27 om varighedsbegrænsninger af sygedagpengebevillingen inden for fem forskellige sæt af kriterier, fx punkt 3, der handler om, at: *"3) den sygemeldte er under eller venter på lægebehandling og den pågældende efter en lægelig vurdering **skønnes** at ville kunne genoptage erhvervs­mæssig beskæftigelse inden for 2 gange 52 uger regnet fra varighedsbegrænsningens indtræden"*. Vurderinger og skøn på sygedagpengeområdet italesættes således nærmest enerådende inden for de betingelser sygedagpengelovgivningen fastlægger.

På **rehabiliteringsområdet** tales der i *Vejledning til kommuner og regioner om træning*, som to ministerier udarbejdede i forlængelse af strukturreformen, om vurderinger og skøn på følgende måde: *"Genoptræningsplanen skal bero på en konkret, individuel vurdering af den enkelte patients behov for genoptræning, og den skal udarbejdes i samarbejde med patienten. Patientinddragelsen har bl.a. betydning for en realistisk beskrivelse af patientens genoptræningsbehov under hensyn til patientens ressourcer, motivation og ønsker, ligesom patientinddragelsen har betydning for afstemningen af forventninger til de fortsatte genoptræningsforløb"* (Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse, 2009:18). Der redegøres endvidere for en lang række krav til udarbejdelsen af en genoptræningsplan (GOP), herunder beskrivelser af vurderede behov for genoptræning i forhold til funktionsnedsættelser samt behov for almindelig (kommunal leveret) genoptræning, egen­træning mv. Ud over dette redegør vejledningen for rammer for træning efter serviceloven og udarbejdelse af handle- og plejeplaner. Her hedder det, at *"Kommunen har, når den træffer afgørelse, pligt til, ud fra en konkret individuel helheds­vurdering, at inddrage alle muligheder for hjælp efter den sociale lovgivning. [...] Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om, hvilken form for genoptræning, der skal iværksættes. Afgørelsen skal træffes på baggrund af en konkret individuel vurdering af borgerens træningsbehov. Det følger af servicelovens § 88, stk. 3. [...] Kommunalbestyrelsen skal altid **skønne**, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde udarbejdelse af en plan for ydelser efter serviceloven. Bestemmelsen omfatter voksne under 65 år, dog ikke 18-22-årige, der modtager hjælp efter servicelovens afsnit II. I **skønnet** skal borgerens eventuelle ønsker om at få en handleplan indgå med vægt, og det er derfor vigtigt, at borgeren er orienteret om muligheden for at få en handleplan. Ved vurderingen af behovet for en handleplan skal der tages hensyn til borgerens samlede funktionsevne og behov samt karakteren, omfanget, sværhedsgraden og tidshorizonten for den indsats, der er brug for"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009:31-32, 36-40).

Der er således i vejledningen italesættelser af krav om 'en konkret individuel helheds­vurdering' af borgerens træningsbehov, ligesom der også tales om, at der sker *skøn* i de

konkrete vurderinger. I indledningen til vejledningen er der endvidere klare referencer til tænkningen i rehabilitering, selv om der overvejende tales om træning.

Ovennævnte forståelser ser ud til at stemme overens med oplysninger fra enhedens leder, der påpeger, *"at det er den enkelte terapeut, der ud fra egen faglig vurdering fastlægger indholdet og omfanget af den træningsmæssige indsats"* (Feltnote).

På **hjemmesygeplejeområdet** tales der i vejledningen om hjemmesygepleje (dok. nr. 58) om, at *hjemmesygepleje ydes efter behov*. Analysen af meningsindholdet i dokumenter på hjemmesygeplejeområdet viser et mønster, hvor der stort set ikke italesættes vurderinger og faglige skøn i forhold til borgerens behov for rehabilitering. I kvalitetsstandard fra 2011 tales der alene om, at *"Der vil ske en konkret faglig vurdering efter henvendelse fra borgeren selv, pårørende, egen læge eller sygehus"* (Dok. nr.56, bilag 20). I Vejledning til hjemmesygepleje står der ikke noget om, at der skal ske en behovsvurdering, men italesættes alene i formålsbeskrivelsen for hjemmesygeplejen: *"Formålet med hjemmesygeplejen er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det"* (Dok. nr.58, bilag 20). Kravet er således, at der blot skal kunne konstateres et behov hos borgeren uden, at der siges noget om, at behovet skal vurderes.

Der er således tale om få og meget forskellige niveauer af italesættelser af vurderinger og faglige skøn inden for de fire afdelingers virksomhedsområder. Tydeligst kommer skønnet til udtryk i den nationale vejledning på træningsområdet. Her italesættes det, at der ved vurderinger af behov for træning finder et *skøn* sted. Et andet og dybere indblik i udfoldelsen af det faglige skøn på dokumentniveau får man derimod igennem analyser af borgernes journaler.

Observation af italesættelser af faglige skøn i borgernes journaler

De mest centrale dokumenter i min dokumentanalyse, som jeg har benyttet for at søge indblik i og forståelse af de professionelles udfoldelse af det faglige skøn, er borgernes journaler. Igennem analyser af 25 borgerjournaler, har jeg redegjort for, hvorledes aspekter i det faglige skøn optræder som skriftlige, dokumenterede italesættelser i borgernes journaler.

Begrebet journal dækker over meget forskellige former for *journaler*, der ikke skal sammenlignes med den journaltype borgere med kræft typisk forbindes med - den medicinske lægejournal på hospitalet. De journal- eller sagstyper, som de professionelle anvender i den kommunale sektor består dels i elektroniske omsorgs- eller sagsstyringssystemer, fx VITAE-systemet i visitationsområdet, dele af *Rehabiliteringsenheden* og hjemmesygeplejen samt OPERA-systemet på sygedagpengeområdet. Hertil kommer særlige sagsmapper med sagsakter og notater med optegnelser fx af henvendelser fra borgeren, pårørende og andre tværfaglige samarbejdspartnere (statusbeskrivelser, kopi af lægejournalen, speciallægeerklæringer mv.).

I min bilagssamling er en oversigt over samtlige indsamlede journaler opført i forhold til hver af de fire inkluderede afdelinger (jf. bilag 20), ligesom der i bilag 23 er medtaget et eksempel på mine analyser af de udvalgte journaler på. I bilag 17 redegør jeg for mine anvendte observations- eller iagttagelsespunkter ved analyser af de 25 journaler.

For at eksemplificere min tilgang i min analyse af de indsamlede journaler i de fire afdelinger, vælger jeg, at redegøre for analysen af journaler fra *Rehabiliteringsenheden*. Valget af denne enhed som eksempel begrundes med, at journaler herfra rummer de mest udbyggede data vedr. borgere med kræft. Journalerne indeholder, ud over en række stamoplysninger, et resume af den *indledende samtale*, her med enhedens forløbskoordinator, hvor fokus er helbred (sygdommen, undersøgelser, behandling mv.), sociale og arbejdsmæssige forhold samt mål, konklusioner og aftaler. Hertil kommer notater fra de kontakter i forløbet med borgeren. Endelig indgår notater fra trænende fysioterapeuter (specialark i omsorgssystemet VITAE) samt statusbeskrivelser mv.

Indholdet af en borgerjournal i *Rehabiliteringsenheden* fra forløbskoordinatoren er gengivet nedenfor. Da journalerne kan være ganske omfattende med op til 18 sider, har jeg valgt at gengive udvalgte passager, der beskriver den måde, hvorpå man i journalerne taler om borgerens situation. Den indledende samtale er bygget op omkring en række stamoplysninger og en anamnese, fra hvilke de første uddrag er et eksempel på.

Helbred: Fik fjernet knude i bryst i april 2007. Fik fjernet bryst i maj 2007. Har fået 5 kemo-behandlinger og skal have den sidste xx.xx.07. Skal begynde 24 strålebehandlinger den xx.xx. 07. Skal inden start på strålebehandling have fjernet begge æggestokke, da det er en østrogenbevirket cancer. Skal til undersøgelse for det den xx.xx.07. Kan fjernes ambulantly. Tænkte når hun var færdigbehandlet, at så var hun rask. Men oplæg fra KB [Kræftens Bekæmpelse] har fået hende til at tænke over flg. 'syg-rask-ikke syg'.

Spgm.: Hun er usikker på, om hun skal opereres den xx.xx.07 eller blot til undersøgelse. Orker ikke at spørge hospitalet, men vil efter samtalen alligevel overveje at ringe derud. [... ...]

Socialt: Bor sammen med sin ægtefælle og sammen har de en datter på xx år, der er i lære og netop flyttet til Århus. Datteren er bekymret for sin mor. Spørger om bivirkninger af kemo som ex. svamp er farlig. XX syntes det er svært at tale med datteren om sin sygdom, men gør det, men det kræver mange kræfter. [...]

Arbejde: Er uddannet xxxx og har arbejdet som det i 25 år, blot afbrudt 1 år, hvor hun var afløser i xxxx. Var derefter i xxxx i et vikariat i 1 år. [...]. Hun er meget glad for sit arbejdet og er meget bange for, hvad der skal ske med det. Tror ikke hun kan vende tilbage på fuld tid, - og det bliver sværere og sværere at vende tilbage til arbejde, jo længere hun er væk. Det oplever hun ved, at hun har svært ved at komme på besøg. Bliver grådlabil, når hun kommer på besøg nu. Det gjorde hun ikke førhen. [...]

Spgm: Hvad skal der ske med hendes arbejde

Spgm: Kan kolleger få mere kendskab til kræft.

Konklusion

I samtalen taler vi om meget andet end motion [var den egentlige baggrund for henvendelsen til centret], som hun eget. ønskede. Men hun siger, hun har en dårlig dag, havde brug for at tale om andet, og synes, at hun efter samtalen har det bedre end før hun kom.

Hun er enig med mig i at standse samtalen efter en time, da hun heller ikke kan rumme mere.

..... fortsættes næste side

Aftalt:

1. Hun får pjece om Unge & Sorggruppen i Århus, som hun vil forlægge sin datter. Specielt chatlinien, tror hun, datteren vil gøre brug af.
2. Hun får information om xxxxx Fysioterapi, som hun vil kontakte ang. holdtræning med Pilates. [...]

#

"12. kontakt xx.xx.08

XX beder om en samtale. Hendes bror, der fik konstateret kræft samtidig med hende, har fået tilbagefald. Familien har fået den besked, at han ikke kan behandles mere. XX siger, det ligger i luften, at han ikke har lang tid tilbage at leve i, men broren er meget lukket om det.

XX har det meget skidt på 2 fronter: 1) Hun er bange for at miste ham, 2) Hun er bange for selv at få tilbagefald. Hun virker meget påvirket psykisk, farer sammen over den mindste uventede støj, græder, mister af og til tråden i samtalen og vil gerne have hjælp i form af nogen at tale med, evt. en psykolog siger hun. Samtidig kan hun ikke rigtig overskue det.

Aftalt

1. Efter kontakt med KB kan hun gøre brug af samtale hos YY, men hun må tage til År-hus
2. Henviser hende til egen læge for evt. af den vej at blive henvist til psykolog samt tale med e.l. om evt. lidt beroligende medicin, så hun kan få ro på sig selv og igen få overblikket. XX har en tid hos egen læge i morgen."

(Journaluddrag, dok. nr. 6, bilag 20)

I dette borgerforløb, der på daværende tidspunkt havde strakt sig over 22 mdr. og afstedkommet 18 kontakter med/for borgeren, indgår der en lang række journalnotater, hvoraf kun enkelte et medtaget ovenfor som illustration af journalindholdet:

Min tværgående analyse af skøn iagttaget via medarbejdernes dokumentation af borgerens behov for rehabiliterende indsatser ved kræft i de 10 journaler fra *Rehabiliteringsenheden* viser et mønster eller en række kendetegn, der er beskrevet i tabel 10.6 på næste side.

Den tværgående analyse af vurderinger og udfoldelse af faglige skøn indikerer, at der inddrages en meget stor brede i aspekter omkring borgerens vanskeligheder; vanskeligheder, der handler om sygdommen og dens behandling (kropsaspekter), sociale- og arbejdsmæssige forhold, psykiske reaktioner på sygdommen og behandlingen og livsforløbet med en kræftsygdom. Endelig indgår der en gensidig informationsudveksling om forløbet og behov for hjælp i forhold til de identificerede vanskeligheder. På tilsvarende måde er der stor brede i de videnformer, der ser ud til at indgå eksplicit og implicit som grundlag for vurderinger og skøn; biomedicinsk viden, viden om hverdagslivet, teknologisk viden om handlemuligheder, psykologisk/psykosocial viden og pædagogisk viden, herunder specialiseret viden på kræftområdet.

Borgerens perspektiv inddrages i stor udstrækning, hvilket sker via samtalerne og den gennemførte dokumentation af både ressourcer og vanskeligheder, hvilket antages at have sammenhæng til en anerkendende tilgang i den måde, hvorpå man taler om borgeren som individ og retlig subjekt med rettigheder og en anerkendelsesværdig livsform.

Tabel 10.6: Tværgående analyse af 10 journaler fra Rehabiliteringsenheden

| Iagttagelse af: | Iagttagelser (kendetegn): |
|---|---|
| <p>Indhold i vurderinger/skøn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former for vanskeligheder (vurderingsområder i ICF-modellen) ▪ Videnformer | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdom: kræft, behandling og senfølger, mobilitet, co-morbiditet ▪ Socialt: aktiviteter; økonomi; familieforhold; ægtefælle/samlever/enlig, børn, familiens reaktioner på sygdommen og behov for støtte ▪ Arbejde: arbejdsfunktion, ønsker/forventninger, kontakt til arbejdet ▪ Psykiske reaktioner: på sygdommen, behandlingen, senfølger ▪ Livsforløb med kræft: egen og pårørendes reaktioner på/håndtering af hverdagen med et sygdomsforløb ▪ Information: gensidig udveksling af informationer og tilbud om hjælp <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biomedicinsk viden (fx kræft, behandling, træning, senfølger) ▪ Hverdagslivet (fx personlige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet) ▪ Teknologisk viden (fx trænings- og beh.former; arvævsbehandling, udspænding, undersøgelsesteknikker) ▪ Psykologisk og psykosocial viden (fx angst, reaktioner på kritisk sygdom) ▪ Pædagogisk viden (fx motivation, videndeling) |
| Behov som fænomen: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behov fremkommer i dialogen med borgeren, hvor denne selv italesætter vanskeligheder i hverdagslivet og deraf afledte behov eller via den måde, som frontlinjemedarbejderen spørger ind til situationen ▪ Behov fremkommer også implicit ift. behov for bestemte indsatser, især på træningsområdet ▪ Behovsidentifikationen sker uden inddragelse af formelle programmer for identifikation og vurdering/skøn af behov |
| Inddragelse af borgeren/-perspektiv: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sker ifm. samtalerne/kontakter/træning, hvor borgerens situation og oplevelser inddrages bevidst og drøftes indgående ▪ Ved dokumentation af såvel ressourcer som vanskeligheder |
| Anerkendelse / tillid: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der udvises tydelig og stor anerkendelse af borgeren følelsesmæssigt (solidaritet), retligt og med værdsættelse af dennes livsform |
| Ref. til viden, erfaring, praksis: (inkl. kræft): | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydelig eksplicitering af viden, erfaring og praksis, herunder relatering til kræftområdet og denne gruppe af borgers særlige situation. |
| Reduktion/fastholdelse af kompleksitet: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forsøger at gribe og fastholde en meget stor og omfattende grad af kompleksitet i borgerens hverdagslivssituation. Dette styres i høj grad af borgerens inddragelse af mange og komplekse aspekter. |
| Ref. til andre samarbejdspartnere: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der kan iagttages referencer og direkte opgavevaretagelse (fx koordinering) ift. mange samarbejdspartnere (internt og eksternt) |
| Italesættelse af rehabilitering: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der kan iagttages mange, især indirekte, italesættelser af stort set alle elementer i tænkningen i rehabilitering |
| Situering af vurdering/skøn: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situeringen finder i praksis sted ved, at den professionelle gennemfører vurderinger ifm. samtaler mv. og træningsforløb |
| Refleksioner: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spredte refleksioner, især fra koordinatoren ift. vurderinger af borgerens vanskeligheder, situation og behov for støtte/hjælp og fysioterapeuternes træningsforløb |

Identifikationen af behov sker ifm. samtalen/dialogen med borgeren og uden anvendelse af styrende programmer (fx *Fælles Sprog* fra KL). Nogle gange sker det som en implicit forståelse af behov inkluderet i konkrete handlingsforslag. Medarbejderne søger ud fra den valgte tilgang at håndtere den store kompleksitet, der ofte er i borgerens situation, formidlet via borgerens måde at tale herom.

Der refereres til og sker handlinger i forhold til mange forskellige samarbejdspartnere, ligesom rehabiliteringstænkningens elementer, jf. afsnit 1.3 om *Rehabilitering som begreb og praksis på kræftområdet*, italesættes på stort set alle områder, især af forløbskoordinatoren. Situeringen af vurderinger/faglige skøn sker ifm. samtalerne med borgerne og refleksioner over dennes vanskeligheder i hverdagslivet med kræft. Der kan her iagttages spredte faglige refleksioner som indikationer af vurderinger og faglige skøn fra forløbskoordinatoren og fysioterapeuterne i forhold til vurderinger af kroppens funktion og effekter af trænings- og behandlingsforløbene. Især i de længerevarende forløb med samtaler mv. mellem forløbskoordinatoren og borgere med kræft træder et meget komplekst samtale og vejledningsmønster frem; et mønster, hvor koordinatoren differentierer og veksler mellem en række elementer parallelt med en model udviklet af Maliski m.fl. (2004), der omhandler **1**) vurderinger (assessment), **2**) koordinering, **3**) at 'holde sagen på sporet', **4**) støtter, **5**) motiverer borgeren, **6**) udfører, **7**) vejleder/rådgiver borgeren frem mod **8**) en fælles problemløsning (Maliski m.fl. 2004; Hjortbak 2009).

I komplekse kontakt- og koordineringsforløb med langvarige kontakter udfoldes vurderinger/skøn på mange forskellige trin og niveauer. Kontaktforløbet mellem borgere og forløbskoordinator viser, afhængigt af tidsforløbet og kompleksitet i borgerens situation, en kontaktfrekvens på mellem 1-18 kontakter med et gennemsnit på 10 kontakter pr. borger. Forløbene har været fra én enkel kontakt til forløb, der strakte sig over næsten to år.

For de øvrige tre inkluderede afdelinger er der gennemført analyser af i alt 15 indsamlede journaler fordelt med 5 journaler pr. afdeling efter samme mønster som for *Rehabiliteringsenheden*. Indholdet af de enkelte journaler har, som i *Rehabiliteringsenheden*, været bestemmende for mulighederne for at præcisere og detaljere mine analyser. Det er imidlertid ikke alle journaler, der indeholder samme grad af synliggørelse af de gennemførte samtaler, iværksatte forløb af indsatser mv. Et aspekt, der også viser noget om de enkelte afdelingers og professioners praksis og kultur for dokumentation bl.a. af retsfakta samt vurderinger/skøn i forhold til borgernes behov og vanskeligheder samt afgørelser om hjælp eller beslutninger om iværksættelse af handlinger.

I det efterfølgende vil jeg, med anvendelse af Luhmanns begreb om funktionel differentiering, redegøre for en komparativ analyse af hovedelementerne i min gennemførte journalanalyse, hvis detaljer er beskrevet i undersøgelsens fire case-rapporter (Case-rapport 1-4). De funktionelle elementer, der redegøres for her er *borgerperspektiver*, *problemperspektiver*, *problemløsningsformer* og *videnformer* i de fire organisatoriske systemer når der sker udfoldelse af faglige skøn via de involverede aktørers italesættelser heraf i

borgernes journaler. Der vil her være tale om bestemmelser af en række dominerende perspektiver vel vidende, at udfoldelsen af faglige skøn aldrig viser sig så entydigt, ligesom dokumentationen i journalerne givetvis ikke rummer alle aspekter i de udfoldede vurderinger/skøn.

Tabel 10.7-A og B på de næste sider redegør for de fremanalyserede funktionelle elementer, der ser ud til at være kendetegnende for udfoldelse af faglige skøn i 25 borgerjournaler fra de fire inkluderede afdelinger.

Tabel 10.7-A: Funktionelle kendetegnende for udfoldelse af faglige skøn, dokumenteret i 25 borgerjournaler i fire afdelinger

| Afdeling | Visitationsenheden | Sygedagpengedelingen | Rehabiliteringsenheden | Hjemmesygeplejen |
|--|---|--|---|---|
| Borgerperspektiv (borgeren som medie for hjælp/ikke-hjælp) | | | | |
| Kendetegn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behovskategorier i <i>Fælles Sprog</i> og kvalitetsstandard ▪ Borgerens fortælling | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kategorier i Sygedagpengeloven ▪ (Borgerens fortælling) / oplysninger om borgeren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borgerens fortælling ▪ Undersøgelser/observationer | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borgerens fortælling ▪ Undersøgelser/observationer |
| Kode | ▪ Standardisering | ▪ Standardisering | ▪ Individualisering | ▪ Individualisering |
| Problemperspektiv (borgerens situation og vanskeligheder, kompleksitet) | | | | |
| Kendetegn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdom ▪ Pers./prak. opg. i hverdagslivet | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdom ▪ Beskæftigelses- og arbejds-situationen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdom ▪ Sociale forhold ▪ Arbejde ▪ Psykiske reaktioner ▪ Livsforløb | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sygdom ▪ Psykisk reaktioner ▪ Aktivitet ▪ Deltagelse |
| Kompleksitet | ▪ Reduceret | ▪ Reduceret | ▪ Bevaret | ▪ Bevaret |
| Kode | ▪ Selvhjulpethed og uafhængighed | ▪ Selvforsørgelse/uarbejdsdygtighed | ▪ Funktion/funktionsnedsættelse | ▪ Rask/syg ▪ (Selv)trængende |

I tabel 10.7-A er de funktionelle kendetegn ifa. italesættelser af *borgerperspektiver* og *problemperspektiver* i journalerne sammenfattet. Her fremgår det, at borgernes fortællinger eller selvfremsættelse indgår i alle fire afdelingers perspektiv på borgeren som medie for hjælp. For de to afdelinger med **myndighedsfunktion** kobles borgernes fortællinger og evt. oplysninger om borgeren fra andre aktører (fx lægestatus fra behandlende hospital) til forskellige behovs- eller varighedskategorier i programmer som *Fælles Sprog* omsat i kommunens kvalitetsstandard eller sygedagpengelovens visitations- og varighedskategorier. Hermed fremstilles borgeren i et standardiseret/programmeret perspektiv. Et

perspektiv, der i vidt omfang afgrænser sig til et *problemperspektiv*, hvor fokus udgøres af sygdommens betydning i forhold til borgerens vanskeligheder i hverdagslivet koblet til de indsatsområder den enkelte afdeling har bevillingskompetencer inden for. Dette fører en reduktion af kompleksiteten i borgernes samlede situation med sig. Samtidigt er denne reduktion med til at fastholde organisationens og de professionelles fokus på indsatsens rettedhed eller dominerende koder ifa. selvhjulpethed/uafhængighed og generhvervelse af selvforsørgelsesevnen i forhold til helbredsrelateret uarbejdsdygtighed og behov for personlig-praktisk hjælp, fx fra hjemmeplejen.

For de to afdelinger med **udførerfunktioner** har borgerens fortælling eller selvfremsstilling en dominerende rolle og meget stor betydning for de professionelles og organisationens samarbejde med borgeren og belysning af kompleksiteten i borgerens samlede situation. Denne selvfremsstilling, evt. supplerende oplysninger fra andre samarbejdspartnere og egne observationer/undersøgelser udgør et selvstændigt og individuelt *borgerperspektiv*. Der sker således ikke koblinger til standardiserende/programmerende perspektiver på borgeren. Derimod fastholdes en høj grad af individualisering af blikket på borgeren. Dette åbne og brede perspektiv på borgeren afspejler sig også i en betydelig bredde i de to afdelingers *problemperspektiv*, der rummer en høj grad af kompleksitet omkring borgeren - fysisk, psykisk, socialt i forhold til borgerens hverdagsliv og livsforløb. Endvidere kan der - især i *Rehabiliteringsenheden* iagttages en eksplicit inddragelse af pædagogiske aspekter i relationsarbejdet med borgeren. Dette perspektiv på borgeren og dennes problemstillinger fastholder de professionelles og organisationens rettedhed imod indsatsens dominerende koder ifa. funktion/funktionsevne i hverdagslivet samt helbredsprospektivet og borgerens (selv)trængende behov for omsorg, støtte og hjælp til at mestre livet i et kræftforløb.

Tabel 10.7-B på næste side redegøres der for de funktionelle kendetegn, der knytter sig til de professionelles og organisationens borgerperspektiv og *problemperspektiv* ifa. *problemløsningsformer* og *videnformer*. Igen vil jeg her opdele mine analytiske kommentarer i forhold til de to forskellige forvaltningsmæssige virksomhedsformer.

For de to afdelinger med **myndighedsfunktioner** består *problemløsningsformerne* begrundet i virksomhedernes kendetegn med retlig forvaltningsvirksomhed i visitations- og opfølgningssamtaler, suppleret af observationer af borgeren og henvisning til yderligere undersøgelser (udredning), indhentning af statusbeskrivelser og henvisning til arbejdsfremmende/-afklarende aktiv tilbud. Fokus eller koden for de to myndighedsafdelingers former for hjælp består i kontrol af ret til hjælp, hvorimod selve hjælpen ydes af andre enheder eller leverandører. De *videnformer*, der træder indirekte eller direkte frem i journalmaterialet, er fortolket som udtryk for de enkelte fagpersoners professionsfaglige kompetencer, dels som udtryk for organisationens prioriterede og værdsatte *videnformer*. Kendetegnende for *videnformerne* i de to myndighedsafdelinger er det, som jeg benævner med koden 'phronesis', domineret af viden knyttet til den enkelte enheds virksomhedsområde og samarbejde med borgeren samt forskellige niveauer af biomedicinsk viden (fx om kræft og kræftbehandling). Da der er tale om et arbejde, hvori der

alene træffes afgørelse og ikke skal ske konkret udførelse af de rehabiliterende indsatser, er der ikke tale om teknologisk viden på udførerniveau på samme måde, som det fx gælder for de professionelle i *Hjemmesygeplejen*. På sygedagpengeområdet har det endvidere vist sig, at sagsbehandlere håndterer komplekse biomedicinske oplysninger i journalen og, at de begrundet i behov for fortolkninger af disse, benytter kommunens lægekonsulent.

Tabel 10.7-B: Funktionelle kendetegn for dominerende kendetegn i udfoldelse af faglige skøn, dokumenteret i borgerjournaler i fire afdelinger

| Afdeling | Visitations-enheden | Sygedagpenge-afdelingen | Rehabiliterings-enheden | Hjemmesyge-plejen |
|--|--|--|---|--|
| Problemløsningsformer (hjælpens form) | | | | |
| Kendetegn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitations-samtaler ▪ Observation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opfølgings-samtaler ▪ Henvisning til undersøgelser og aktiv tilbud | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandling/træning/koordinering ▪ Relationsarbejde (samtaler) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandling/pleje ▪ Relationsarbejde (omsorg/samtaler) |
| Kode ⁹² | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrol af ret til hjælp | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrol af ret til hjælp | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vag af indsats | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valg af indsats |
| Videnformer (italesættelser af borgeren og hjælp) | | | | |
| Kendetegn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biomedicin ▪ Hverdagslivets opgaver ▪ Teknologisk viden ▪ Psykologisk/psykocial viden | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbejdsmarked, arbejdsevne og beskæftigelse ▪ Ret- og rets-sanselse ▪ (Biomedicin) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biomedicin ▪ Hverdagslivet ▪ Teknologisk viden ▪ Psykologisk/psykocial viden ▪ Pædagogisk viden | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biomedicin ▪ Teknologisk viden ▪ Psykologisk/psykocial viden |
| Kode | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phronesis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phronesis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phronesis ▪ Techne ▪ Episteme | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Techne ▪ Phronesis ▪ Episteme |

For de to enheder med **udførerfunktioner** består *problemløsningsformerne*, således som de er dokumenteret i journalerne, overvejende i konkrete rehabiliterende indsatser ifa. behandling, træning, pleje og koordinering af borgeres rehabiliteringsforløb. Her indgår forskellige former for relationsarbejde som en meget central del af indsatsen, hvilket særligt gør sig gældende for *Rehabiliteringsenhedens* forløbskoordinator, der kan have op til 18 kontakter/samtaleforløb med en borger i et kræftforløb. I disse afdelinger bliver det dominerende fokus valg af indsats, hvis indhold bestemmes af en kompleks inddra-

⁹² På dette sted anvender jeg betegnelser for koder for viden hentet fra Aristoteles' tre karakteristiske dyder i sin etik. *Episteme* betegner således videnskabelig, generaliserbar og kontekstuaafhængig viden; *techne* udgør den praktiske, teknologiske og håndværksprægede viden; *phronesis* er praktisk, etisk funderet, erfaringsbaseret og kontekstafhængig viden - også benævnt tidligere som dømmekraft eller praktisk kundskab (Gustavsson, 2003).

gelse af mange forskellige *videnformer* af såvel teknisk (teknologisk), videnskabelig og praktisk/erfaringsbaserede kundskaber.

De to former for forvaltningsmæssig virksomhed sætter sig således også igennem ved dokumentation i borgernes journaler, helt parallelt til min differentieringsanalyse af de fire afdelinger som organisationssystem og samtaleformer med borgerene (jf. tabel 10.1 og 10.4) tidligere i dette kapitel.

Vurderingsprocessen og udfoldelse af faglige skøn i fire afdelinger

Ud fra den deltagende observation, dokumentanalyser, samtaler og analyser af de professionelle vurderingsarbejde er det på empirisk grundlag muligt at foretage en bestemmelse af vurderingsprocessen, de hertil knyttede opgaver samt udfoldelse af faglige skøn af borgernes behov for rehabiliterende indsatser i et kræftforløb. Bestemmelsen er udformet som en forløbsbeskrivelse for hver af de fire afdelinger. Forløbet i vurderingsarbejdet, som det generelt viser sig i praksis, er fremstillet i den midterste kolonne. I venstre side af forløbsbeskrivelsen er de enkelte opgavetrin belyst kort med hovedindhold. På højre side er der indikeret de steder i vurderingsprocessen, hvor jeg har kunnet observere udfoldelse af et fagligt skøn.

På de efterfølgende sider har jeg fremstillet min bestemmelse⁹³ af vurderingsprocessens forløb med observationer af udfoldelse af det faglige skøn for hver af de fire afdelinger.

- *Visitationsenheden* i fig. 10.1
- *Sygedagpengeafdelingen* i fig. 10.2
- *Rehabiliteringsenheden* i fig. 10.3/A (forløbskoordinator) og fig. 10.3/B (fysioterapeut), opdelt i forhold til medarbejdernes meget forskellige funktioner og opgaver
- *Hjemmesygeplejen* i fig. 10.4.

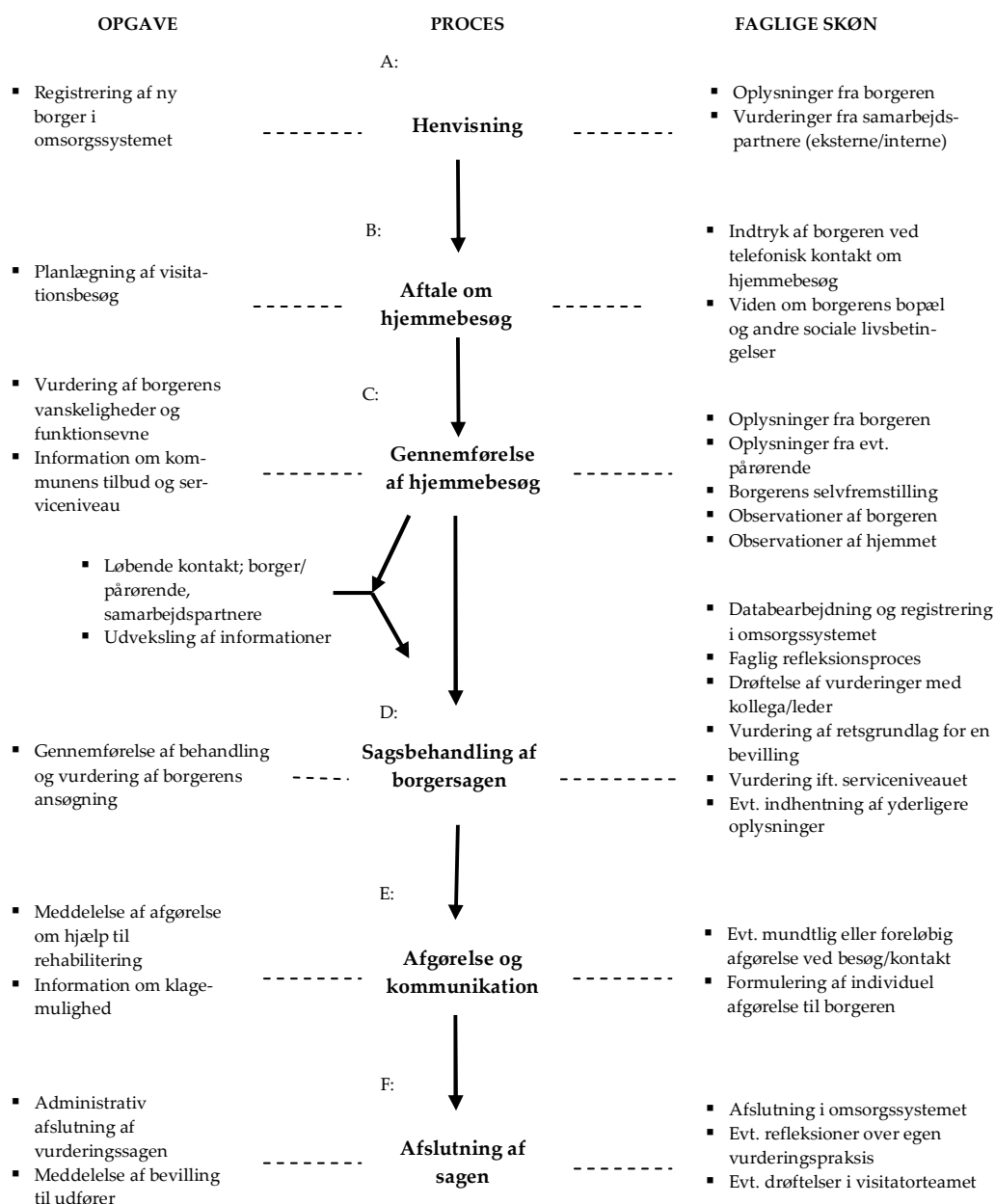
Visitationsenheden

Ud fra den ovenfor beskrevne forløbsmodel for vurderingsprocesser i *Visitationsenheden* (fig. 10.1 næste side) træder der en lang række af punkter frem, hvori der finder et mere eller mindre omfattende fagligt skøn sted. Punkter med italesættelser af skøn der hver for sig og sammen kan have indgribende indflydelse på vurderingen af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet samt heraf afledte behov for rehabilitering.

Disse mange vurderinger og skøn bliver i sidste instans bestemmende for borgerens adgang til og indhold af en række forskellige konkrete tilbud om rehabiliterende indsatser.

⁹³ Som jeg allerede har redegjort for i fodnote 70, side 127 har jeg foretaget en kommunikativ respondentvalidering af min empiriske analyse, baseret på data i *Hovedfase 1-A* i min datagenereringsproces. Helt specifikt blev respondenterne eller de inkluderede informanter i undersøgelsen bedt om at tage stilling til (validere) genkendeligheden og det faktuelle indhold i disse forløbsbeskrivelser. For alle fire afdelinger blev fremstillingen bekræftet som dækkende for praksis.

Fig. 10.1: En forløbsbeskrivelse af Visitationens vurderingsarbejde og forekomsten af faglige skøn ved vurdering af behov for hjælp til rehabilitering



Der kan således siges at være tale om en ganske kompleks og omfattende vurderingsproces, hvori der optræder faglige skøn på talrige tidspunkter og trin i vurderingsprocessen. I langvarige og komplekse sagsforløb viser der sig fx i borgernes journaler noter, at der forekommer en lang række løbende kontakter mellem *Visitationenheden* og borgerens pårørende, sygehus og leverandør/udfører af hjælpen; kontakter, der på forskellig måde influerer på eller indgår som informationer (fakta) i de professionelle vurderingsarbejde.

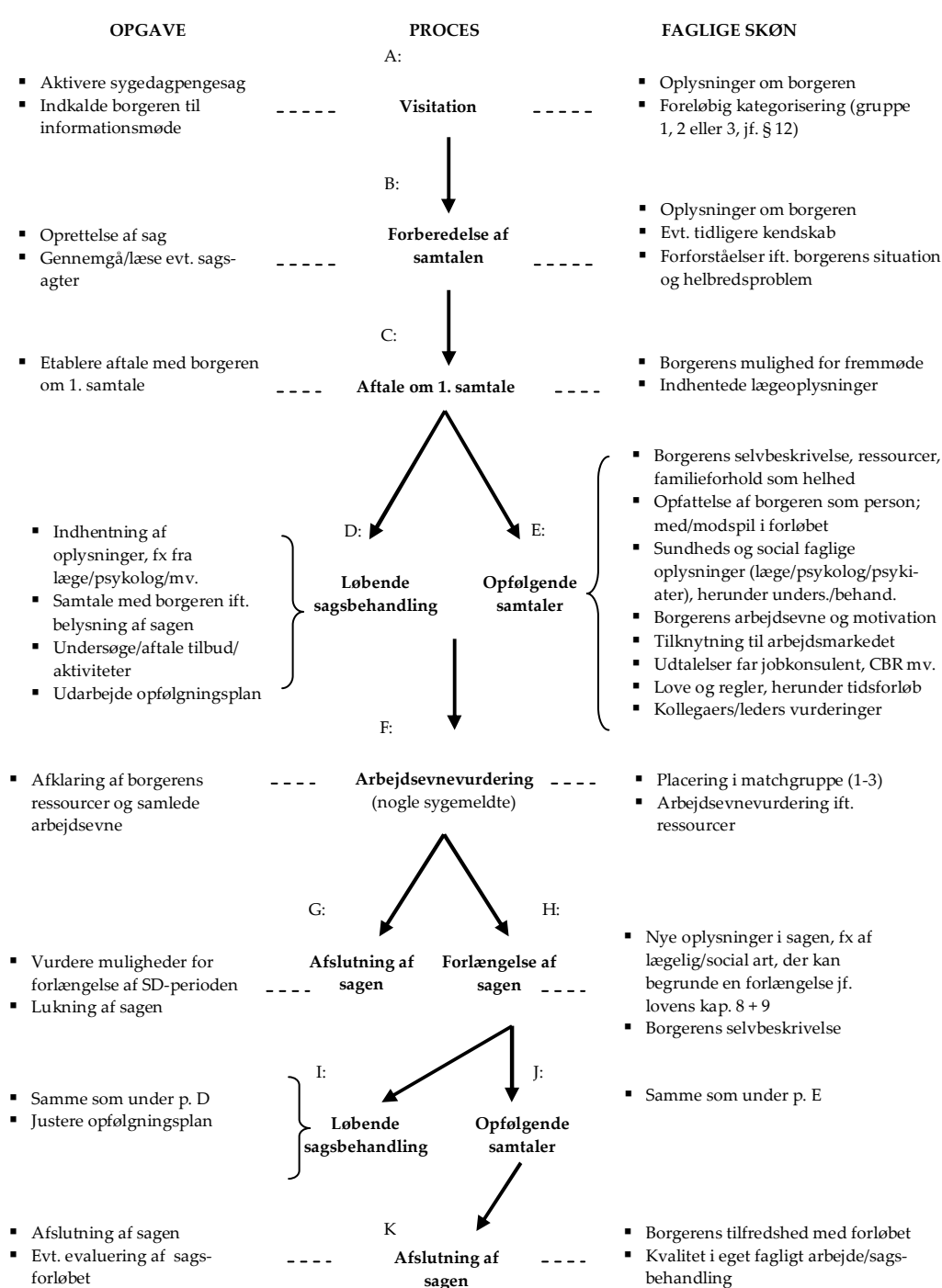
Sygedagpengeafdelingen

I *Sygedagpengeafdelingen* fremtræder der i fig. 10.2 en om end endnu mere omfattende og kompliceret vurderingsproces med en meget lang række af punkter eller hændelser, hvori der findes eller vil kunne findes et fagligt skøn sted; skøn, som jeg antager hver især vil kunne få betydelige konsekvenser i det videre forløb i vurderingsarbejdet og sagsbehandlerens samlede beslutninger i borgerens sag. I centrum for det faglige skøn står hele tiden det forhold, at sagsbehandleren løbende vurderer, i hvilket omfang, dvs. om og hvor længe, borgeren er berettiget til at oppebære sygedagpenge og hvilke foranstaltninger, der kan/skal sættes i værk for at få borgeren hurtigst muligt tilbage til arbejdsmarkedet på ordinære vilkår eller evt. på særlige vilkår, herunder om der skal tages skridt til ansøgning om førtidspension. Der vil her være tale om støtte til **1)** at realisere borgerens ønsker om at komme tilbage til job igen i det omfang situationen muliggør dette og **2)** en målrettet indsats for om muligt at få borgeren 'ud af sygedagpengesystemet', især inden grænsen på de 52 uger.

I sagsforløbet fra visitationen i *Sygedagpengeafdelingen* - fra modtagelse af borgerens oplysningsskema og til sagen afsluttes, evt. efter en eller flere perioder med forlængelse af tidspunktet for borgerens tilbagevenden til job igen - finder der faglige skøn steder på talrige trin, i forskelligt omfang og af forskellig betydning for sagen. Gennem min deltagende observation så det ud til at især **1)** borgerens selvbeskrivelse, **2)** borgerens forudgående arbejdsmarkedstilknytning, herunder uddannelsesmæssige og sociale baggrund, **3)** de lægefaglige oplysninger og **4)** love/regler og tidsforløb, sidstnævnte især i forhold til kommunens mål om begrænsning af antal sygemeldte med over 52 ugers fravær, spiller en central rolle i vurderingsarbejdet.

Særligt borgerens selvbeskrivelse på sygedagpengeområdet rummer et dilemma mellem *tillægning* af betydning | *fralægning* af betydning i forhold til oplysning af sagen (retsfakta) og den rolle borgerens selvfremsættelse får især i afgørelser om forlængelser af sygedagpengeperioden ud over 52 uger. Forhold, der vil blive belyst nærmere i flere af mine efterfølgende tematiske analyser.

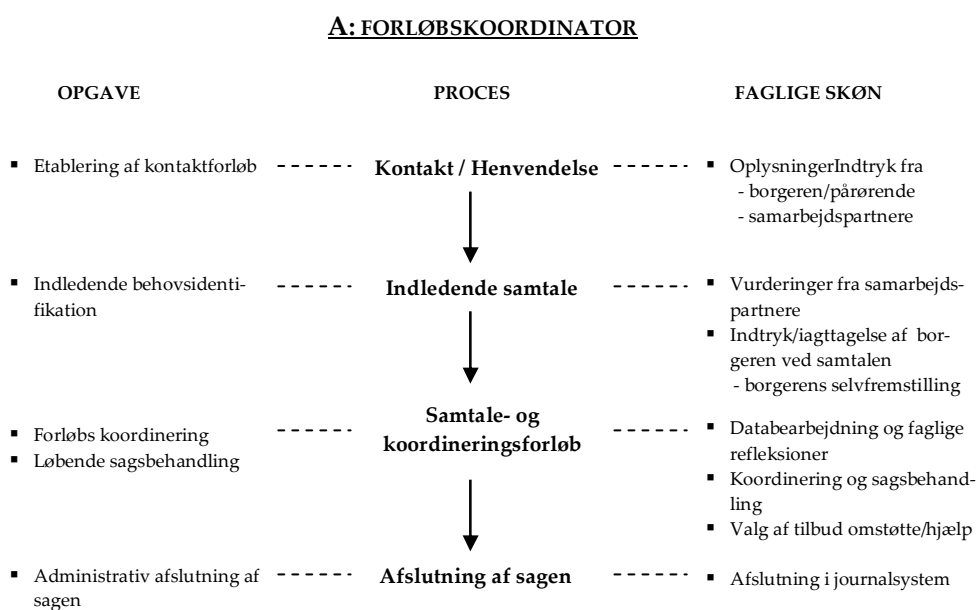
Fig. 10.2: Forløbsbeskrivelse for sags- og vurderingsforløb i Sygedagpengeafdelingen



Rehabiliteringsenheden

Bestemmelsen af vurderingsforløbet og udfoldelsen af faglige skøn i *Rehabiliteringsenheden* er her opdelt i en model for forløbskoordinatoren på kræftområdet (fig. 10.3-A) og en model for de trænende fysioterapeuter (fig. 10.3-B), begrundet i medarbejdernes meget forskellige funktioner og opgaver.

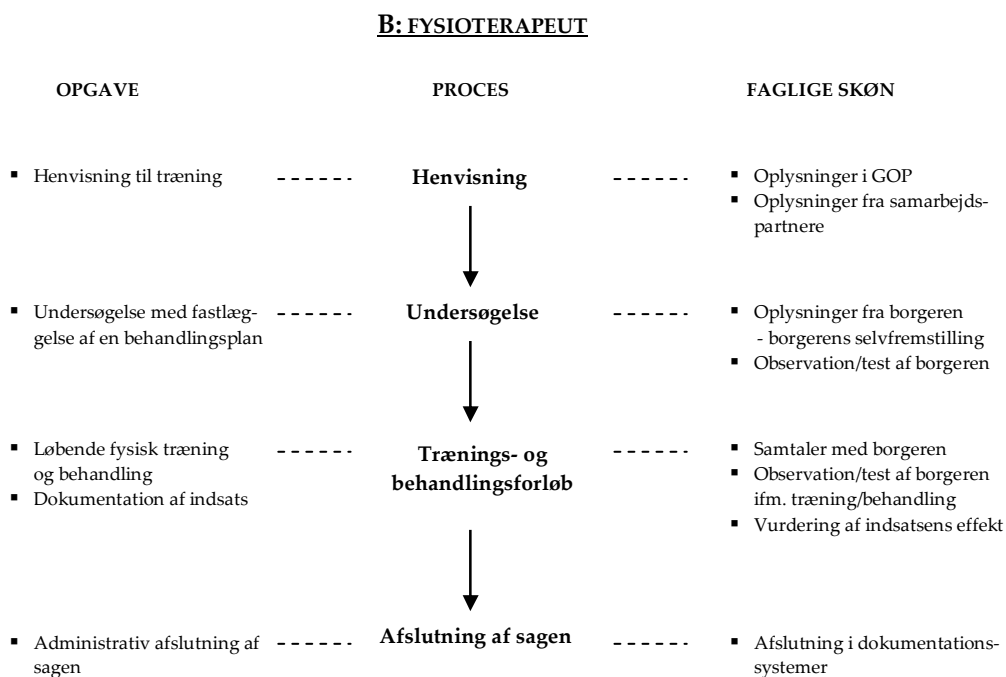
Fig. 10.3-A: Forløbsbeskrivelse af Rehabiliteringsenhedens vurderingsarbejde og forekomsten af faglige skøn ved vurdering af behov for hjælp til rehabilitering



I forløbskoordinatorens vurderingsarbejde udfoldes det faglige skøn i vidt omfang i forbindelse med de direkte samtaler med borgeren eller i forbindelse med de koordineringsopgaver, som forløbskoordinatoren varetager; koordineringsopgaver, der kan have meget forskellig handlingsmæssig karakter og foregå såvel med som uden direkte deltagelse af borgeren.

For de trænende fysioterapeuter er der tale om et forløb, der på mange måder har paralleller til forløbskoordinatorens virksomhed. Fysioterapeuterne adskiller sig dog på et væsentligt punkt; de udfører den konkrete fysiske træning sammen med borgeren, hvilket afstedkommer skøn knyttet direkte til effekten af indsatsen. Samlet set viser der sig en procesmæssig betydelig enklere vurderingspraksis i *Rehabiliteringsenheden*, end jeg har kunnet observere i *Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*.

Fig. 10.3-B: Forløbsbeskrivelse af Rehabiliteringsenhedens vurderingsarbejde og forekomsten af faglige skøn ved vurdering af behov for hjælp til rehabilitering



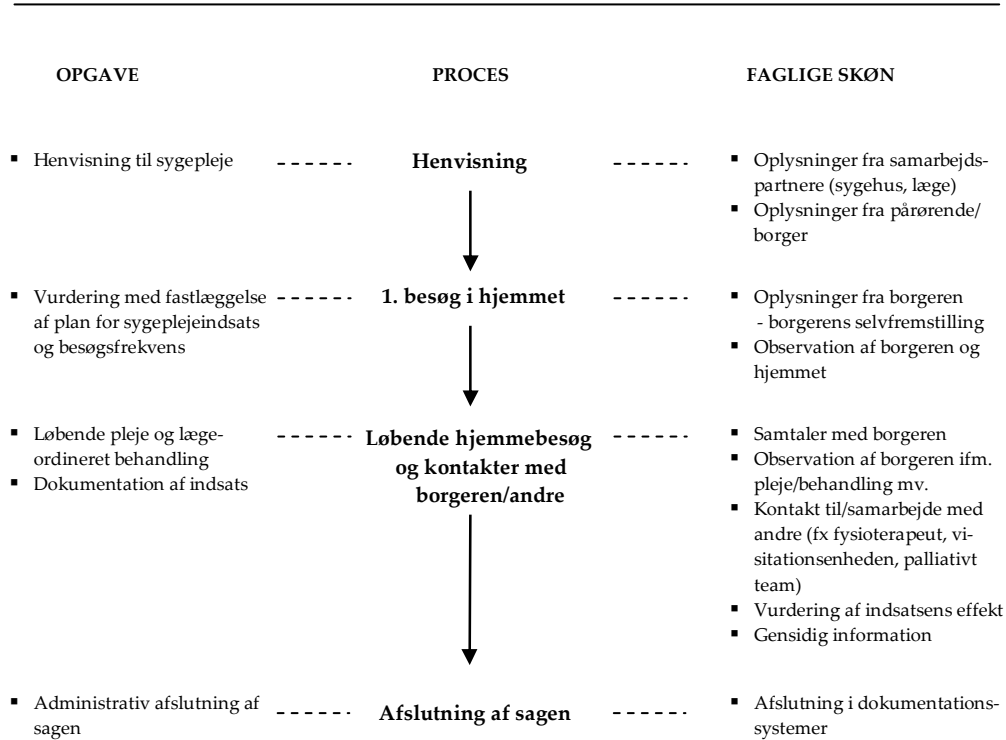
Hjemmesygeplejen

På samme måde som i min deskriptive analyse af de foregående tre afdelinger er vurderingsprocessen og hændelser i vurderingsforløbet med udfoldelse af faglige skøn søgt bestemt for medarbejderne i *Hjemmesygeplejen* og illustreret i fig. 10.4 på næste side.

På alle punkter er der parallelle eller principielle ligheder i hjemmesygeplejens tilgang i vurderingsproces og hændelser med udfoldelse af faglige skøn, som jeg har kunnet identificere og redegjort for i forhold til *Rehabiliteringsenheden*. Ligeledes forekommer der en tilsvarende enkelhed i hjemmesygeplejens vurderingsproces.

For både *Hjemmesygeplejen* og for *Rehabiliteringsenheden* gælder det endvidere, at medarbejderne her varetager såvel 'myndighedsfunktioner' som udførerfunktioner med hovedvægt på sidstnævnte funktion. Det fremgår ligeledes af forløbsbeskrivelserne, at der ikke forekommer direkte retsanvendelse i vurderingsarbejdet, modsat *Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*.

Fig. 10.4: Forløbsbeskrivelse af Hjemmeplejens vurderingsarbejde og forekomsten af faglige skøn ved vurdering af behov for hjælp til rehabilitering



Ud fra min bestemmelse og fremstilling af vurderingsprocessen og udfoldelsen af faglige skøn i hver af de fire afdelinger er det her synligt, at der er store forskelle i forløbet og kompleksiteten af processen med vurderinger og udfoldelse af faglige skøn i de fire afdelinger (jf. fig. 10.1-10.4 ovenfor). En kompleksitet, der må kalde på en betydelig grad af opmærksomhed omkring den måde og de betingelser den enkelte professionelle har for udfoldelsen af skønsmæssige vurderinger set i forhold til borgerens oplevelse og tilid hertil samt den professionelles oplevelse af sammenhæng og kvalitet i arbejdet.

10.4 En komparativ analyse af det faglige skøn i fire afdelinger

Baseret på min analyse af konteksten og udfoldelsen af det professionelle faglige skøn i de fire inkluderede afdelinger foretages her en komparativ analyse med identifikation af funktionelle kendetegn for de *mulighedsbetingelser*, der ser ud til at træde frem i de fire organisatoriske enheder (jf. tabel 10.8). Mulighedsbetingelser, der spiller en afgørende rolle for det fortolknings- og handlerum, som den enkelte medarbejder eller team af

medarbejdere i de fire afdelinger har i forhold til skønsmæssige afgørelser eller beslutninger ved vurderinger af borgerens behov for rehabiliterende indsatser i et kræftforløb.

Analysen trækker på et omfattende og mangefacetteret datamateriale ifa. deltagende observation og talrige dokumenter i *Fase 1* i min datagenereringsproces. Her træder der en række kontekstuelle forståelses- og handleformer frem, der hver især og sammen rummer indikationer af forskellige mulighedsbetingelser for medarbejdernes udfoldelse af det faglige skøn i de fire afdelinger.

Tabel 10.8: Funktionelle kendetegnende for mulighedsbetingelser for udfoldelse af faglige skøn i fire afdelinger som organisationssystemer

| Funktionsforhold | Vis.-enheden | SDP-enheden | Rehab.-enheden | Hjemmesygpl. |
|---|--|--|--|--|
| Organisationen som beslutningssystem | | | | |
| Organisationssystem | ▪ Myndighed | ▪ Myndighed | ▪ Udfører (begænsset myndighedsfunktion) | ▪ Udfører (begænsset myndighedsfunktion) |
| Funktionel programmering | ▪ Betydelig retsanvendelse ▪ Standardisering | ▪ Omfattende retsanvendelse ▪ Standardisering | ▪ Meget lille retsanvendelse ▪ Fag-faglighed | ▪ Særdeles lille retsanvendelse ▪ Fag-faglighed |
| Dominerende koder | ▪ Kontrol og tilpasning | ▪ Kontrol og tilpasning | ▪ Helbred og det gode hverdagsliv | ▪ Helbred og det gode hverdagsliv |
| Iagttagelsesbetingelser | | | | |
| Problemperspektiv (behov og rehabilitering) | ▪ Relativt smalt systemperspektiv | ▪ Meget smalt systemperspektiv | ▪ Meget bredt aktørperspektiv | ▪ Bredt aktørperspektiv |
| Funktionsbetingelse | ▪ Funktionsnedsættelse (personlige og daglige aktiviteter) | ▪ Uarbejdsdygtighed pga. sygdom (arbejdsmarkeds-tilknytning) | ▪ Funktionsnedsættelse (kroppen, hverdagsliv og livsførelse) | ▪ Sygdom ▪ Hverdagsliv |
| Kompleksitetsreduktion | ▪ Stor | ▪ Meget stor | ▪ Særdeles lille | ▪ Relativ lille |
| Konditionering af funktionsorientering | | | | |
| Værdsættelse af mødet med borgeren (socialdimension) | ▪ Stor betydning for begge aktører | ▪ Stor betydning for begge aktører | ▪ Stor betydning for begge aktører | ▪ Stor betydning for begge aktører |
| Betydning af borgerens selvfremsættelse (sagsdimension) | ▪ Stor betydning for afgørelsens indhold | ▪ Meget lille betydning for afgørelsens indhold | ▪ Meget stor betydning for indsatsens indhold | ▪ Stor betydning for indsatsens indhold |
| Tidsperspektiv i mødet med borgeren (tidsdimension) | ▪ Her og nu (nutid) ▪ Begrænset tid | ▪ Nu og fremover (nutid/fremtid) ▪ Begrænset tid | ▪ Nu og fremover (nutid/fremtid) ▪ 'Ubegrænset' tid | ▪ Nu og fremover (nutid/fremtid) ▪ 'Ubegrænset' tid |
| Vurderingsprocessens kompleksitet | ▪ Meget stor | ▪ Meget stor | ▪ Relativ lille | ▪ Relativ lille |

I tabel 10.8 ovenfor har jeg sammenfattet min analyse af 10 funktionsforhold med **1)** organisationen som beslutningssystem, **2)** iagttagelsesbetingelser og **3)** konditionering (specificering af genstand/iagttagelse) af funktionsorienteringen som de overordnede funktionsforhold.

De *mulighedsbetingelser*, jeg inddrager, i forhold til de tre forannævnte overordnede funktionsforhold retter sig imod identifikation af funktionelle kendetegn for **1)** organisationen som differentieret socialt system, **2)** funktionel programmering af vurderinger/skøn, **3)** dominerende koder i forhold til organisationen som beslutningssystem, **4)** problemperspektiv i forhold til borgerens situation og vanskeligheder, **5)** funktionsbetingelser set i forhold til borgerens situation, **6)** karakteren af kompleksitetsreduktion i forhold til borgerens oplevede situation og vanskeligheder, **7)** værdsættelsen af mødet med borgeren (*socialdimensionen*), **8)** betydningen af borgerens selvfremsættelse (*sagsdimensionen*), **9)** tidsperspektiv og tid til rådighed for mødet med borgeren (*tidsdimensionen*) og **10)** vurderingsprocessens kompleksitet; alle 10 temaer helt centrale omdrejningspunkter for mulighedsbetingelser i udfoldelse af et professionelt fagligt skøn.

Ovennævnte funktionelle analyse rummer overordnet set én meget markant distinktion mellem enheder med en entydig myndighedsfunktion og enheder med en overvejende udførerfunktion, herunder en afgrænset myndighedsfunktion. Her indikeres der på en række punkter flere og meget afgørende forskelle imellem processer og betingelser for faglige skøn og vurderinger mellem *Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen* på den ene side og *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen* på den anden side.

Distinktionen **myndighedsfunktion** og **udførerfunktion** fremkommer ved, at de to afdelinger, *Visitationsenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*, begge fungerer i forhold til forvaltnings- og specialretlige bestemmelser på det sociale og beskæftigelsesmæssige område, hvorfor de er bundet til at træffe afgørelser i forvaltningslovens forstand, jf. § 2 i loven, som retlig forvaltningsvirksomhed. Ligeledes har de to afdelinger ingen udførerfunktion, men samarbejder med andre dele af forvaltningsområdet eller andre offentlige /private udfører om levering af de konkrete ydelser (fx personlig og praktisk hjælp, økonomiske ydelser via ydelseskantoret eller aktiv tilbud). Dette krav om at træffe afgørelser i forvaltningslovens forstand, herunder formulere skriftlige bevillinger, gælder ikke på tilsvarende måde for sundhedsområdet, hvorunder *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen* overvejende virker. Sidstnævnte to enheder har primært funktion af udførerfunktioner og udfolder dermed faktisk forvaltningsvirksomhed i samarbejde med andre udførerfunktioner i kommunen. *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen* skal derimod, evt. i samarbejde med lægefaglige ekspertise på sygehus eller borgerens egen læge, træffe beslutninger om levering af sundhedsydelser, herunder ydelsernes indhold, omfang og tidsmæssige udstrækning; beslutninger, der vil kunne opfattes som af en 'afgørelse' af borgeren.

Den ovenfor beskrevne distinktion er med til at begrunde den betydning **retsanvendelse**, herunder anvendelse af politisk vedtagne programmer (nationale vejledninger og

kvalitetsstandarder) for rehabiliterende indsatser, der finder sted i praksis i de fire afdelinger. Her er det tydeligt, hvorledes ret og retsanvendelse spiller en næsten altdominerende rolle i *Sygedagpengeafdelingen* og delvist også i *Visitationenheten*. På sidstnævnte område har lokale retlige og politiske fortolkninger via kvalitetsstandarder endvidere en betydelig rolle. Omvendt har ret og kvalitetsstandarder en særdeles tilbagetrukket rolle i *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen*. Den rolle, som ret og lokale programmer har som dominerende kode i den enkelte enhed, ser også ud til at spille en rolle for den betydning disse får for **kontrol og tilpasning** af borgeren i forhold til fx at blive selvhjulpne, selvforsørgende eller få forbedret eller håndteret funktionsevnedssættelser og lære at mestre en ny situation i hverdagslivet under eller efter en kræftsygdom fx gennem fysisk træning, samtaler eller andre rehabiliterende indsatser.

Betydningen af den enkelte afdelings form for forvaltningsvirksomhed og anvendelsen af ret har også betydning for **bredden i de vurderede vanskeligheder** og dermed for karakteren af det udfoldede problemperspektiv i vurderingsarbejdet. Der kan således iagttages en funktionel forskel i bredden af de vurderede vanskeligheder hos borgeren og i perspektivvalget mellem et system- og/eller et aktørperspektiv. Bredden og nuanceringen ser ud til at øges, jo mindre der er tale om en stramt reguleret retlig forvaltningsvirksomhed. Et aspekt, der følges op og uddybes i kap. 11 om *Forståelse af det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen*. De **funktionsbetingelser** vurderinger og skøn rettes imod handler om funktionsnedsættelser, uarbejdsdygtighed, sygdom og hverdagsliv, men også her har der, som berørt ovenfor, kunnet observeres betydelige forskelle i omfanget af kompleksitetsreduktion i forhold til de iagttagede vanskeligheder med myndighedsenhederne som dominerende kompleksitetsreducerende enheder.

Den konditionering af funktionsorienteringen, der finder sted i de fire afdelinger er analyseret i forhold til Luhmanns tre meningsdimensioner social-, sags- og tidsdimensionen (Luhmann, 2000:114-122). Socialdimensionen med **værdsættelsen af mødet med borgeren** er et forhold i den funktionelle konditionering, som de professionelle i de fire afdelinger alle tillægger stor betydning. Ingen taler om, at man kan udfolde vurderinger og faglige skøn i forhold til organisationens virksomhed uden dette direkte møde med borgeren (se også analysen i kap. 5). Anderledes forskelligt forholder det sig i forhold til **borgernes selvfremsættelse**, der handler om, at borgeren gives mulighed og tid til at fortælle væsentlige sider af den enkeltes situation, vanskeligheder, ønsker og mål⁹⁴ - herunder rollen som **'informant'** eller leverandør af informationer (oplysning af sagen, jf. krav i forvaltningsloven om medvirken til oplysning af 'sagen'). Dette aspekt tillægges gennemgående stor betydning i samtaler med medarbejderne i alle fire afdelinger. Der ser imidlertid ud til at være forskelle mellem den faktiske betydning af samtalen og informationer herfra i forhold til afgørelser og beslutninger. Her har borgerens selvfremsættelse i *Sygedagpengeafdelingen* mindst betydning og størst betydning i *Visitationenheten*.

⁹⁴ Eller hvor dette ikke sker af egen drift, evt. på grund af manglende ressourcer fra borgeren, da understøttet af medarbejderens samtaleform med borgeren, hvor denne må spørge ind til borgerens situation.

den og i *Rehabiliteringsenheden* - især for forløbskoordinatoren. Hertil kommer **tidsdimensionen**, dvs. samtalerne tidsmæssige afgrænsning og tidslige perspektiv. Således er der i *Visitationenheden* tale om nærmest 'her-og-nu' afgørelser, hvor borgerens situation bedømmes ved et enkelt besøg i hjemmet med begrænset tidsforbrug. På andre områder er der tale om vurderinger og skøn *i situationen* med efterfølgende muligheder for *fortsat* (fremtidig) uddybning og opfølgning på tidligere vurderinger uden egentlige begrænsninger i tid til samtalerne. Det kunne endvidere se ud som om, at jo mere regelstyret det pågældende område er, jo mindre tid afsættes der til samtaler med borgeren. Dermed får borgeren i højere grad en rolle som 'informant' med levering af informationer til medarbejderen frem for en samtalepartner, hvor såvel borgerens selvfremsættelse gives forrang og samtalen i sig selv kan rumme en rehabiliterende faktor.

De meget store forskelle i **kompleksiteten i vurderingsprocessen**, som jeg har kunnet observere i de fire afdelinger deler sig, som flere af de øvrige aspekter, også imellem afdelinger med myndighedsfunktion og afdelinger med overvejende udførerfunktion. Baggrunden herfor er givetvis flere forhold; krav i lovgivningen (Forvaltningsloven, Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og speciallove), lokale politiske krav, krav om dokumentation, krav om styring bl.a. i forhold til prioritering af de økonomiske ressourcer samt mange involverede aktører er givetvis med til at gøre vurderingsprocessen på myndighedsområdet betydelig mere kompleks, end det ser ud til at være tilfældet for de to udførerfunktioner. Her ser det ud til, at medarbejderne håndterer vurderingsprocessen ubureaukratisk og med en høj grad af enkelhed.

Der ser således ud til at være meget forskellige mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn imellem de fire inkluderede afdelinger, væsentligst begrundet i distinktioner og afledte konsekvenser mellem afdelinger med myndighedsfunktion og afdelinger med overvejende udførerfunktion og begrænsede myndighedsopgaver.

I denne komparative analyse skal det afslutningsvist nævnes, at jeg på det foreliggende datagrundlag og anvendte datagenereringsstrategier ikke kan sige noget om evt. forskelle imellem medarbejdere inden for den enkelte enhed.

10.5 Konklusion

De muligheder og betingelser de enkelte organisatoriske enheder rummer viser sig, ud fra denne tematiske analyse, at have meget stor indflydelse på, hvorledes det faglige skøns form og indhold konstitueres i det sociale arbejdes praksis. Gennem en række analyser af konteksten og de professionelles daglige praksis med samtaler med borgere, interne møder og dokumentation af faglige skøn i journaler mv. viser det sig, at borger-servicerende organisationer kommunikerer (opererer), handler og beslutter som *funktionelt differentierede organisationssystemer*.

Analysen viser endvidere, at borgerservicerende organisationer rummer *meget forskellige mulighedsbetingelser* for udfoldelse af det professionelle faglige skøn; mulighedsbetingelser, der viser sig som forskelle i de enkelte afdelingers måder at træffe beslutninger på, iagttage borgeren på samt regler for organisationens måde at fastlægge sin funktion på. Her viser det sig, at afdelinger med *myndighedsfunktion* er domineret af **1)** beslutninger præget af omfattende programmering i form af retsanvendelse og standardiseringer rettet mod kontrol og tilpasning og **2)** iagttager i et systemperspektiv med fokus på de personlige, aktivitetsprægede funktionsnedsættelser og uarbejdsdygtighed. Dette sker ud fra **3)** værdsættelse af mødet/samtalen med borgeren med lille betydning af borgerens selvfremsættelse for sagens fakta i *Sygedagpengeafdelingen*. Hertil kommer, at vurderingsprocessen og udfoldelsen af faglige skøn er meget omfattende og komplekse på dette område. I afdelinger med *udførerfunktion* domineres mulighedsbetingelserne af **1)** beslutninger præget af meget lille grad af programmering i form af fravær af retsanvendelse og standardiseringer, hvorved fokus kan rettes mod 'det gode hverdagsliv' og **2)** iagttagelser i et aktørperspektiv med et helhedsorienteret fokus på funktionsnedsættelser, sygdom og hverdagsliv. Dette sker ud fra **3)** værdsættelse af mødet/samtalen med borgeren og meget stor betydning af borgerens selvfremsættelse for forståelse af borgerens situation og vanskeligheder. Hertil kommer at vurderingsprocessen og udfoldelsen af faglige skøn har en relativ lille kompleksitet.

Betragtes ovennævnte konklusion i forhold til Hasenfjelds kendetegn for borgerservicerende organisationer med mange flydende, flertydige og ustabile forståelser om organisationens genstand og funktion (jf. afsn. 10.1) er det kendetegnende for sundheds- og socialfagligt arbejde, at den enkelte afdeling uanset virksomhedsområde stilles over for en (ud)fordring om en kompleksitetsreduktion, der dels er med til at reducere kompleksiteten i forhold til omgivelserne, dels giver mulighed for en højere grad af intern kompleksitet i delsystemet selv. Denne kompleksitetsreduktion sker her gennem en funktionel differentiering, igennem hvilken de enkelte afdelinger eller enheder etablerer deres egen funktionsmåder i forhold til elementer som borger- og problemløsningsperspektiver, problemløsningsmåder, videnformer, beslutningsform, iagttagelsesbetingelser og konditionering af funktionsorienteringen. Alle elementer, der er 'dynamisk kontingente' på den måde, at de over tid er foranderlige men også er betingede eller indsnævrende for de selektioner den aktualiserede skelnen giver mulighed for. En afdeling kan således ikke fra den ene dag til den anden ændre den måde, hvorpå den betragter borgeren på og søger at finde løsninger på inden for de mulighedsbetingelser, der aktuelt er gældende i den pågældende afdeling. Det betyder på den anden side ikke, at afdelingen ikke kan koble sig på og derigennem inkludere nye og andre måder at beslutte og handle på i forhold til den måde skønsmæssige vurderinger af behov for rehabilitering udfoldes på. For at det kan ske må fx et krav om tilbud om rehabilitering ved kræft fra omgivelserne (fx Sundhedsstyrelsen) først have en form og et meningsindhold, der kan rummes inden for systemets egne meningsgrænser.

De mulighedsbetingelser, som jeg her har analyseret og redegjort for er, som nævnt ovenfor, meget afgørende for den måde, hvorpå professionelle kan udfolde faglige skøn på. En måde, hvor formen af og indholdet i skønnet konstitueres i et samspil med den enkelte aktør i dennes relationelle samspil med andre aktører i organisationen. Dette sidste aspekt er belyst uddybende i flere af de foregående tematiske analyser.

Mulighedsbetingelserne i den enkelte organisation kommer på den måde, det øver indflydelse på i udfoldelsen af skønnet, til at øve væsentlig indflydelse på den enkelte aktørs mulighed for at realisere sin *'praktiske fornuft på i situationen'*, således som Juul (jf. afsn. 3.3) taler om i sit dømmekraftsbegreb. I afdelinger med myndighedsfunktion vil en række af de funktionelle kendetegn ligeledes 'kolonisere' den professionelles forståelser og handlinger, fx via krav om anvendelse af standarder og programmer, således som det også kommer til udtryk i flere af de foregående analyser. På den måde vil disse krav set i lyset af Juuls dømmekraftsbegreb, gøre det vanskeligt for den enkelte aktør at handle individuelt og fleksibelt ud fra en forståelse af det almene og fornuftige i situationen. På den måde kan såvel den professionelles som den enkelte borgers oplevelse af *anerkendelse* og *retfærdighed* komme til at vige til fordel for systemets krav om overholdelse af procedurer og regler samt udfoldelse af skøn influeret af en standardisering som forsøg på at skabe enshed i forhold til noget, der grundlæggende er uens.

Analysen af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisation viser endvidere, hvorledes for de fire inkluderede afdelinger virkeliggør de to hovedformer for forvaltningspraksis, som der indledningsvist redegjort for i afsnit 1.3; forvaltningsformer, der grundlæggende sætter sig igennem i praksis og får stor betydning for den måde, hvorpå de enkelte afdelinger differentieres funktionelt og foretager tilskrivninger af deres funktion. Analysen af mulighedsbetingelserne viser også, hvorledes forskellige former for forvaltningsvirksomhed er i stand til at rumme og håndtere den kompleksitet, der er i situationen og de vanskeligheder borgere i et kræftforløb har, således som disse er beskrevet i afsnit om kræft og senfølger i afsnit 1.3.

Med denne omfattende tematiske analyse er nogle af de strukturelle eller systemmæssige aspekter i udfoldelsen og kendetegn ved det professionelle faglige skøn belyst i forhold til en borgerservicerende organisation. Aspekter, der i forhold til undersøgelsens analysestrategi placerer sig inden for de *systemiske* eller *strukturelle begrebstyper*, jf. Layders adaptive analytik i afsnit 4.1. Her har anvendelsen af Luhmanns begrebsapparat medvirket til at operationalisere den tematiske analyse af dette domæne i Layders teori om den sociale virkelighed som ramme eller kontekst for de professionelles samhandling i det sociale arbejdes praksis. Endvidere udgør denne tematiske analyse et hovedelement i besvarelsen af den del af undersøgelsens forskningsspørgsmål, der retter sig imod en kendetegn for den kontekst, hvori det faglige skøn udfoldes samt i min sidste tematiske analyse i kap. 11 til en forståelse af det faglige skøn set i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen som felt og kontekst for skønnet.

11. Forståelse af det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser

Denne undersøgelse har metodologisk fokus på at belyse udfoldelse af det professionelle faglige skøn i et *aktør- og livsverdensperspektiv* med inddragelse af et *struktur- og systemperspektiv* i forhold til kendetegn og mulighedsbetingelser for udfoldelse af skønnet i fire afdelinger i en kommune som borgerservicerende organisation. I denne sidste af undersøgelsens syv tematiske analyser vil jeg søge at forstå det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser og handlerum for de professionelle udfoldelse af skønnet i en organisation.

Analysen tager teoretisk afsæt i undersøgelsens aktør-/livsverdensperspektiv med professionelle som subjektive, fortolkende og samhandlende aktører, inspireret af Alfred Schutz' hverdagslivssociologi og Berger & Luckmanns videnssociologi. Forståelsen af de professionelle udfoldelse af faglige skøn trækker endvidere på struktur-/systemperspektiv, inspireret af Niklas Luhmanns systemteori i forhold til den kontekst, hvori udfoldelsen af skønnet finder sted og må forstås inden for. Med dette teoretiske afsæt analyseres en række kendetegn ved det faglige skøn med henblik på at foretage en typificering af disse i forhold til henholdsvis et *aktør-/livsverdensperspektiv* og et *struktur-/systemperspektiv*. Typificeringen foretages i forhold til en række kernekategorier, der relaterer sig til de to nævnte perspektiver: den professionelle som aktør og organisationen som system. I denne analyse indgår derimod ikke medierende eller brobyggende mekanismer (jf. Layders analytik, afsn. 4.1) som kendetegn ved det faglige skøn i form af en institutionelle klassifikationsproces, refleksions og beslutningsprocessen og dannelse af skønnet som kompetence.

Ud fra min typificerende analyse af elementerne i kendetegn ved det faglige skøn søges disse kendetegn forstået i lyset af mulighedsbetingelser og handlerum for de professionelle udfoldelse af faglige skøn i fire afdelinger, således som disse fremgår af min tematiske analyse i kap. 10. I denne delanalyse foretages der en komparativ analyse af udfoldelsen af det faglige skøn på et kontinuum mellem et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv.

Afslutningsvis analyseres min forståelse af skønnet i lyset af mulighedsbetingelser i forhold til begrebet dømmekraft. Udgangspunkt er her Søren Juuls (2010) dømmekraftsbegreb (jf. afsn. 3.3) og teorier af Aristoteles, Immanuel Kant og Paul Ricoeur. Med disse teorier vil jeg analysere forholdet mellem dømmekraft og kendetegn ved det professionelle faglige skøn udfoldet i en offentlig borgerservicerende organisation.

Samlet set søger denne tematiske analyse at besvare undersøgelsen andet forskningsmæssige delspørgsmål.

11.1 Typificering af kendetegn ved det faglige skøn

Ud fra de foregående seks tematiske analyser viser der sig en række kendetegn ved det professionelle faglige skøn og mulighedsbetingelser for udfoldelse af skønnet i de fire inkluderede afdelinger som organisatoriske enheder. Kendetegn, der ud fra undersøgelsens teoretiske perspektiver viser sig som udtryk for henholdsvis **1)** et aktør- og livsverdensperspektiv med subjektive forståelser, fortolkninger og handlinger i et relationelt og intersubjektivt samspil mellem professionelle aktører i en konkret social sammenhæng eller kontekst og **2)** et systemperspektiv med forståelser (kommunikationer) og handlinger som udtryk for og influeret af organisationens mulighedsbetingelser.

I et **aktør-/livsverdensperspektive** er omdrejningspunkt, at de professionelle aktører i hverdagens praksis forholder sig til deres omverden og det sociale med vaner, regler, principper og begivenheder - fx med udfoldelse af faglige skøn på basis af intersubjektive forståelser og en 'naturlig indstilling' i en common sense-tænkning med en delvis rationalitet i den måde, hvorpå aktørerne handler i praksis. I den sociale praksis i en organisation som biografisk sammenhæng anvender aktørerne en forhåndværende overleveret viden i et gensidigt fortolkende og forstående samspil med signifikante andre. En handlingsrettet anvendelse, der finder sted gennem typificeringer af sociale fænomener og processer i *hverdagens livsverden* som den intersubjektive verden, som det enkelte menneske eller aktøren umiddelbart kan sanse og udfolde sit personlige og professionelle liv i (Schutz, 2005:80-107).

Blandt den mangfoldighed af virkeligheder, der er menneskets sociale liv er der én, der umiddelbart fremtræder virkelig i sig selv, og det er hverdagens intersubjektive virkelighed. Andre virkeligheder, fx den teoretiske eller drømmenes virkelighed, fremstår alle som lukkede betydningsområder. Dette er begrundet i en gennemgående tendens til at relatere andre verdener til den nærværende og umiddelbart meningsfulde livsverden med ansigt-til-ansigt-relationer, hvorved denne verden bliver anderledes virkelig (Berger & Luckmann, 2002:33-49)

Det er således i hverdagens livsverden, at den enkelte subjektive aktør kan anvende sin intersubjektive viden og opleve en meningsfuldhed, der genkendes og i vidt omfang er overensstemmende med og kan rummes af de signifikante andre i den fælles sociale virkelighed.

I et **struktur-/systemperspektiv** er omdrejningspunktet de kendetegn, hvormed Luhmann betegner organisationer som sociale systemer. Organisationer består, ud fra Luhmanns teori, som andre sociale systemer af kommunikation som grundelement i den måde, hvorpå *det sociale* træder frem og får karakter af virkelighed på. Samtidigt er der tale om, at organisationen er et *selv- og fremmedrefererende autopoietisk* system, hvilket vil sige, at organisationer skaber og opretholder sig selv som system ud fra definerede meningsgrænser og gennem referencer til egne kommunikationer (forståelser, diskurser) inden for systemets egne grænser og kommunikationer fra systemets omgivelser.

Organisationer eller organisationssystemer har endvidere en række særlige kendetegn i form af **1) medlemskab** igennem socialdimensionens skelnen mellem system og omverden, **2) roller** med bindinger af bestemte forventninger til medlemmets (aktørens) måde at fungere på i forhold til opnåelse af organisationens mål og forventninger, **3) programmer** med bestemte iagttagelsesledende koder for organisationens kommunikation (love, standarder, forløbsprogrammer mv.) inden for og på tværs af systemets grænser og **4) beslutninger** baseret på medlemskab, roller og anvendelse af programmer samt tillige beslutninger i form af kommunikationer, der kobler sig til tidligere kommunikationer og dermed gør nogle beslutninger mere sandsynlige, medens andre eksisterer som potentielle, men måske ikke så sandsynlige (la Cour, 2002:71-74; Tække & Paulsen, 2008:11-36). Hvad angår det sidste kendetegn om beslutninger, siger Luhmann, at vi kan tale om en beslutning "[...] når og for så vidt den mening, en handling gives, reagerer på en forventning, der er rettet mod denne handling" (Luhmann, 2000:346).

For Luhmann er livsverden den grund og horisont, som en iagttager (aktør) anvender i enhver given situation, hvorfor den også i moderne samfund har en mangfoldighed eller en polykontekstural karakter. En mangfoldighed, der også gør, at én gældende og relevant livsverden for en aktør ikke vil være den samme for en anden. Dermed udgør forskellen ikke en garanti for enhed i den kommunikative praksis, men optræder alene som forskellen mellem *fortrolighed/ikke-fortrolighed* med et givet socialt fænomen (Kneer & Nassehi, 2002:148).

I et struktur- eller systemperspektiv er det således systemets funktionsmåde, der sætter sig igennem som funktionelt differentierende mulighedsbetingelser (jf. kap. 10). Disse sætter sig videre igennem over for den enkelte aktørs eller medarbejders forståelser og handlinger i udfoldelsen af det faglige skøn på i en borgerservicerende organisation. Her har organisationens relevansstrukturer og legitimeringssystemer forrang frem for den enkelte professionelles intersubjektive viden og forståelser.

Ud fra denne fremstilling af aktør-/livsverdensperspektivet og struktur-/systemperspektivet vil jeg i det følgende analysere, hvorledes professionelle i de fire afdelinger italesætter og handler i udfoldelsen af det faglige skøn i forhold til

1. ansigt-til-ansigt relationen og den betydning samtalen med borgeren tillægges
2. muligheden for at udfolde et individuelt (subjektivt) og åbent skøn med anvendelse af egen faglige viden og praksiserfaringer i forhold til et mere standardiseret og programmeret fagligt skøn styret af retlige og andre administrative bestemmelser
3. bredden og kompleksiteten i perspektivet på borgerens situation og vanskeligheder set i forhold til den professionelles fortolkning og forståelse af borgerens situation, og den indflydelse graden af programmering det faglige skøn udgør
4. det resultat, der forventes at komme ud af en vurdering/skøn af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet

5. den rolle og de forventninger den professionelle og organisationen knytter til den professionelle faglige skøn i vurderingsprocessen.

Ud fra disse iagttagelsespunkter har jeg identificeret de professionelle italesættelser af forståelser og handlinger i udfoldelsen af det faglige skøn i de fire afdelinger og analyseret disse forståelser og handlinger i forhold til ovennævnte kategorier. Gennem denne analyse har jeg herefter søgt at tegne et billede af de positioner, hvorpå de fire inkluderede afdelinger placerer sig på et kontinuum, der udspænder de to perspektiver.

Typificering af dominerende kendetegn af det faglige skøn

I mine analyser af undersøgelsens datamateriale fra case note review-processen og den efterfølgende interviewfase (Fase 2 og 3) blev der genereret en lang række kernekoder eller meningskategorier, jf. min opstilling af disse i afsnit 4.3). Ikke alle disse meningskategorier så ud til at have samme rolle og betydning i de professionelle udfoldelse af faglige skøn. Derfor vælger jeg at fokusere min teoriserende analyse omkring de kernekategorier, som jeg her vil benævne *dominerende kernekategorier*.

Igennem en komparativ analyse af de mange forskellige kategorier fra min analyse af empirien ud fra de ovenfor beskrevne teoretiske perspektiver, koblet til analyser af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i kap. 10, kommer jeg frem til en række *dominerende kernekategorier*, der er kendetegnede for henholdsvis et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv, jf. tabel 11.1 nedenfor.

Tabel 11.1: *Dominerende kernekategorier af forståelser i det professionelle faglige skøn i fire afdelinger*

| Ip. | Aktør-/livsverdensperspektivet | Struktur-/systemperspektivet |
|-----|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | ▪ Mødet og samtalen | ▪ Sagsbehandling |
| 2. | ▪ Individuelt skøn | ▪ Standardiseret skøn |
| | ▪ Fag-faglig skøn | ▪ Retsanvendelse |
| | ▪ Åbent skøn | ▪ Programmeret skøn (**) |
| 3. | ▪ Åbent/bredt borgerperspektiv | ▪ Lukket/snævert borgerperspektiv |
| | ▪ Omfattende kompleksitet | ▪ Begrænset kompleksitet |
| 4. | ▪ Handlingsrettet beslutning | ▪ Afgørelse |
| 5. | ▪ Det gode liv; 'redningsmotivet' (') | ▪ Portvagt; 'kontrolmotivet' (') |
| | ▪ Udførerfunktion | ▪ Myndighedsfunktion |

De i tabellen nævnte kategorier er formuleret ud fra et forsøg på at finde sigende fællesbetegnelser på tværs af de fire afdelinger. Det betyder også, at de anvendte formuleringer for enkelte kernekategoriers vedkommende på enkelte punkter er anderledes, end

de i analyserne anvendte formulering. Derimod er den indholdsmæssige betydning søgt fastholdt. Der hvor denne omformulering forekommer, er begrebet mærket med en stjerne (*). Endelig har jeg i tabellen markeret grupper af kategorier (IP = iagttagelsespunkter) skiftevis med grå og hvide felter, som jeg vurderer, er sammenhænge i forhold til fem iagttagelsespunkter: **1)** borgeren og den professionelle, **2)** skønnet, **3)** perspektiv og kompleksitet, **4)** handling og **5)** mål og virksomhedsform. I det efterfølgende udfoldes de enkelte kernekategorier nærmere i forhold til meningsindholdet i disse samt dokumentation af indholdet med inddragelse af dele af mit empiriske datamateriale.

Inden jeg vil belyse de enkelte kernekategoriers meningsindhold nærmere skal det her nævnes, at en lang række substantielle aspekter i min 'typificering' af henholdsvis et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv allerede er belyst indgående i undersøgelsens forskellige tematiske analyser, hvorfor de beskrevne eksempler fra empirien nedenfor kun tjener som illustrative eksempler.

Aktør- og livsverdensperspektivet

I aktør-/livsverdensperspektivet kan de enkelte kernekategorier kendetegnes på følgende måde:

1. Mødet og samtalen med borgeren har i et aktørperspektiv en meget stor og afgørende betydning for professionelle i udfoldelsen af det faglige skøn. Der er her tale om en fortrolighedsrelation borgeren og den professionelle imellem, kendetegnet ved en ligeværdig dialog og direkte borgerinddragelse. Dette aspekt træder tydeligt frem i udførerfunktion som *Rehabiliteringsenheden* og *Hjemmesygeplejen*, hvorimod mødet og samtalen med borgeren i en myndighedsfunktion har en karakter, der i højere grad er præget af, at borgeren mere optræder som *informant* i forhold til oplysning af sagen. Dette aspekt er allerede belyst indgående i min tematiske analyse i kap. 5, hvorfor der henvises hertil med hensyn til eksempler.

2. Det individuelle, åbne og fag-fagligt prægede skøn handler om en tilgang, hvor den enkelte aktør har et relativt åbent og individuelt fortolkningsrum i udfoldelsen af skønnet med plads til at inddrage egne fag-faglige vurderinger i skønnet uden at være bundet af retlige eller andre direkte standardiserende og programmerende betingelser. Denne form for tilgang kommer frem i den måde, hvorpå fx fysioterapeuter i *Rehabiliteringsenheden* taler om det faglige skøn:

"Den er jo bred, fordi en faglig vurdering, det er jo som ordet siger noget fagligt der ligger i det, dvs. der ligger noget fysioterapeutisk i det. Så det vil sige, jeg går selvfølgelig ind og kigger på, du nævner ordet funktion og det er rigtigt. Jeg går ind og kigger på hvordan er funktionen ved den her person, hvordan fungerer kroppen, for jeg kigger jo meget på kroppen rent fysioterapeutisk, så kigger vi jo meget på kroppen. Så kigger jeg meget på, hvordan fungerer kroppen, hvordan fungerer det her led i forhold til det her led? Hvordan fungerer den her muskel i forhold til den her muskel. Men, der er jo også et menneske, der lig-

ger bag. Så det faglige skøn, det kan være meget forskelligt afhængigt af hvilken person, det er, der kommer ind" (Inform. Rehab.).

3. Et åbent og bredt borgerperspektiv med bevarelse af en **omfattende kompleksitet** i borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft italesættes på følgende måde:

"Men det faglige skøn indeholder jo for mig helheden, jeg kommer omkring hele mennesket - det fysiske, det psykiske, den fysiske situation, helbredssituationen, den sociale situation og arbejdssituationen. Og ovenpå det, så kobler du jo alt, hvordan reagerer personen - personen på den her situation vedkommende er i? Hvilken handlekraft har personen, hvilken dømmekraft har personen, hvilken beslutningskraft har personen. Alt det der blander du jo sammen - med passer det så det borgeren siger i forhold til hvordan borgeren reagerer, når du sidder med borgeren" (Inform. Rehab.).

4. Handlingsrettet beslutning er udtryk for det resultat, som det faglige skøn overvejende retter sig imod i et aktørperspektiv. I hjemmesygeplejen vil der eksempelvis være tale om at kunne handle i forhold til en klinisk opgave hos borgeren med sårbehandling samt sociale behov:

"Så ser man jo, det kan være et sår. Nu kan jeg fx godt lide at arbejde med sår. Det kan det jo være. Og så tænker man rent fagligt ud fra hvad man har lært om sår, så ville man jo tænke "Hvad skal vi have på det her? Hvad skal vi gøre her?"? Sådan kan man også tænke "Det her vil være bedst!", men så vil man måske hurtigt kunne se "Okay, det her hjem med ham her, der kan vi ikke rigtig praktisere det, fordi han lever sådan og sådan". Og der er man så nødt til at finde den bedste mulige løsning, hvad man ser af løsninger i forhold til det her problem med det sår." (Inform. Hj.spl.).

"Men ellers så er det jo meget handlingsbehov. Sociale behov er vi selvfølgelig også inde omkring" (Inform. Hj.spl.).

5. Det gode liv og udførerfunktionen rummer forståelser om de forventninger og roller, som den enkelte aktør møder og har i udfoldelsen af det faglige skøn - her som det, der i socialt arbejde også benævnes som et 'redningsmotiv' (Meeuwisse & Swärd i: Meeuwisse, Svärd & Sunesson, 2002:38). Dette aspekt er særligt fremtrædende i organisationer domineret af udførerfunktioner frem for myndighedsfunktioner. Eksempler herpå ser vi i hjemmesygeplejen, hvor to informanter taler om dette aspekt på følgende måde:

"Og selvfølgelig skal patienten have det så godt som muligt, og man skal hjælpe dem, der hvor de er. Og hjælpe dem med de symptomer de eventuelt har" (Inform. Hj.spl.).

"... man vil jo gerne have dem der hen, hvor man kan se det fungerer for dem" Inform. Hj.spl..

I forhold til det aktør-/livsverdensperspektiv, som jeg har beskrevet ovenfor, rummer de dominerende kernekategorier af forståelser i udfoldelsen af det faglige skøn her forskellige former for intersubjektive meningsdannelser og fortolkninger af borgerens situa-

tion og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft. Forståelser, der har afsæt i et relationelt fortrolighedspræget møde/samtale med borgeren, rettet imod at forstå borgerens situation som helhed, og ud fra denne forståelse at kunne handle sammen med og for borgeren. Handlinger i en udførerfunktion, der tager sigte på at hjælpe borgeren videre i det hverdagsliv, der er blevet brudt og påvirket af kræftforløbet, og med den store kompleksitet livet i et kræftforløb ofte rummer.

For mange aktører og professioner inden for sundheds- og socialområdet udgør *helhedssyn* et kerneelement i den enkeltes og professionens selvforståelse og virksomhed, ligesom begrebet har en særlig status. Det at arbejde ud fra et helhedssyn - her i forhold til vurderinger/skøn af borgerens behov for rehabilitering ved kræft - er allerede berørt i afhandlingens indledning, hvor jeg har redegjort for ICF-modellen som et perspektiv på helhedssyn i rehabilitering.

Harder & Nissen (2011) har i en antologi om *Helhedssyn i socialt arbejde* redegjort for en telejdoskopisk rejse i helhedssyn på socialt arbejde; en rejse, der søger at "[...] demonstrere, hvordan et givet helhedssyn opstår på grundlag af konstruktionen af et bestemt perspektiv - et socialfagligt blik, der skaber relationer mellem bestemte helheder og dele, og som får betydning for den konkrete tænkning og handling i socialt arbejde" (Harder & Nissen, 2011:17). På baggrund af bogens kapitler, hvor en række forfattere har bidraget, fremstilles en model for konstruktion af helhedssyn i socialt arbejde. I den forbindelse peges der på, at den konkrete konstruktion af helhedssynet altid må være rettet mod handlen i forhold til konkrete sociale problemer, men også altid må inddrage en analyse, der udvider perspektivet på det konkrete og, om nødvendigt, handlerummet (Harder & Nissen, 2011: 265-277).

Når professionelle iagttager borgerens vanskeligheder i hverdagslivet og dertil knyttede behov for rehabilitering ved kræft er der tale om en kompleks og faglig begrundet tilgang, hvor der inddrages vurderinger og faglige skøn, der trækker på forskellige niveauer og perspektiver i et helhedssyn på borgeren og det sundheds- og socialfaglige arbejde.

Fortolknings- og handlerummet i det professionelle faglige skøn i dette perspektiv har aktør- og livsverdensperspektivets individualitet, åbenhed og omfattende kompleksitet med en individuel subjektiv anvendelse af aktørens fag-faglighed, uden i samme grad at være bundet af systemperspektivets standardiseringer og programmeringer. Den gensidige meningsfuldheden har her forrang for såvel borgeren som for den professionelle. Et dilemma vil imidlertid her kunne være, at fraværet af retlig regulering medfører en manglende sikring af borgerens retssikkerhed. Her er det kun det bredere krav om, at den professionelle skal 'udvise omhu og samvittighedsfuldhed'⁹⁵ i udøvelsen af sin virksomhed, der kan gøres gældende.

⁹⁵ Jf. bestemmelser i sundhedslovgivningen over for autoriseret sundhedspersonale (Madsen, 2010:136; Hybel, 2010:120).

Struktur- og systemperspektivet

I struktur-/systemperspektivet kan de enkelte kernekategorier kendetegnes på følgende måde:

1. Sagsbehandling handler om den professionelle konstruktion af borgeren fra en hjælp-søgende til en hjælp-berettiget borger og videre til en *sag*, der kan rummes og håndteres inden for organisationens rammer. I sagsbehandlingen indgår der et betydningsfuldt element af møder og samtaler med borgeren, men set i forhold til aktørperspektivet er det 'sagen og sagsbehandlingen', der udgør omdrejningspunkt for den professionelle:

"Men det er jo igen hele tiden sker der noget nyt, der har betydning for sagen og så må vi se på, når det er sket, hvad betyder det så, hvad skal jeg så foretage mig. Det er den, der også køre hele tiden. § 7 [om 8-ugers opfølgning] kører hele tiden og sker der noget nyt, der har betydning for sagen, og hvad gør jeg så" (Inform. SDP.).

"Og når jeg kigger på den, så er den klar, så ved jeg hvad det er, der kan ske. Det er ikke så langt fra det, der egentlig sker i sagen, men den bygges, man bygger sagen. Ikke fordi jeg gerne vil bygge den, den bygger sig selv, fordi pågældende skal i kemo, og når man er i kemo, så bliver man utrolig træt. Så får man, hvad hedder det, enten nogle bivirkninger eller noget træthed eller opkast, og det betyder at borgeren ikke er klar til at vende tilbage til arbejde i måske en måned. Det forlænger sagen, og hvad gør man så. Jeg har en ramme, som siger 'Man skal afklare en borger eller man skal støtte borgere til tilbagevendelse af arbejdsmarkedet'" (Inform. SDP.).

Aspekter omkring mødet og samtalen med borgeren i de to myndighedsfunktioner (*Visitationenheden* og *Sygedagpengeafdelingen*) er allerede belyst indgående i min tematiske analyse i kap. 5, hvorfor der henvises hertil med hensyn til yderligere eksempler.

2. Standardisering, programmering og retsanvendelse viser sig ved, at udfoldelsen af det faglige skøn i vidt omfang er præget og styret af organisationens krav til standardisering og programmering via lovgivninger, kvalitetsstandarder og programmer som fx Fælles Sprog-konceptet i *Visitationenheden* og arbejdsevnetoden og ressourceprofilen i *Sygedagpengeafdelingen*. Den professionelle taler her om at

"Altså når jeg er på sådan et besøg, hvor det nu være sig henne, så er det jeg har i hovedet, det er det, der hedder et funktionsvurderingsskema. Fælles Sprog hedder skemaet fra KL, hvor man spørger ind til personlig pleje og ernæring og alle de der forhold" (Inform. Vis.).

"Fordi selv om vi skal forholde os til den sygdom, som hun er sygemeldt fra, så har vi ressourceprofilen og arbejdsevnetoden, hvor vi skal forholde os til alle de punkter, som et menneske har, både socialt, helbredsmæssigt, fagligt og privat" (Inform. SDP.).

3. Det lukkede/snævre borgerperspektiv med begrænset kompleksitet kendetegner det faglige skøn på den måde, at skønnet i høj grad lukkes af betingelser nævnt ovenfor

i punkt 2 om standardisering og programmering af skønnet. Gennem denne lukning reduceres borgerens kompleksitet til et fokus på fx behov for personlig og praktisk hjælp i hjemmet eller muligheder for at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet og dermed blive selvforsørgende.

"Altså det er jo ikke detaljerede behov, som vi kan gå ind og indfri, men de der basale behov som mad og pleje osv., det er mere vores område" (Inform. Vis.).

"Jeg tager jo også afsat i fællessprog, når det er sådan, at jeg laver min vurdering, kan man sige. Fordi det jo er den, som vi visiterer generelt efter og som også er afsættet fra Fælles Sprog og så op i vores kvalitetsstandarder. Der er jo sammenhæng mellem de to ting" (Inform. Vis.).

"Skønnet er de sidste par år blevet meget indskrænket. Altså før har vi lavet mere brede skøn, for dermed bedre at kunne få borgeren godt tilbage på arbejdsmarkedet. Nu laver vi et indsnævret skøn, så det spiller meget ind. Og det er det er selvfølgelig regeringen, der fortsat styrer kommunerne med refusioner og siger jo dermed også, hvad de ønsker, man skal gøre. Og derudover har Randers Kommune så også valgt at lave et indsnævret skøn, så det betyder rigtig meget" (Inform. SDP.).

4. Afgørelse er udtryk for det resultat, som det faglige skøn overvejende retter sig imod i et systemperspektiv. Her er der tale om, at der som resultat af udfoldelsen af det faglige skøn skal træffes en formel forvaltningsmæssig afgørelse om bevilling versus afslag på en ansøgt hjælp.

"[...] så går man hjem og så skriver man ned. Derefter begynder man først at træffe afgørelsen, når man sidder og skriver det ind og måske vender det med kollegaerne" (Inform. Vis.).

"[...] hvor vi skal være konkrete i vores afgørelse og vores forlængelse" (Inform. SDP.).

5. Portvagt/kontrolmotiv i en **myndighedsfunktion** rummer forståelser om de forventninger og roller, som den enkelte aktør møder og har i udfoldelsen af det faglige skøn - her som det, der i socialt arbejde også benævnes som et 'kontrolmotiv' (Meeuwisse & Swärd i: Meeuwisse, 2002: 38). Dette aspekt er særligt fremtrædende i organisationer domineret af myndighedsopgaver, således som det er tilfældet i *Visitationsenheden* og i *Sygedagpengeafdelingen*.

"Jamen jeg handler jo i forhold til de kvalitetsstandarder vi har. Der er det jo beskrevet meget nøje, hvad der skal til og i hvilken grad den enkeltes handicap eller sygdom skal være, for at det kan udløse en bestemt form for hjælp. Og det er klart, at det er selve den base, som jeg træffer min afgørelse ud fra. Men der hvor jeg rigtig bruger den meget, det er i forhold til de hjem, hvor når jeg 'rækker en lillefinger, så tager der hele armen'. Hvor jeg må sige, politisk har man vedtaget et niveau, som gør at jeg ikke kan gå ind med den her hjælp" (Inform. Vis.).

"I de her år, der hopper kæden somme tider af. Der kan jeg godt lave nogen skøn, men den der med at lave en handling, som er i overensstemmelse med borgerens videre vej frem, det

er ikke så fremadseende mere. Det var vi før, da arbejdede vi sådan meget mere med afklaringer fremadrettet i forhold til arbejdsmarkedet. Det vil ledelsen også sige vi gør i dag, men jeg kan også godt få dem til at sige, at vi først og fremmest skal se på, om borgeren høre hjemme i sygedagpengesystemet eller ej” (Inform. SDP).

I forhold til det struktur-/systemperspektiv, som jeg har beskrevet ovenfor, rummer de dominerende kernekategorier af forståelser i udfoldelsen af det faglige skøn i en overvejende standardiserende meningsdannelse og fortolkninger af borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft. Forståelser, der har afsæt i et afgrænset relationelt møde/samtale med borgeren med begrænsede fortrolighedskundskaber mellem borgeren og den professionelle. En relation, hvor borgeren overvejende optræder som informant frem for en ligeværdig dialogpartner, rettet imod at *udrede* afgrænsede eller kompleksitetsreducerede dele af borgerens situation. Ud fra denne *udredning* skal den professionelle nå frem til at træffe en forvaltningsmæssig afgørelse i en myndighedsfunktion, der tager sigte på at bestemme, om borgeren kan inkluderes til hjælp i organisationen i forhold til borgerens vanskeligheder i hverdagslivet med kræft.

Fortolknings- og handlerummet i det professionelle faglige skøn i dette perspektiv har systemperspektivets standardiserede, programmerende og retlig regulerede karakter med en betydelig grad af reduktion af borgerens kompleksitet og begrænsede muligheder for individualitet, åbenhed og anvendelse af aktørens fag-faglighed i udfoldelsen af det fag-lige skøn. Styrken i dette perspektiv ligger på den anden side i en høj grad af procedural retssikkerhed for borgeren i vurderinger af behov for rehabilitering.

Det er netop kendetegn som disse jeg må rette blikket imod for at kunne få forståelse for, hvorledes organisationer er med til at konstruere og konstituere de professionelles og den borgerservicerende organisations måder at udfolde det faglige skøn på.

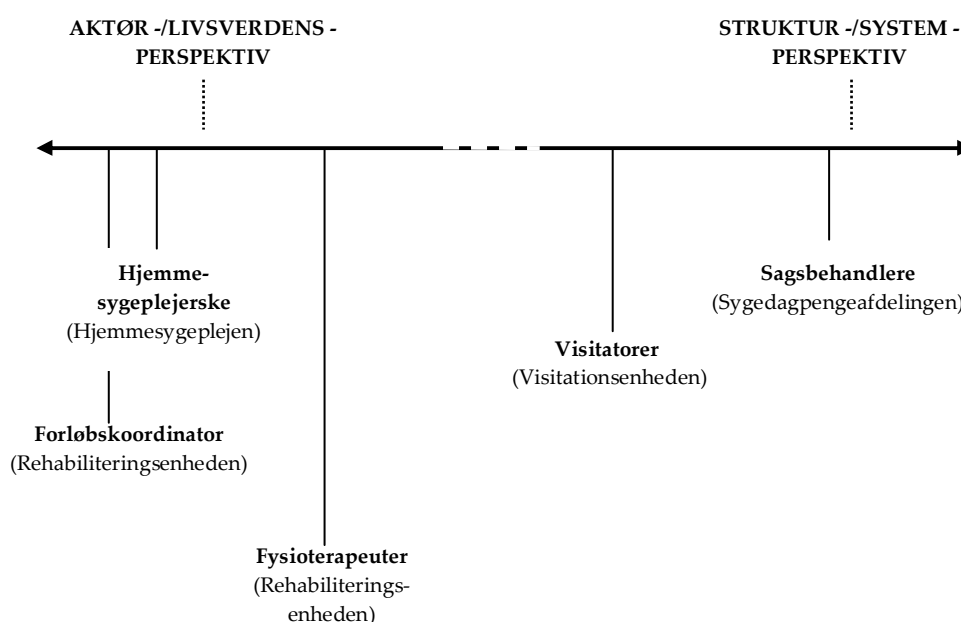
11.2 Forståelse af skønnet i lyset af mulighedsbetingelser

Ud fra min identifikation af de ovenfor fremstillede meningskategorier eller kernekoder, baseret på mine empiriske analyser af de professionelles italesættelser af udfoldelsen af det faglige skøn i de fire afdelinger set i forhold til analysens to perspektiver har jeg foretaget en komparativ analyse af de fire afdelingers placering på et kontinuum mellem et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv. I fig. 11.1 på næste side har jeg placeret hver af de fire afdelingers professionelle aktører på dette kontinuum ud fra en samlet vurdering af dominerende kendetegn ved det faglige skøn i hver af de fire afdelinger.

Det skal her nævnes, at jeg med valget af en strukturering af analysen omkring et kontinuum og dikotomien *aktør - system* som perspektiver i udfoldelsen af skønnet bevæger mig ind i den udfordring, at aspekter i en kernekategori, fx sagsbehandling i et system-

perspektiv naturligvis også rummer betydningsfulde elementer af kategorien *mødet og samtalen* med borgeren. Jeg vælger imidlertid at fastholde denne måde at foretage en distinktion på ud fra en vurdering af, at der ser ud til at være aspekter, der er mere dominerende end andre i hvert af de valgte overordnede perspektiver (aktør versus system).

Fig. 11.1: Udfoldelsen af det professionelle faglige skøn på et kontinuum mellem et aktør- livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv



Her tegner der sig et billede af, at aktør-/livsverdensperspektiver er dominerende for de professionelle i afdelinger med en primær udførerfunktion - dvs. i *Hjemmesygeplejen* og *Rehabiliteringsenheden*. Mest markant er det for forløbskoordinatoren i Rehabiliteringsenheden og hjemmesygeplejersken, især begrundet i den betydning *mødet og samtalen*, herunder relationsarbejdet, med borgeren/de pårørende samt bredden og kompleksiteten i de vanskeligheder og behov for rehabilitering, som medarbejderne som helhed udfolder faglige skøn omkring i vurderinger af behov for rehabilitering hos borgere i et kræftforløb.

Udfoldelsen af det faglige skøn er på den anden side, med et overvejende struktur-/systemperspektiv, ser ud til at være dominerende for medarbejderne i *Visitationenheden* og endnu tydeligere i *Sygedagpengeafdelingen*. Baggrunden herfor er et betydeligt fokus på *sagsbehandling* med et noget mere snævert og mindre komplekst perspektiv på borger-

rens vanskeligheder og behov for rehabilitering. Dertil kommer endvidere den meget dominerende rolle og betydning, som *standardiserede skøn*, *retsanvendelse* og *programmerede skøn* har i medarbejdernes vurderingsarbejde. I sagsbehandlingsaspektet finder der et betydningsfuldt samarbejde og samspil sted mellem borgeren og de professionelle. Dialogen i dette borgersamarbejde har imidlertid mere karakter af, at borgeren er 'informant' frem for en ligeværdig dialogpartner med et relationsarbejde, der i sig selv tager sigte på at hjælpe borgeren videre i rehabiliteringsprocessen.

De professionelle udfoldelse af det faglige skøn i de fire inkluderede afdelinger kan således forstås i lyset af henholdsvis

- et *aktør-/livsverdensperspektiv*, hvor fokus er et intersubjektivt møde og en fortrolighedspræget samtale med borgeren. Et møde, hvor den professionelle har mulighed for at foretage individuelt og delvist⁹⁶ subjektivt skøn og vurderinger, baseret på åbenhed i processen og inddragelse af den professionelle viden og praksiserfaringer.

I dette perspektiv gives der forrang for et åbent og bredt perspektiv på borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft, ligesom kompleksiteten i borgerens situation i høj grad søges inddraget og håndteret. Resultatet af vurderingsarbejdet med udfoldelse af faglige skøn er rettet mod at kunne handle fornuftigt eller kløgtigt i den konkrete situation, således som Aristoteles benævner det i sin teori om *phronesis*. I denne funktion udfylder den professionelle primært en rolle som udfører af rehabiliterende indsatser i perspektivet af støtte og hjælpe borgeren i realiseringen af borgerens visioner om 'det gode liv'.

- et *struktur-/systemperspektiv*, hvor fokus er sagsbehandling med en større eller mindre grad af borgerinddragelse. Et møde, hvor den professionelle i begrænset omfang kan individualisere vurderingsprocessen og det faglige skøn, især begrundet i en bundenhed af retlige og administrative normer (fx love og kvalitetsstandarder). Normer, der på begge myndighedsområder kan udfoldes gennem en bred eller en stram fortolkning af de retlige og administrative bestemmelser afhængigt af det fortolkningsrum, der politisk og ledelsesmæssigt gives den enkelte medarbejder.

Denne standardisering og programmering af vurderinger og faglige skøn i et systemperspektiv viser sig at give forrang for et mere lukket og snævert perspektiv på borgerens situation og vanskeligheder i hverdagslivet med kræft, ligesom kompleksiteten i borgerens situation reduceres i vurderingsprocessen. Vurderingsarbejdet med udfoldelse af faglige skøn rettes her mod at kunne træffe objektivt rigtige og ensartede afgørelser (bevillinger) baseret på retlige regler og administrative normer i konkrete situationer. I denne funktion udfylder den professionelle primært en rolle

⁹⁶ Når der her tales om et delvist subjektivt skøn er det begrundet i, at skønnet i dette perspektiv også inddrager mere objektive (programmerende) kriterier, ikke mindst ifa. anerkendte faglige standarder for skøn i forhold til funktionsnedsættelser på kropsniveau, fx nedsat fysiske kræfter og udholdenhed.

som myndighed med administration af rehabiliterende indsatser i perspektivet af at være 'portvagt' i forhold til adgangen til den borgerservicerende organisation og derigennem 'holde hus' med kommunens ressourcer.

To perspektiver, der på den ene side ser ud til at dominere på forskellig måde i hver af de fire afdelinger, men samtidigt perspektiver, der ikke entydigt kendetegner og konstituerer de professionelle udfoldelse af faglige skøn i de fire afdelinger.

Med dette kontinuum og perspektiv på de professionelle udfoldelse af faglige skøn ser det endvidere ud til, at jo mere skønnet *standardiseres, retliggøres og programmeres* efter objektive kriterier, jo mindre rolle får den enkelte aktørs *intersubjektive forståelse og viden* i det faglige skøn, og jo vanskeligere bliver det at rumme og dermed håndtere *borgerens individuelle situation og vanskeligheder* som en helhed. Her får økonomiske, politiske og administrative normer forrang i udfoldelsen af skønsmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb frem for en mere solidarisk, anerkendende og intersubjektiv retfærdig tilgang i bedømmelsen af borgerens behov.

Den ovenfor beskrevne typificering af de professionelle udfoldelse af faglige skøn må imidlertid sættes ind i og forstås i lyset af de mulighedsbetingelser, der har vist sig i min foregående analyse heraf i kap. 10. Her åbner to forhold for en forståelse af de forskelle, der tydeligt viser sig som konstituerende elementer i den enkelte aktørs og organisationens udfoldelse af det professionelle faglige skøn: for det første **1)** den borgerservicerende organisations *funktionelle differentiering* i internt specialiserede enheder; for det andet **2)** krav om anvendelsen af *retlige og administrative bestemmelser og normer* i form af love, kvalitetsstandarder og programmer til objektivering og styring af de skønsmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb.

Den funktionelle differentiering betyder, at det ikke er muligt at tale om ét professionelt fagligt skøn som en entydig enhed eller et entydigt fænomen. I stedet må vi tale om det professionelle faglige skøn som et fænomen, der på den ene side **1)** i vidt omfang rummer en række fælles kendetegn således, som denne undersøgelse har ført frem til; på den anden side **2)** vil skønnet blive indholdsfuldt i den sammenhæng eller kontekst, hvori det udfoldes i hverdagens praksis. Det er her skønnet konstitueres og kan forstås som socialt fænomen.

De retlige og administrative bestemmelser og normer indsætter, ligesom den funktionelle differentiering af organisationen, meget forskellige betingelser for udfoldelse af det faglige skøn. Det er her, der sættes nogle mulighedsbetingelser for i hvilken grad de skønsmæssige vurderinger af borgerens behov for rehabilitering kan inddrage aktørernes intersubjektive forståelser og viden eller må finde sted ud fra nogle forhåndsdefinerede objektivitetskrav og om skønnet kan fortolkes bredt eller snævert i forhold til de retlige bestemmelser.

Begge disse to elementer er i meget høj grad med til at generere og dermed konstituere en række af de øvrige kendetegn *i og af* aktørernes udfoldelse af det professionelle faglige skøn - det være sig kendetegn for mødet og samtalen med borgeren, anvendel-

sen af ret og håndtering af borgerens retssikkerhed, den institutionelle klassifikationsproces, refleksions- og beslutningsprocessen samt ikke mindst rækken af funktionelle kendetegn af mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen.

Set i forhold til det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces (jf. kap. 8) ser der også ud til at være en sammenhæng mellem de måder, hvorpå de enkelte professionelle i hver af de fire afdelinger anvender elementerne i processen. Her er der ikke så meget tale om forskelle i inddragelsen af hovedelementerne i processen set i forhold til mit aktør- og systemperspektiv, men mere tale om forskelle i inddragelsen og indholdet i de enkelte delelementer, fx i forskelle i inddragelsen af de retlige bestemmelser.

Endelig ser det også ud til, at professionelle, der placerer sig i retningen mod et aktør-/livsverdensperspektiv i højere grad har rum og tid til at bringe kompetencer i form af personlig *selvdannelse* og professionsfaglig *uddannelse* i spil i udfoldelsen af det faglige skøn end det er tilfældet for aktører, der placerer sig i retningen mod et struktur-/systemperspektiv. Her spiller organisationens *omdannelse* og krav fra systemet eller organisationen fx med en administrativt defineret rolle som myndighedsperson og krav om anvendelse af retlige og administrative normer en dominerende rolle.

Det er således i høj grad organisationen som system og ikke den enkelte professionelle som aktør, der præger mange af de dominerende funktionelle betingelser for den enkelte aktørs udfoldelse af det professionelle faglige skøn og konstituering af skønnets form og indhold i det sundheds- og socialfaglige arbejde i de fire afdelinger.

11.3 Det faglige skøn og udfoldelse af dømmekraft

I afhandlingens teoretiske perspektiv har jeg i afsn. 3.3 redegjort for Søren Juuls (2010) forståelse af begrebet dømmekraft. Et begreb, der har mange paralleller til det professionelle faglige skøn, hvorfor kendetegn og mulighedsbetingelser for udfoldelsen af det faglige skøn også her skal søges forstået i forhold til dette begreb. Juuls ideelle dømmekraftsbegreb rummer elementerne *solidaritet*, *anerkendelse* og *retfærdighed*, inspireret af Aristoteles, Immanuel Kant og Paul Ricoeur. Som Søren Juul har jeg i denne undersøgelse været inspireret af de tre samme teoretikere i forhold til de professionelles udfoldelse af *praktisk fornuft*, *bestemmelse* og *refleksion* i bedømmelse af borgerens situation i forhold til forståelser om *det gode liv*, *for og med andre* i *retfærdige institutioner*.

Med disse begreber vil jeg søge at forstå, hvorledes det faglige skøn placerer sig i forhold til udfoldelsen af en dømmekraft med solidaritet, anerkendelse og retfærdighed som de bærende elementer og dermed hvorledes disse elementer kommer til syne i de kendetegn ved det faglige skøn, som jeg har fremanalyseret om det professionelle faglige skøn i de tematiske analyser i denne undersøgelse. Denne forståelse sættes videre i forhold til mulighedsbetingelser i organisationen for skønnet og dermed også for udfol-

delse af dømmekraft i det sundheds- og socialfaglige arbejde i en offentlig borgerservicerende organisation.

Skønnet og den praktiske fornuft

De professionelles udfoldelse af *praktisk fornuft* som en evne til at handle rigtigt i situationen er central i en forståelse af det faglige skøn som element i en udfoldelse af dømmekraft ved vurderinger og skøn i forhold til borgeren behov for rehabilitering.

Den græske filosof **Aristoteles** (384-322 f.Kr.) har som udgangspunkt i sin *praktiske fornuft*, at regler ikke kan fortælle et menneske, hvad der skal gøres i konkrete situationer, hvorfor der må satses på personlige egenskaber i stedet for anvendelsen af fastsatte regler. I sin *Nicomacheiske Etik* redegør Aristoteles for en videnfilosofi, der omhandler tre former: *episteme* som videnskabelig viden, *techne* som håndværksmæssig kunnen/kunst og som det centrale i denne sammenhæng *phronesis* som en etisk funderet praktisk kunnen eller dømmekraft ifa. en intellektuel aktivitet med analyser af godt/dårligt, rigtigt/forkert, relevant for menneskets handling i forhold til *praxis* (Aristoteles, 1995; Gustavsson, 2001).

Aristoteles definerer *phronesis* på følgende måde: [1141b] "*Kløgten [phronesis] angår ikke kun de almene ting, men må også kende de enkelte ting. For den er handlende, og handling angår de enkelte ting. Derfor findes der også folk, som ikke er vidende, men er mindre handlekraftige end andre, som er vidende, og det er dem, som er erfarne i andre ting. For hvis man ved, at lyst kød er let fordøjeligt og sundt, men ikke ved, hvilket kød der er lyst, da kan man ikke frembringe sundhed. Men den der ved, at fjerkræ er lyst kød, han vil bedre kunne frembringe sundhed. Kløgten er handlende. Og derfor må den omfatte kendskabet til både de almene og til de enkelte ting, og kendskabet til de enkelte ting især. [...] Den politiske videnskab og kløgten er den samme evne, men deres essens er forskellig. Den del af den politiske videnskab, som angår staten, er som den ledende og højeste kløgt, og kaldes den lovgivende, og den, som angår de enkelte tilfælde, bærer det fælles navn, den politik. Den er handlende og overvejende"* (Aristoteles, 1995:156).

I denne passage fra sin etik fremhæver Aristoteles det, som netop kendetegner praktisk fornuft: det partikulære og situationsafhængige frem for det universelle og regelbundne, det konkrete og praktiske frem for det teoretiske, bl.a. gennem eksemplets magt omkring det at spise lyst kød set i forhold til opnåelse af sundhed.

I udfoldelsen af den praktiske fornuft får handlingsaspektet en fremtrædende rolle., og her mener Aristoteles, at handling såvel som opnåelse af sandhed beherskes af sjælen: [1139a] "*Der er i sjælen tre ting, som behersker handling og sandhed: sansning, fornuft, begær. Af disse er sansning aldrig princip for handling. [...] Det, som i tanken er bekræftelse og benægtelse, svarer i begæret til efterfølgelse og benægtelse. Når den etiske dyd er en vælgende egenskab, og valget er et overvejet begær, da må indsigten være sand og begæret rigtigt, hvis valget skal være godt, og det som tænkningen hævder, og det begæret forfølger, må være det samme. Det er altså den praktiske fornuft og sandhed. For teoretisk fornuft, som hverken handler eller frem-*

bringer, er det gode og det slette det sande og det falske (Aristoteles, 1995:150). Her peger Aristoteles på, at sansning, fornuft og begær er de drivende mekanismer. En god handling kommer i stand ved, at der opretholdes en balance mellem det sande og det rigtige samt de tankemæssige forestillinger og begærets drivkraft. Når det handler om den teoretiske fornuft er der tale om sandhed kontra usandhed (det falske).

Mennesker, der er kløgtige og udfolder praktisk fornuft som en *dyd* må, efter Aristoteles, være *kløgtige* og *velovervejede*. Aristoteles hævder, at den kløgtige person er en velovervejet person: [1140a] *"Vi forstår, hvad kløgt er, når vi betragter dem, som vi kalder kløgtige. Det syntes at karakterisere den kløgtige, at han er i stand til dygtigt at overveje det, som er godt og gavnligt for ham, ikke i enkelttilfælde, som f.eks. hvad der gavner helbredet eller styrken, men i forhold til det gode liv generelt. Et bevis herpå er, at vi også kalder dem for kløgtige, som udviser kløgt i forhold til enkelte ting, og som regner fornuftigt i forhold til et værdifuldt mål. [...] Således er den kløgtige den, som generelt er velovervejet. Ingen overvejer og træffer beslutninger om de ting, som umuligt kan være anderledes, og heller ikke om ting, som han umuligt kan udføre (Aristoteles, 1995:153). Hvis man her skal kunne tale om det velovervejede må det indbefatte en korrekthed i overvejselen hos den person, der begiver sig af med at udfolde praktisk fornuft: [1142b] "Det velovervejede er en korrekthed i overvejselen. [...] Man kan nå det rette resultat ved at overveje i lang tid, men også raskt. Men heller ikke det langvarige er det velovervejede, men en korrekthed med henblik på det nyttige, hvormed man når det man bør, og på rette måde og til rette tid" (Aristoteles, 1995:158, 159). Her handler det om, at den, der skal udfolde praktisk fornuft i højere grad må være fokuseret på mål, midler og rettidighed frem for selve processen.*

For Aristoteles handler etikken i menneskers liv i høj grad om *dyd*; dyd, som opdragelse eller udvikling (indlæring) af egenskab hos mennesket til at handle rigtigt: [1144a] *"Det er dyden, som gør valget til et ret valg ... [...] Der er en evne, som kaldes dygtighed. Den er af en sådan art at den kan gøre de ting, som leder til det foresatte mål. [...] Kløgtighed er ikke uden denne evne, men er heller ikke uden den. [...] For dyden er ikke blot en egenskab, men er bestemt af den rette indsigt. Og den rette indsigt i disse ting er kløgten" (Aristoteles, 1995:162, 163).*

Et af de aspekter, der i særlig grad præger de professionelle måde at udfolde vurderinger og skøn på er netop kernen i Aristoteles' teori om *phronesis*; at tage udgangspunkt i borgerens konkrete situation, gener (fx træthed og smerter) samt vanskeligheder i hverdagslivet i et kræftforløb:

"Det oplyses at borgeren er uhelbredelig syg, at der er blevet udarbejdet en terminalerklæring, at borgeren har en åben indlæggelse på B6, samt at borgeren fortsat vil blive tilbudt en pallierende behandling. Borgeren er ved udskrivelsen generet af kvalme og smerter." [...] "Borgeren magter selvstændigt den personlige pleje men har problemer med at koncentrere sig, trafik og larm kan forvirre hende, men borgeren har overskud til at deltage i aktiviteter uden for hjemmet, går bl.a. til ugentlig fysisk og kognitiv træning på Sundhedscentret. Borgeren kan færdes frit i egen lejlighed og med rollator over kortere afstande

uden for hjemmet, kan også deltage i de lettere huslige opgaver, men magter ikke den tunge rengøring, som støvsugning/gulvvask m.m.” (Inform. Vis.).

En anden medarbejder spørger ind til flere ting i en funktionsvurdering af borgeren:

”Hvordan klarer borgeren sig indtil hustru er tilbage fra arbejde – hvad med toiletbesøg – og hvad er det, der gør, at borgeren ikke kan klare de ansøgte opgaver? Hvad er det der gør hustru ikke vælger en fuld plejeorlov – hvor meget hjælper hustru borgeren, når hun er hjemme? Den åbenhed der beskrives omkring sygdommen går den i spænd med borgerens kropssprog, udtryk for følelser etc.. Hvordan opleves det kliniske billede af borgeren? [...] ”Fysioterapeutisk status: meget nedsat balance, mange smerter fra nakke/ skulderområdet” (Inform. Vis.).

De professionelle i Visitationenheten har især fokus på borgerens individuelle personlige og daglige aktiviteter i hjemmet. På sygedagpengeområdet er fokus rettet mod borgerens arbejdsniveau set i forhold til den situation, som borgeren befinder sig i.

”Da der er tale om en sygemelding pga. kræft patient, vil det være meget relevant at, der inden den første samtale med pgl., anmodes om lægelige oplysninger både fra egen læge og fra sygehus, hvor pgl. er i gang med behandling, da de oplysninger vil kunne hjælpe i forhold til afklaring af pgl. helbredsmæssige tilstand, samt bivirkninger og dens indvirkning på pgl. dagligdag og dermed funktionsevne. [...] Det skal også lægges vægt på, at pgl. har gået igennem en meget hårdt tid i sit liv, og de psykiske op og nedture faktisk har en stor indvirkning på pgl. funktionsniveau/arbejdsevne. Borgernes vanskeligheder:

- *der er tale om en sygemelding pga. alvorlig lidelse, samt at pgl. i forvejen har nedsat arbejdssevne, hvorfor pgl. har været i fleksjob ansættelse*
- *pgl. er ramt af bivirkninger i form af lymfødem af venstre arm. Pgl. har i forvejen nedsat funktionsniveau i forhold til skulder og nakke – fleksjob bevilget pga. denne problematik.*
- *pgl. har gennemgået et behandlingsmæssigt forløb samt er ramt af sygdom og bivirkninger som har en væsentlig indflydelse på den psykiske tilstand” (Inform.-SDP).*

I rehabiliteringsenheden har man et meget bredt blik for borgerens situation og vanskeligheder, hvor det individuelle, konkrete og partikulære kommer tydeligt frem i den måde, hvorpå man udfolder skøn og dømmekraft ved iværksættelse af rehabilitering:

”Jamen jeg synes hun er et typisk eksempel på, at når man er fysioterapeut for en kræft-ramt, så er man fysioterapeut for et menneske, der er ramt på alle områder af sit liv, og hvis man skal kunne hjælpe hende, så skal man også kunne nå hele vejen omkring hende, og der synes jeg at jeg kom rigtigt langt omkring [...]. Men den havde jeg ikke set, jeg havde ikke set hendes psykiske problemer så alvorlige, som de er. [...] Ja, altså jeg synes det er meget vigtigt med borgeren, at vi har en holdning, der møder hende og accepterer hende, som den person hun er. At det er det hun oplever, at der ikke bliver stillet spørgsmålstegn eller mærkelige rynken på næsen eller hvad man ellers kan, eller ”det er da en mærkelig måde, du lever dit liv på”. Altså at man accepterer at det er den måde hun har valgt at leve sit liv på, og så vise lidt andre ting, der også kunne komme på og så krydre hendes til-

værelse. Det tror jeg nok er det, er det jeg tænker mest på, når jeg er sammen med hende: accepter, accepter og giv hende lidt mere, nogle flere muligheder. [...] Jeg tænker det er en af dem, der er lidt mere lige til at gå til, i hvert fald som fysioterapeut, vi får en genoptræningsplan og så er der nogle fysiske gener, vi skal prøve at gøre vores bedste for at hjælpe borgeren af med. Så det vil jo klart være der man vil starte og gribe det an med hende, tænker jeg. Så kommer man jo længere og længere ind i det, og kan se at der har været en masse ting omkring borgeren, hvor man ikke bare kan blive ved med at være fysioterapeut, men også må inddrage nogle andre instanser i hvert fald.... Altså sådan som jeg læser det og husker det, så har vi måske været første kontakt, og så er der kommet en masse til [...] behov for hjælpemidler, behov for hjemmesygeplejerske, så der er også et stort behov der for at man får taget nogle kontakter i sådan et forløb. Og så bliver der nok mere og mere et behov for at man også er en psykisk støtte for borgeren igennem forløbet, tænker jeg. At det nok startede ud med at være meget fysioterapi, men så er det blevet til noget andet, hen af vejen" (Inform. Rehab.).

Det ovenfor beskrevne citat indikerer, at medarbejderne i Rehabiliteringsenheden dels har en bevidsthed om den bredde og kompleksitet, der kan være i en kræftramt borgers situation, dels fastholder en åbenhed over for løbende at iagttage, vurdere og håndtere (handle) en lang række af behov for rehabilitering. Behov på flere punkter ligger uden for en snæver opfattelse af funktionen som fysioterapeut med fysisk træning og behandling.

Kendetegnende for de aspekter, der inddrages i det faglige skøn og i arbejdet i hjemmeplejen er såvel fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle ressourcer og vanskeligheder (symptomer, funktioner og funktionsevnedssættelser):

"Er bevidst om at borgeren skal gøre hvad hun kan og man ikke må 'tage over' i hendes gøremål hvis hun selv har mulighed for det. Er nu helt overbevist om at borgeren gør alt der er muligt for hende. [...] Borgeren har tiltagende smerter, har selv sammen med døtre adm. medicin og ønsket at fortsætte dette. Jeg tænker dog om en dybere snak og vejledning om smertebehandling kunne have hjulpet borgeren bedre. Først da borgeren starter med smerteplaster, iværksat af sygeplejerske i samarbejde med lægen, begynder smertebehandlingen at være optimal. Igen har borgeren og familien her et ønske om at have medindflydelse og ansvar i sygdomsforløbet. [...] Allerede nu fornemmer man at borgeren har svært ved at acceptere hun er syg. Jeg tror måske. Jeg kan ikke vide det, det er derfor hun fravælger tilbuddene. Hvis man ikke kan erkende sin egen situation, har man måske også svært ved at høre på ligestillede" (Inform. Hjemple.).

Men udfoldelsen af det professionelle faglige skøn sker ikke i et tomrum, men i et kontekst eller organisatorisk sammenhæng, der i forskelligt omfang styres af rammer og retsregler - mest af alt og tydeligst på sygedagpengeområdet:

"Men rammen er rammen. Det er det vi arbejder under, og så skal vi forholde os til det. Der syntes jeg, at det jeg oplever, er, at det faglige skøn bliver så lille." (Inform. SDP-afd.).

Set i forhold til udfoldelsen af dømmekraft eller *praktisk kundskab* ved vurderinger af en borgers behov for rehabilitering ved kræft peger Aristoteles på, at dømmekraften må basere sig på, at den kløgtige [medarbejderen eller den professionelle]

- har fokus på den enkelte borger i dennes konkrete og kontekstafhængige situation
- benytter en dømmekraft, der ikke er styret af regler men er velovervejet i forhold til det mulige i situationen
- inddrager det konkrete eksemplariske betydning for forståelsen af skønnet
- lader sit skøn lede af sansning (perception), fornuft og forventninger til en ønsket situation (begær) og
- arbejder velovervejet i forhold til mål, midler og tidsmæssig rettidighed.

I alle fire inkluderede afdelinger i undersøgelsen udfoldes der en form for faglige skøn, der netop rummer en rettedhed mod det konkrete, det partikulære, den aktuelle kontekst. Det er igennem anvendelsen af denne 'kløgt' over for borgerens situation og vanskeligheder, at den professionelle sammen med borgeren bliver i stand til at handle 'fornuftig, kløgtig og velovervejet inden for situationens muligheder'. En handlemåde, der rummer en solidarisk og anerkendende tilgang over for borgerens konkrete situation og vanskeligheder i et kræftforløb.

På den anden side forekommer der, som jeg vist i min analyse i kap.10 om *mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen*, at der i forskelligt omfang anvendes regler (fx love og kvalitetsstandarder) sammen med den enkeltes reflekterede overvejelser i skønnet (jf. kap. 8 om *refleksions- og beslutningsprocessen*). Regler, der får en programmerende rolle i den måde, hvorpå den enkelte professionelle udfolder sin dømmekraft (skøn) på i konkrete situationer. Denne tilgang kan her udfordre en intersubjektiv og anerkendende tilgang i udfoldelsen af skønsmæssige vurderinger i organisationen.

En af informanterne i Visitationenheden udtrykker endvidere, at det er vigtigt med en ligeværdig tilgang til borgeren:

"Og så handler det for mig om i den situation, at få en ligeværdig snak ud af det. Det handler meget om at vise empati - om en meget ærlig snak, hvor vi gang på gang, også i forhold til kræft ramte, må sige "Hvad tænker du selv om din fremtid? ... Hvad er det for nogle ting du har overvejet i forbindelse med, at du nu har fået den her sygdom? Er der nogen ting, der skal siges, noget, som ikke er blevet sagt?" (Inform. Vis.).

- en ligeværdighed, der får karakter af en etisk dyd, således som Aristoteles taler om den dyd i sit perspektiv på den praktiske fornuft ovenfor. Det vil også være her, at anerkendelsen af borgeren vil få plads i samarbejdet mellem borgeren og den professionelle.

Hvis der skal drages en distinktion mellem phronesis eller praktisk fornuft i Aristoteles' perspektiv og det faglige skøn er det ikke så meget dømmekraft som fænomen, men mere det felt og de situationer, hvori udfoldelsen finder sted. Når jeg i undersøgelsen taler om det professionelle faglige skøn er der tale om et skøn, der udfoldes af aktører i en

faglig-professionel sammenhæng frem for skøn i en personlig-privat hverdagslivssituation eller som Aristoteles også nævner i politiske anliggender.

En bestemmende og reflekterende måde at bedømme situationen på

Med **Immanuel Kant** introduceres begrebet *dømmekraft* som parallel til begrebet praktiske fornuft eller *phronesis* hos Aristoteles. I sit værk med den danske titel *Kritik af dømmekraften* [Kritik der Urteilkraft] fra 1792 beskriver Kant, hvorledes en æstetisk bevidsthed kan virke formidlende mellem videnskab og moral gennem en *dømmekraft ved æstetiske domme* eller i forhold til det skønne og kunst (Kant, 2005).

I Kants dømmekraft er der tale om et sprog, der ikke bygger på begreber, men på det Kant benævner som 'indbildningskraft' ifa. en menneskelig evne, der søger helhed og harmoni: "Når vi har at gøre med en dom, der fordre subjektiv almenhed, så står vi ikke over for en erkendelsesdom - hverken en teoretisk dom baseret på et begreb om naturen som sådan, som givet ved forstanden, eller en rent praktisk dom begrundet i et begreb om frihed som a priori givet ved fornuften; [...] det drejer sig blot om, at vi for dømmekraften som sådan godtgør den almene gyldighed, der gælder for en individuel dom, der udtrykker den subjektive formålstjenelighed ved en empirisk forestilling om en genstands form" [...] Til grund for en sådan æstetisk dom må ligge et a priori princip - idet vi antager, at der ikke er tale om blot en fornemmelsesdom, men om en formel refleksionsdom, der nødvendigvis tillægger alle samme velbehag" (Kant, 2005:124, 131).

Kant skelner videre mellem den *bestemmende* og den *reflekterende* dømmekraft: "Den bestemmende dømmekraft har ikke for sig nogen principper, der begrunder begreber om objekter. Den har ingen autonomi, for den subsumerer blot under givne love eller begreber, som principper. [...] Den reflekterende dømmekraft må imidlertid subsumere under en lov, der endnu ikke er givet; i realiteten er den derfor kun et princip for refleksion over genstande - et princip, som vi objektivt ganske og aldeles mangler en lov for eller et begreb om et objekt for, der, som princip er tilstrækkeligt over for de givne tilfælde (Kant, 2005:215).⁹⁷ I den bestemmende dømmekraft forudsættes det almene som givet ifa. love eller begreber, hvortil dømmekraften så retter sig imod. I den reflekterede dømmekraft fældes der derimod ikke nogen dom, men udfoldes refleksioner i forhold til det, der endnu savnes love eller begreber om. Overført til undersøgelsens tema vil ovennævnte betyde, at en medarbejder ud fra reglerne for træning eller personlig/praktisk hjælp (det almene) *bestemmer* om der, i forhold til borgerens konkrete situation er hjemmel til at yde en sådan rehabiliterende indsats, og via den *reflekterende* dømmekraft er tale om sådanne særlige omstændigheder, at der kan fastlægges et bestemt indhold/omfang af hjælpen. Dette vil på samme måde, som hos Aristoteles fordre, at den professionelle tager udgangspunkt i konkrete og individuelle (partikulære) situationer, hvori der kan [skal] finde en skønsmæssig vurdering sted.

Udfoldelsen af dømmekraften hviler, ifølge Kant på det fælles i menneskeforstanden, en fælles sans - *sensus communis*, der omfatter 1) en selvstændig tænkning, 2) tænkning ud

⁹⁷ Understregninger i citatet er tilføjer af undertegnede som forfatter til afhandlingen.

fra alle andres sted og 3) altid at tænke konsekvent: "[...] ved *sensus communis* forstås ideen om en sans, der er fælles for alle, dvs. en bedømmelsesevne, der i sin refleksion (a priori) i tanken forholder sig til alle andres forestillingsmåder; vi inkluderer denne idé med henblik på at jævnføre vor bedømmelse med menneskehedens samlede fornuft, så at sige, så vi på den måde kan undgå den slags illusion, der stammer fra private omstændigheder, som så let kan opfattes som objektive - hvilket ville have en skadelig virkning på bedømmelsen" (Kant, 2005:136). Ud fra ovennævnte mener Kant, i modsætning til Aristoteles, at menneskets udvikling, herunder evne til at udfolde dømmekraft, er en iboende evne, der ikke skal forstyrres af andre mennesker eller personlige/subjektive (private) forestillinger. Netop de tre nævnte evner - *upartiskheden* gennem selvstændig tænkning, det at kunne sætte sig i andres sted og evnen til at tænke *sammenhængende*, er evner hos den professionelle, der kan begrunde og legitimere, at professionelle kan træffe afgørelser på fællesskabets vegne.

Når professionelle udfolder faglige skøn ved konkrete og individuelle vurderinger af borgerens situation, gener og andre vanskeligheder i hverdagslivet i et kræftforløb sker dette som en proces, hvor der på forskellige niveauer udfoldes en *reflekterende bestemmelse* af borgerens behov for rehabilitering. I kap. 8 har jeg redegjort for *refleksions- og beslutningsprocesser* som et kendetegn ved det professionelle faglige skøn.

Såvel Aristoteles som Kant tillægger det fælles menneskelige stor betydning, men ud fra forskellige tilgange. Hos Aristoteles *dannes/opdrages* mennesket til at kunne udfolde praktisk fornuft eller dømmekraft. Hos Kant nyttiggøres en allerede eksisterende sans eller evne til at bedømme eller udfolde dømmekraft. Der kan imidlertid rejses kritik af begge disse filosofers perspektiver på dømmekraft; hos Aristoteles' for et fokus på hverdagsforståelse og hos Kants fokus på en regelforståelse. En kritik over for, at de to filosofers tænkning ikke åbner op for den form for dømmekraft, der kommer i spil i det relationelle mellem den professionelle og borgeren som *fortrolighedskundskab* (Høilund, 2000:86). Dette forhold - om betydningen af mødet og samtalen mellem borgeren og den professionelle, er belyst som kendetegn for det faglige skøn i kap. 5. Her træder det tydeligt frem, hvorledes professionelle under forskellige organisatoriske mulighedsbetingelser tillægger fortrolighedskundskaber forskellig betydning i udfoldelsen af det faglige skøn. En deling af intersubjektive forståelser, der har stor betydning for muligheder for at skabe engagement i (solidaritet) og anerkendelse af borgerens situation og vanskeligheder i den måde, hvorpå udfoldelsen af skønnet får plads i organisationen.

Aristoteles' og Kants dømmekraftsbegreber ser således ud til at være særligt anvendelige i de situationer, hvor der foreligger en klar og entydig retsorden og normstruktur med en betydelig grad af konsensus omkring fortolkninger af disse i forhold til det enkelte tilfælde. Det er imidlertid ikke det, der præger praksis på rehabiliteringsområdet i dag, hvorfor det kan være relevant at inddrage andre perspektiver på dømmekraft. Her kan Riceurs etisk funderede dømmekraftsbegreb være et relevant at inddrage i en forståelse af de professionelles udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn.

Om at have fokus på det gode liv, for og med andre, i retfærdige institutioner

Det sidste filosofiske perspektiv, som jeg vil inddrage i mit forsøg på at forstå det faglige skøns relation til begrebet dømmekraft, er et perspektiv, der kan forbinde den professionelle og organisationens fokus på borgerens hele livssituation og liv sammen med andre mennesker samt institutionens eller den enkelte organisations rolle over for borgere med behov for støtte og hjælp - her som rehabilitering i et kræftforløb.

Paul Ricoeur (1992) har i sin bog *Oneself as Another* beskrevet en vision om det at arbejde som professionel i en institution ud fra perspektivet om *det gode liv, for og med andre, i retfærdige institutioner*. I dette perspektiv peger Ricoeur på det gode liv og de retfærdige institutioner som to sider af et *etisk aspekt*, parallelt med Aristoteles' forestillinger om 'det gode eller sande liv'. Mennesker lever sammen med og for andre mennesker - her forstået som *de sociale og kommunikative betingelser for den menneskelige eksistens*. Netop i dette perspektiv kommer det relationelle aspekt tydeligt i fokus; en relation, der kan åbne op for den form for anerkendelse og fortrolighedskundskab, der handler om det enkelte menneskes livsforløb og situation.

I flere af citaterne fra mit empiriske datamateriale, beskrevet ifm. analysen af Aristoteles' praktiske fornuft, viser, hvorledes de professionelle søger at opnå indblik i og forståelse af borgerens hele livssituation og vanskeligheder i hverdagslivet med en kræftsygdom. Et aspekt, der er udfoldet som kendetegn ved det faglige skøn i min tematiske analyse om *mødet og samtalen med borgeren* (kap. 5).

Det gode liv kendetegnes ved et etisk funderet liv i det gode samfund, hvor den enkelte kan opnå en følelse af at være til stede og leve sit liv i overensstemmelse med forestillinger om det rigtige og gode i praksis; forestillinger, der læner sig op af Aristoteles' etik (Ricoeur, 1992:171-180). Det handler således her om, at borgeren (og de professionelle) søger at realisere sine og samfundets visioner om det gode liv. Et liv, der vil være influeret af samfundets normer, men ikke determineret heraf i forhold til de planer og handlinger, som den enkelte har og iværksætter i sit eget liv.

For og med andre, der udgør Ricoeurs andet element handler om, at mennesker (borgere, de professionelle) ikke lever deres liv isoleret men må have et samspil med andre mennesker og det hverdagsliv, der udspiller sig her. Et samspil, der fordrer fysisk nærhed og kommunikative relationer, igennem hvilke livet leves, udfordres og udvikles (Ricoeur, 1992:180-194).

Her rummer flere af mine foregående tematiske analyser, fx analysen af mødet og samtalen med borgeren (kap. 5) og analysen af mulighedsbetingelser for skøn i organisationen (kap. 10) såvel teoretiske som empiriske aspekter omkring Ricoeurs perspektiver på det gode liv for og med andre.

Retfærdige institutioner karakteriseres af Ricoeur som strukturer med interpersonelle relationer, således som *et liv sammen* i et lokalsamfund udfolder sig (Ricoeur, 1992:194) - her i perspektiv af borgerservicerende organisationer i en kommune, og den rolle disse

har for borgeren og de professionelles arbejde. Dette gælder såvel i forhold til hjælp og omsorg over for borgere med vanskeligheder i hverdagslivet som opretholdelse af en lokal orden (magtstruktur). Hvis samfundets institutioner ikke opleves som velfungerende og retfærdige, fx i anvendelsen af retlige bestemmelser (jf. analysen i kap. 6) udfordres såvel samarbejdet imellem borgeren og de professionelle, ligesom samfundets sammenhængskraft i almindelighed kan komme under pres.

Høilund peger på i sin fortolkning af Ricoeurs etisk funderede teori om dømmekraft, at der er et råderum for en etisk ansvarlig dømmekraft, men også at denne dømmekraft forudsætter velfungerende og retfærdige institutioner. En vision om det gode liv for socialarbejderen og borgeren forudsætter både en nærhedsetik og en distanceetik samt en forestilling om menneskelig opblomstring og samfundsmæssig orden. Endvidere peges der på, at anvendelsen af ret kan ske både som en humanistisk og teknisk/naturvidenskabelig præget tilgang og, at menneskers handlinger altid må ses i lyset af det, der er sket og gjort i fortiden (Høilund, 2000:89, 90).

Med dette sidste perspektiv af Ricoeur vil min forståelse af dømmekraft og skøn som fænomen og handlingsform være kendetegnet ved **1)** en dydspræget, velovervejet og indlært form for praktisk klogskab eller kløgtighed, **2)** en nyttiggørelse af en iboende evne og sans for at kunne bestemme og reflektere i situationer, hvor der fordres et skøn og **3)** en etisk og relationel funderet dømmekraft, baseret på borgerens og den professionelle forestillinger og visioner om det gode liv, for og med andre i retfærdige institutioner. Det er disse aspekter omkring professionelles udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn mine tematiske analyser har søgt at belyse. Analyser, der samtidigt viser, hvorledes begreberne dømmekraft og det professionelle faglige skøn er tæt forbundet i det sundheds- og socialfaglige arbejdes praksis og dermed underlagt de samme mulighedsbetingelser for udfoldelse i de enkelte afdelinger i kommunen som organisation.

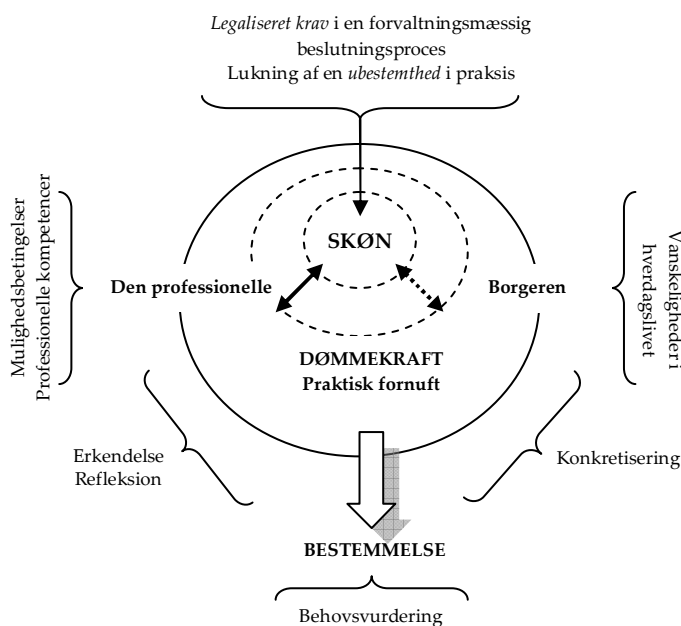
Forståelse af forholdet mellem dømmekraft og det faglige skøn

Ud fra ovenfor beskrevne teoretiske perspektiver og analyse af relationen mellem de tre begreber *praktisk fornuft*, *dømmekraft* og *det faglige skøn* mener jeg at kunne konkludere, at *det faglige skøn* udgør et centralt element i den professionelle udfoldelse af *dømmekraft* eller i Aristoteles' terminologi *praktisk fornuft*.

I fig. 11.2 på næste side har jeg illustreret, hvorledes skønnet udfylder en større eller mindre del af det rum, der omfattes af begrebet dømmekraft og praktisk fornuft. Det faglige skøn retter sig her imod en professionel-faglig *bestemmelse* af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb set i forhold til de *vanskeligheder i hverdagslivet*, som et sygdoms- og behandlingsforløb medfører for borgeren. En form for skøn, der dels er drevet af et *legaliseret* (retligt) *funderet krav om forvaltningsmæssige beslutninger*, dels er drevet af en fordring og nødvendighed rettet mod at kunne *lukke en ubestemthed i praksis*. En praksis, hvor en handling i situationen ikke umiddelbart er givet og kan baseres sig på

et fuldstændigt informations- og vurderingsgrundlag for planlægning og gennemførelse af en handling.

Fig. 11.2: Forholdet mellem begreberne praktisk fornuft, dømmekraft og fagligt skøn



Der kan således ikke trækkes en skarp grænse mellem begrebet og udfoldelsen af et *fagligt skøn* og udfoldelsen af *dømmekraft*. Skønnet adskiller sig imidlertid ved, at det også rummer en legaliseret form beskrevet i en række forvaltningsretlige bestemmelser. Ligeledes er *det professionelle faglige skøn* funderet i specifikke faglige kompetencer, hvor det medvirker til at lukke ubestemtheder i konkrete faglige vurderingssituationer.

Der er således tale om en proces, hvor de to parter - den professionelle og borgeren - undervejs i vurderingsprocessen begge medvirker via **1)** den *professionelles kompetencer* til at udfolde dømmekraft og skøn inden for de *mulighedsbetingelser* organisationen rummer, jf. de foregående delanalyser i dette kapitel; dels via **2)** den professionelles samhandling med borgeren i vurderingsprocessen. Skønnet får dermed karakter af en *erkendelses- og refleksionsproces* og en *konkretisering* af et specifikt forhold; en situation hos en borger, hvori der må udfoldes et fagligt skøn og udøves dømmekraft for igennem skønnet at nå frem til at kunne træffe en beslutning (afgørelse) i forvaltningslovens forstand og/eller som grundlag for handlinger i en konkret situation i praksis.

Det er i denne måde at udfylde og udøve faglige skøn på, at de professionelle må søge at skabe sammenhæng imellem borgerens behov og forventninger til rehabilitering i et kræftforløb og den professionelle anerkendelse af borgerens situation og vanskeligheder gennem retfærdige procedurer for skønsmæssige vurderinger af behov og muligheder for rehabilitering.

Anerkendelse, som Juul (2010) taler om, vil i udfoldelsen af det faglige skøn komme istand gennem den professionelle forståelse af og støtte over for borgerens ønsker og visioner om at realisere det gode liv for og sammen med andre. Det kræver imidlertid, at den professionelle har muligheder i organisationen og er villig til at italesætte og kæmpe for denne anerkendelse sammen med borgeren. I en praksis, hvor økonomi og administrative normer især på myndighedsområdet ser ud til at have forrang, må de professionelle kæmpe for at udfolde faglige skøn, der er funderet på praktisk kundskaber i Aristoteles' perspektiv. Ligeledes må der i skønnet, med dens Kantianske bestemmende og reflekterende karakter, tages hensyn til situationens beskaffenhed og den sammenhæng eller kontekst, hvori det faglige skøn udfoldes.

11.4 Konklusion

Denne tematiske analyse har sat lys på udfoldelsen af faglige skøn i et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv. Kendetegn ved de to perspektiver belyses først teoretisk, hvorefter dominerende empiriske kategorier af forståelser i det faglige skøn søges typificeret og udfoldet empirisk i forhold til de to perspektiver. I forlængelse heraf foretages der en komparativ analyse, baseret på mine genererede meningskategorier; en komparation, der søger at placere hver af de fire afdelinger og aktører på et kontinuum mellem et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv. Den tematiske analyse afsluttes med en analyse af det faglige skøns placering i forhold til dømmekraft som fænomen og begreb og udfoldelsen af dømmekraft set i lyset af min allerede gennemførte analyse af mulighedsbetingelser i organisationen.

Den komparative analyse kommer frem til, at udfoldelsen af faglige skøn hos hjemme-sygeplejersken i *Hjemmesygeplejen* og forløbskoordinatoren og fysioterapeuter i *Rehabiliteringsenheden* er domineret af et aktør-/livsverdensperspektiv. Visitatorer i *Visitationsenheden* og især sagsbehandlere i *Sygedagpengeafdelingen* udfolder skøn domineret af et system-/strukturperspektiv.

Ud fra min komparative analyse tegner der sig et billede af perspektiver i de professionelle udfoldelse af det faglige skøn, der indikerer, at en placering mellem et aktørperspektiv og et systemperspektiv især konstitueres af graden af *standardisering, retliggørelse og programmering* af skønnet, formidlet via retlige og politisk-administrative bestemmelser og normer. Med andre ord, jo mere standardiseret, retliggjort og programmeret det faglige skøn er, jo mere vil udfoldelsen af det faglige skøn blive præget af et

system-perspektiv med forrang for økonomiske og politisk-administrative værdier frem for etiske og sundheds- og socialfaglige værdier. Omvendt vil et åbent, individuelt og fag-fagligt skøn med et åbent og bredt borgerperspektiv kunne give forrang for et aktørperspektiv i udfoldelsen af det professionelle faglige skøn.

Gennem de enkelte analyser træder det tydeligt frem, at **1)** afdelinger med udførerfunktioner overvejende iagttager borgerens situation og vanskeligheder i et *aktør-/livsverdensperspektiv* domineret af *en åben, individuel og professionsfaglig* tilgang i udfoldelsen af vurderinger og faglige skøn med et *åbent, bredt og komplekst borgerperspektiv* og **2)** afdelinger med myndighedsfunktion overvejende iagttager borgernes situation og vanskeligheder i et *struktur-/systemperspektiv* domineret af *standardisering, retliggørelse og programmering* af det faglige skøn med et *restringeret og fragmenteret helhedssyn*. Konsekvensen af ovennævnte tilgange ser, som nævnt, ud til at være at jo mere organisationen er domineret af et systemperspektiv, jo vanskeligere har organisationen ved at rumme borgerens individuelle og komplekse senfølger og vanskeligheder i hverdagslivet i et forløb med kræft.

Disse kendetegn ved de professionelles udfoldelse af faglige skøn kan kun forstås i lyset af de mulighedsbetingelser, der er for de professionelle i den kontekst eller organisatorisk sammenhæng, hvori skønnet udfoldes i hverdagens praksis. Her spiller to elementer en afgørende rolle for konstitueringen af det faglige skøns indhold og form: **1)** organisationens funktionelle differentiering og **2)** krav om anvendelse af ret og politisk-administrative normer. Dermed er det *ikke muligt at tale om ét fagligt skøn som en entydig enhed og fænomen*. I stedet vil der være tale om flere forskellige faglige skøn, der for det første **1)** i sin grundstruktur er kendetegnet ved en række fælles elementer og kendetegn, for det andet **2)** indholdsfyldes forskelligt ud fra de mulighedsbetingelser, der konkret gør sig gældende i konteksten eller den enkelte organisatoriske enhed. Denne forskel gør sig også gældende for en række af det faglige skøns grundlæggende elementer og kendetegn, der hermed får forskelligt indhold og betydning i den enkelte afdeling.

Denne tematiske analyse afsluttes med en analyse, der søger at placere det faglige skøn i forhold til dømmekraft som fænomen og begreb og betragte udfoldelsen af dømmekraft i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen. I forhold til udfoldelse af dømmekraft drives det faglige skøn af et *legaliseret (retligt) funderet krav til forvaltningsmæssige beslutninger*, dels af en fordring og nødvendighed om at kunne *lukke en ubestemthed i praksis*, hvor en handling i situationen ikke umiddelbart er givet og kan baseres sig på et fuldstændigt informations- og vurderingsgrundlag for planlægning og gennemførelse af en konkret handling. I udfoldelsen af det konkrete skøn vil den professionelle aktør her, afhængigt af de tilstedeværende mulighedsbetingelser, kunne fremme en solidarisk, anerkendende og retfærdighedspræget tilgang ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb, således som undersøgelsens dømmekraftsbegreb argumenterer for.

12. Sammenfatning, konklusion og perspektiver

I denne afhandling har målet været at undersøge og belyse, hvordan *det professionelle faglige skøn kan kendetegnes, og hvorledes skønnet kan forstås i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen for udfoldelse af skønnet*. Det vil sige, hvad kendetegner det faglige skøn som fænomen, når professionelle udfolder vurderinger af den enkelte borgers behov for kommunalt forankret rehabilitering ved kræft; behov, der er begrundet i gener (symptomer) og vanskeligheder i hverdagslivet, som sygdommen og behandling medfører.

Rehabilitering ved kræft er i dag et højt prioriteret indsatsområde i Danmark. Tilbud om vurdering af behov for rehabilitering gælder nu alle borgere (patienter) med kræft, fastlagt i et nyt forløbsprogram på kræftområdet (Sundhedsstyrelsen, 2012). Derfor vil der fremover blive udfoldet mange bestræbelser nationalt og lokalt for at implementere kravet i forløbsprogrammet i kommuner og regioner.

Mit valg af genstandsområde for undersøgelsen har været begrundet i et ønske om at **1)** opnå *indblik i det professionelle faglige skøns betydning for 'konstruktion' af borgeren som en hjælpbe-rettet borger med behov for rehabilitering*, **2)** at styrke muligheden for *sikring af kvalitet i den rehabiliteringsteknologiske indsats* gennem en individualiseret, målrettet og effektiv rehabiliteringsindsats baseret på vurderinger af borgerens hele situation og behov samt **3)** at styrke *medarbejdernes tillid til egen professionel praksis og borgernes tillid til samfundets institutioner*.

Undersøgelsen har i hele sin tilgang fokus på at belyse det faglige skøn empirisk, hvorfor de empiriske analyser har fået forrang frem for mere generelle teoretiske analyser og diskussioner. Ligeledes har jeg i undersøgelsen haft fokus på at generere ny viden og modeller af det faglige skøn og dets elementer som typificeringer, der gør disse genkendelige og anvendelige i det sundheds- og socialfaglige arbejdes praksis.

For at kunne besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål har jeg, med afsæt i min metateoretiske position med *konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk-fænomenologi*, lagt vægt på aktør- og livsverdensperspektivet og undersøgt de professionelles udfoldelse af faglige skøn i fire afdelinger på sundheds- og socialområdet i Randers Kommune. Alle afdelinger, som en borger med kræft typisk kommer i kontakt med under og/eller efter afsluttet behandling.

I undersøgelsen har jeg søgt at komme tæt på det konkrete i praksis og de professionelle aktørers intersubjektive forståelser og handlinger. Undersøgelsen har været designet som et casestudie, hvor data er genereret via *deltagende observationer, dokumentanalyser, en case note review-proces* (audit-proces) samt *individuelle interviews og fokusgruppeinterviews* af 14 professionelle aktører fra de fire afdelinger. Her har jeg opnået et dybdegå-

ende indblik i professionelles udfoldelse af det faglige skøn i praksis, analyseret og ekspliciteret ud fra et omfattende empirisk datamateriale.

Undersøgelsens teoretiske perspektiver og analytiske begreber trækker på tre samfundsteoretikere inden for fænomenologi og interaktionisme: *Alfred Schutz'* hverdagslivssociologi, *Berger & Luckmanns* videnssociologi samt *Niklas Luhmanns* systemteori. Disse teorier rummer analytiske perspektiver og begreber i overensstemmelse med min videnskabelige position med konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi samt min samhandlingsteoretiske⁹⁸ tilgang. Hertil kommer, at jeg inddrager *Søren Juuls* forståelse af begrebet dømmekraft begrundet ud fra en antagelse om, at det ikke er muligt skelne skarpt mellem udfoldelse af dømmekraft og udfoldelse af faglige skøn.

Undersøgelsens analysstrategi har været inspireret af *Derek Layders adaptive teori og metode* og udformet som et forløb med tre trin: en *deskriptiv analyse* (thick description) og en *meningskategorisering og -kondensering* som afsæt for generering af en række sammenhængende *tematiske analyser*; analyser, der handler om mødet og samtalen med borgeren, retsanvendelse, institutionelle klassifikationsprocesser, refleksions- og beslutningsprocesser, skønnetts dannelse som kompetence, mulighedsbetingelser for skønnet samt forståelse af skønnet i lyset af disse. Med denne tilgang har jeg søgt at forstå det professionelle faglige skøn som et intersubjektivt og socialt konstrueret fænomen i en borger-servicerende organisation som kontekst.

Undersøgelsens *analyser* består i syv tematiske analyseområder. I de første fem analyser redegøres der for kendetegn ved det professionelle faglige skøn. I forlængelse heraf analyseres mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen. Med analysen af mulighedsbetingelser som afsæt søges det faglige skøn forstået i lyset af disse betingelser og muligheder i organisationen i den syvende og sidste tematiske analyse.

12.1 Undersøgelsens hovedresultater

Undersøgelsens hovedresultater kan sammenfattes i fire konklusioner på tværs af de syv tematiske analyser:

- Overordnet viser undersøgelsen, at jeg *har kunnet se det, som de professionelle ikke selv kan se eller ser*, når de træffer beslutninger og handler i praksis. Som en af informanterne udtrykte det: *'Skønnet, det er da bare noget man gør'*⁹⁹ - forstået på den

⁹⁸ I anvendelsen af de tre teoretikere anligger jeg et samhandlingsteoretisk perspektiv; et perspektiv, som jeg er bevidst om ikke alle de anvendte teoretikere selv indskrives sig i, men er udtryk for min egen måde at anvende disse på i denne undersøgelse.

⁹⁹ Dette citat stammer fra et interview af en af informanterne i *Sygedagpengeafdelingen*.

måde, at skønnen er et fænomen, man som professionel ikke er særlig bevidst om eller ekspliciterer særligt meget og tydeligt i den daglige praksis.

En belysning af det faglige skøn kan her medvirke til en større grad af åbenhed og bevidsthed og en mindre grad af upåagtethed i den måde, hvorpå professionelle udfolder faglige skøn og handler på i skønnen. Dermed kan der åbnes op for det *'sorte hul, den sorte boks'* og dermed den lukkede karakter, som det professionelle faglige skøn ser ud til at have i den faglige praksis. Ligeledes vil der hermed åbnes nye muligheder for at fremme en kompetence- og kvalitetsudvikling i praksis til gavn for borgerne.

- Udfoldelsen af det professionelle faglige skøn viser sig at være **stærkt indvævet i og præget af den kontekst og de mulighedsbetingelser** den enkelte afdeling og organisationen som helhed rummer. Denne kontekstuelle forbundenhed betyder, at skønnen har forskellige former og indhold i forskellige sammenhænge, og at man derfor kun kan forstå skønnen fuldt ud i dets konkrete kontekst.

Begrundet i den borgerservicerende organisations funktionelle differentiering og skønnets kontekstuelle forbundenhed er det derfor ikke muligt at tale om ét fagligt skøn som et entydigt fænomen. De grundlæggende kendetegn i det faglige skøn er i vidt omfang fælles på tværs af organisationsenhedernes funktionelle differentiering. Derimod vil skønnen blive indholdsfyldt forskelligt i den konkrete kontekst afhængigt af organisationens mulighedsbetingelser, herunder om der er tale om en myndighedsfunktion eller en udførerfunktion.

- Udfoldelse af det professionelle faglige skøn er, ud over forbundenheden til konteksten, **indvævet i og præget af den enkelte aktørs selvuddannelse, uddannelse og omdannelse**. Denne aktørmæssige forbundenhed betyder, at det faglige skøn vil have en vis personlig-faglig karakter inden for de mulighedsbetingelser og det handle- rum, som organisationen som socialt system åbner mulighed for. Dette øger behovet for åbenhed og fokus på det faglige skøn som fænomen og praksisform.
- Endelig viser undersøgelsen overordnet set, at udfoldelse af det professionelle faglige skøn, omend fænomenet er ret upåagtet, er en **kompliceret, omfattende og kræ- vende opgave med indgribende konsekvenser** for den enkelte borgers muligheder for at få støtte og hjælp til at komme sig i livet med en kræftsygdom.

Disse overordnede konklusioner har afsæt i undersøgelsens syv tematiske analyser og baserer sig på de delkonklusioner, der er beskrevet i forbindelse med de enkelte analyser. Set i lyset af de teoretiske perspektiver viser undersøgelsen, hvorledes den enkelte samhandlende aktør udfolder intersubjektive forståelser i hverdagens praksis med udfoldelse af faglige skøn. Forståelser der kun kan forstås i lyset af den kontekst, som de udfoldes i og er en integreret del af.

Her har min tilgang i form af konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fæno- menologi med Alfred Schutz' hverdagslivssociologi, Berger & Luckmanns vidensocio-

logi og Luhmanns systemteori været med til at belyse forskellige aspekter af kendetegn ved det professionelle faglige skøn som *forståelse* (mening), *viden* og *funktion*. Endelig har disse teoretiske perspektiver, især Luhmanns teori om funktionel differentiering, medvirket til en forståelse af skønnet som en lukning af en *ubestemthed i praksis* og et legaliseret element af dømmekraft i lyset af mulighedsbetingelser for udfoldelse af skønnet i organisationen.

Definition og idealtypisk model af hovedelementer i det faglige skøn

Overordnet set kan det professionelle faglige skøn ved vurdering af behov for en sundheds- og/eller socialfaglig indsats *bestemmes* (defineres) *på følgende måde*:

Det professionelle faglige skøn er en *særlig differentieret form for iagttagelse af borgerens situation og vanskeligheder* i hverdagslivet, udløst af et helbredsproblem og/eller en indgribende social begivenhed. I denne iagttagelse udfoldes en *bestemmende og reflekterende konstruktion* af borgerens behov for en faglig indsats. Skønnet genereres af kompetente *aktører* i samspil med og inden for rammerne af en *borgerservicerende organisation* (socialt system) gennem *intersubjektive relationer og kommunikationer, tænkning og beslutninger* (handling).

I denne definition består de *konstituerende elementer* i det faglige skøn i a) differentieret iagttagelse, b) borgerens situation og vanskeligheder, c) bestemmelse, d) refleksion, e) konstruktion, f) kompetente aktør, g) borgerservicerende organisation som socialt system, h) intersubjektive relationer og kommunikationer, i) tænkning og j) beslutninger.

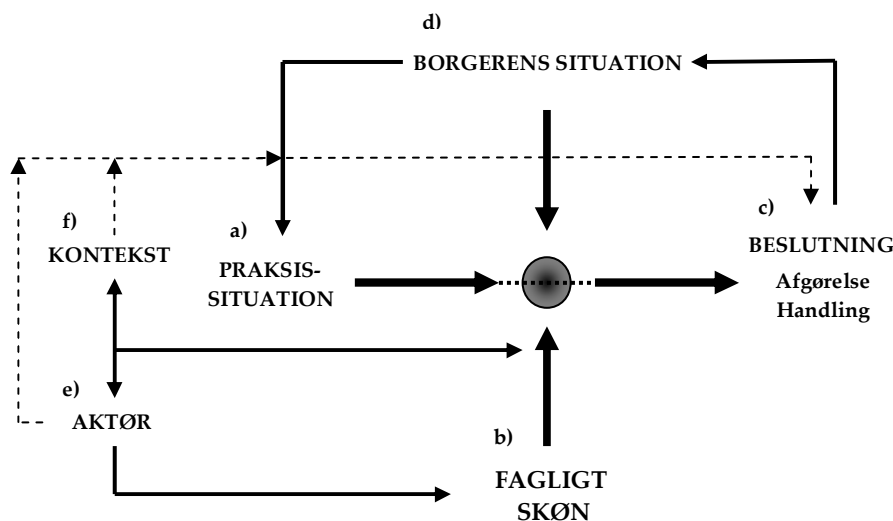
Grundlæggende handler udfoldelse af det professionelle faglige skøn om håndtering af situationer, hvor en aktør i en offentlig borgerservicerende organisation må løse en faglig *ubestemthed* i en borgers situation med gener (symptomer) og vanskeligheder i hverdagslivet begrundet i kræft som helbredsproblem og indgribende social begivenhed. Skønnet har til formål at nå frem til en *beslutning* om en *handling* i form af **1**) en *afgørelse om adgang* til (bevilling) en faglig indsats; **2**) en beslutning om gennemførelse af en *konkret faglig indsats*.

Ubestemtheden opstår i situationer, hvor en borger har fået en funktionsnedsættelse eller mistet grebet om tilværelsen som reaktion på eller konsekvenser af kræft og forløbet hermed. Ubestemtheden består her i, at der sammen med objektive tegn i vidt omfang er tale om individuelle og subjektive vanskeligheder i hverdagslivet, hvorom der ikke er et fuldstændigt informationsgrundlag om, og derfor ikke kan handles logisk rationelt over for disse. Den professionelle skal således her foretage et skøn af, om borgerens vanskeligheder har en karakter, et omfang og en så indgribende betydning i borgerens

helbred og hverdagsliv, at der skal/kan tilbydes en sundheds- og/eller socialfaglig indsats.

Ud fra undersøgelsens syv tematiske analyser og den ovenfor fremstillede definition af kendetegn ved det faglige skøn kan en idealtypisk model af det professionelle faglige skøns hovedelementer sammenfattes i en model, som illustreret i fig. 12.1 nedenfor. Modellens hovedelementer udgøres af **a)** den *praksissituation*, der danner afsæt for **b)** udfoldelse af et *fagligt skøn*, der videre leder frem til **c)** en *beslutning* med en forvaltningsmæssig (retlig) afgørelse eller konkrete (faktiske) handlinger i praksis. Såvel praksissituationen (a), som den beslutning (c), som et fagligt skøn (b) leder frem til tager begge afsæt i **d)** *borgerens*¹⁰⁰ *situation* og de vanskeligheder borgeren har som følge af kræft som helbredsproblem og indgribende sociale vanskeligheder.

Fig. 12.1: Det professionelle faglige skøns hovedelementer



Det faglige skøn udfoldes af **e)** en kompetent *aktør* som professionel medarbejder, der besidder kompetencer i form af *selvdannelse*, *uddannelse* og *omdannelse* i og inden for rammerne af **f)** den *kontekst* den offentlige borgerservicerende organisation udgør og de mulighedsbetingelser, der aktuelt er gældende her.

I det næste afsnit udfoldes en række aspekter i ovennævnte definition og model gennem undersøgelsens delkonklusioner.

¹⁰⁰ I denne fremstilling anvendes begrebet *borger* synonymt med patient eller andre betegnelser for de mennesker, der har brug for en sundheds- eller socialfaglig indsats fra en borgerservicerende organisation.

12.2 Delkonklusioner

I det følgende redegøres der for vigtige og interessante kendetegn ved det professionelle faglige skøn og forståelsen heraf, baseret på delkonklusioner i undersøgelsens syv tematiske analyser. Delkonklusionerne i de første fem tematiske analyser retter sig imod besvarelse af det første af mine to forskningsmæssige delspørgsmål om kendetegn ved det faglige skøn.

Mødet og samtalen mellem borgeren og de professionelle er analyseret ud fra Schutz' hverdagslivsteori og med inddragelse af Luhmanns meningsbegreb. I dette tema analyseres en lang række aspekter knyttet til den *sociale relation, oplysning af sagen og tidsperspektivet* i mødet og samtalen. Her viser det sig blandt de ovennævnte elementer, at *det første møde og borgerens selvfremsstilling* af sin situation og vanskeligheder udgør to meget centrale aspekter i det faglige skøn. Aspekter der ser ud til at få afgørende betydning for vurderingen af borgerens situation og vanskeligheder, især i forhold til at få adgang til hjælp fra den borgerservicerende organisation. Analysen viser endvidere hvorledes mødet og samtalen med borgeren kommer i spil og udfolder sig som en for de professionelle vigtig og *naturlig* måde at møde borgeren på og få belyst eller oplyst borgerens situation og vanskeligheder på. I mødet og samtalen er borgeren derimod den fremmede. Et møde, hvor den professionelle common sense-tænkning og intersubjektivitet har forrang frem for en institutionaliserende retsanvendelse.

Anvendelsen af ret og retssikkerhed er analyseret ud fra et perspektiv på retsanvendelse som en måde, hvorpå professionelle typificerer og institutionaliserer forståelser og handlinger på i hverdagens praksis. Analysen viser her, at der i afdelinger med myndighedsfunktion foregår en betydelig grad af typificering og institutionalisering af udfoldelsen af skønsmæssige vurderinger af behov for rehabilitering. Denne typificering og institutionalisering træder tydeligt frem og virker stærkere jo mere detaljeret de retlige bestemmelser normerer betingelserne for adgangen til og indholdet af en rehabiliterende indsats. Dermed må intersubjektive forståelser og fortolkninger i situationen, som jeg har analyseret disse i mødet og samtalen med borgeren, vige til fordel for anvendelsen af ret og andre systemhensyn. I afdelinger med udførerfunktioner har typificeringer og institutionaliseringer en anden karakter. Her har en mere åben sundhedsfaglig eller fag-faglig form gennem anvendelse af evidensbaseret viden og anerkendte faglige standarder forrang frem for retlige bestemmelser.

Analysen afsluttes med en diskussion af, om udvikling af en højere grad af *indre procedural retssikkerhed* i organisations forvaltningsvirksomhed er et ideal eller en reel mulighed? Med andre ord vil det være muligt inden for eller med ændringer af de bestående retlige bestemmelser at styrke sikringen af borgernes retssikkerhed i situationer, hvor forvaltningsmæssige afgørelser i vidt omfang træffes på baggrund af faglige skøn udfoldet af frontlinjemedarbejdere i en borgerservicerende organisation.

Det faglige skøn som institutionel klassifikationsproces er analyseret i forhold til de professionelle opfattelse af behov og rehabilitering som indsatsform samt muligheds-

betingelser for skønnet i form af magt, styringshensyn og opgaven som 'portvagt' i organisationen. Analysen viser, at de professionelle opfattelse af behov og rehabilitering er meget forskellig, ikke mindst mellem professionelle i myndigheds- og udførerfunktioner. Den måde, som de professionelle taler om behov på i de fire afdelinger, viser spredte indikationer af inddragelse af behov som en kombination af et *atomistisk og helhedsorienteret perspektiv*. Der er endvidere tale om inddragelse af et overvejende *naturalistisk og relationistisk perspektiv*, med fokus på menneskets biologiske behov for overlevelse og menneskets relationer især i familien og i forhold til en tilknytning til arbejdsmarkedet.

I udfoldelsen af det professionelle faglige skøn ser der ud til at træde magt frem forskellige steder: i *mulighedsbetingelser* i organisationen, i organisationens *omdannelse* af den professionelle som en del af dannelsen af det faglige skøn som kompetence, i *mødet og samtalen med borgeren* og i forhold til *anvendelsen af ret og sikring af borgerens retssikkerhed*. Analysen af anvendelse af programmer som styringsredskab i behovsvurderingen tyder på, at jo 'mere *institutionaliseret myndighed*' organisationen er og udfolder gennem detaljerede styringsredskaber, jo mere vil udfoldelsen af det professionelle faglige skøn blive præget af et systemperspektiv frem for et aktør-/livsverdensperspektiv.

Som portvagt må den professionelle evne både at kommunikere og træffe rigtige beslutninger, i nogle tilfælde ud fra uklare rammer for beslutningen. Det kommunikative og de relationelle aspekter ved arbejdet kræver her engagement og anerkendelse fra den professionelle i mødet og samtalen med borgeren. Som myndighedsudøver er opgaven på den anden side at fordele offentlige ressourcer på en retfærdig måde, hvorfor den professionelle må optræde neutral og ligebehandlende i forhold til personlige opfattelser og værdier. Opgaven kræver med andre ord både nærhed, deltagelse og distance i forhold til borgeren og dennes situation.

Refleksions- og beslutningsprocesser i det faglige skøn finder sted på måder, hvis omfang og kompleksitet i høj grad bestemmes af karakteren af den situation, som den enkelte borger aktuelt befinder sig i. Med afsæt i analyser af empiri er der identificeret en række kendetegn ved de professionelle måder at reflektere og træffe beslutninger på ved vurderinger af en borgers behov for rehabilitering. Ud fra disse analyser er der formuleret en idealtypisk model af det faglige skøn som refleksions- og beslutningsproces bestående af former for *praksissituationer*, over for hvilke der finder en *refleksionsproces* sted som afsæt for en *beslutning* i form af former for forvaltningsmæssige afgørelser eller beslutninger knyttet til den konkrete rehabiliterende indsats i praksis.

Praksissituationerne er kendetegnet ved at have karakter af 1) *rutineprægede situationer*, 2) *regelprægede situationer*, 3) *kundskabsbaserede situationer* med reflekteret handling og 4) *formålsprægede situationer*. Selve refleksionsprocessen rummer fem trin: 1) en *bestemmelse* eller samling af informationer (data) til belysning af borgerens situation og vanskeligheder, hvorefter der udfoldes 2) en *refleksionsproces*, gennem hvilken de genererede informationer om borgerens situation analyseres nærmere. Resultatet af analyseprocessen

udmønter sig i 3) en *konstruktionsproces*, hvor borgeres problemer eller vanskeligheder klassificeres inden for rammerne af organisationens betingelser og handlemuligheder for rehabilitering. Processen afsluttes med 4) en *beslutningsproces* med valg af handling koblet til organisationens retlige og/eller faktiske forvaltningsvirksomhed. Hertil kommer 5) refleksioner som *reflekterende praktiker* i forhold til egen praksis. Beslutningsprocessen kobles til de nævnte fire typer af praksissituationer og består i 1) *rutineprægede handlinger*, 2) *regelprægede handlinger*, 3) *individualiserede handlinger* og 4) *formålsprægede handlinger*. Såvel praksissituationer som beslutnings- eller handlingsformer vil i mange situationer kunne optræde i blandingsformer, hvorfor disse skal ses som idealtyper i den fremstillede model.

Det faglige skøns dannelse som kompetence er analyseret med afsæt i teoretiske perspektiver på læring og refleksion i udviklingen af vurderingskompetencer og den måde professionelle i fire organisatoriske enheder italesætter dannelsen af det faglige skøn. Analysen peger på, at dannelsen af *det professionelle faglige skøn* sker som en udvikling af former for faglig kompetencer, der bygger på en kombination af den professionelle aktørs personlig *selvdannelse* som menneske med erfaringer fra eget liv, professionsfaglige *uddannelse* og erfaringsbaserede *omdannelse*.

Her udgør den erfaringsbaserede *omdannelse* den dominerende dannelsesform inden for den borgerservicerende organisations mulighedsbetingelser; mulighedsbetingelser, der vil kunne betragtes i perspektiv af organisationens *systemdannelse*. Den erfaringsbaserede *omdannelse* omfatter en proces, hvor den enkelte aktør på den ene side har et vist personligt og individuelt fortolknings- og handlerum, på den anden side bliver programmeret (styret, tvunget) til at følge organisationens relevansstrukturer og forventninger om udfoldelse af bestemte roller og praksisformer.

I besvarelsen af undersøgelsens andet delspørgsmål om forståelsen af det faglige skøn indgår de to sidste af de i alt syv tematiske analyser.

Organisationens mulighedsbetingelser for udfoldelse af det faglige skøn er analyseret gennem en række omfattende delanalyser, der redegør for konteksten og de professionelle daglige praksis med samtaler med borgere, interne møder og dokumentation af faglige skøn i journaler. Analysen viser for det første, at borgerservicerende organisationer kommunikerer, handler og beslutter som *funktionelt differentierede organisationssystemer*. For det andet, at borgerservicerende organisationer rummer *meget forskellige mulighedsbetingelser* for udfoldelse af det professionelle faglige skøn. Forskelle, der viser sig i de enkelte afdelingers måder at træffe beslutninger på, iagttage borgeren på samt regler for organisationens måde at fastlægge sin funktion på. Her viser det sig, at afdelinger med myndighedsfunktion er domineret af beslutninger præget af omfattende programmering med retsanvendelse og standardiseringer rettet mod kontrol og tilpasning. I afdelinger med udførerfunktion domineres mulighedsbetingelserne af beslutninger præ-

get af meget lille grad af programmering med fravær af retsanvendelse og standardiseringer, hvorved fokus i højere grad rettes mod 'det gode hverdagsliv'.

Mulighedsbetingelserne er meget afgørende for den måde, hvorpå professionelle kan udfolde faglige skøn på. En måde, hvor formen og indholdet i skønnet konstitueres i et samspil mellem den enkelte aktør i dennes relationelle samspil med andre aktører i organisationen. Mulighedsbetingelserne i den enkelte organisation kommer på den måde til at øve væsentlig indflydelse på den enkelte aktørs mulighed, for at realisere en Aristotelisk 'praktisk *fornuft i situationen*' som udtryk for god dømmekraft.

Organisationens mulighedsbetingelser sætter således en ramme for de professionelle muligheder for at handle individuelt og fleksibelt ud fra en forståelse af det almene og fornuftige i situationen. Med snævre mulighedsbetingelser kan såvel den professionelle som den enkelte borgeres oplevelse af *anerkendelse* og *retfærdighed* komme til at vige til fordel for systemets krav om overholdelse af procedurer, regler og standardiserende forsøg på at skabe enshed i forhold til noget, der grundlæggende er uens.

Forståelsen af det faglige skøn i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen er dels analyseret i et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv, dels i lyset af undersøgelsens teoretiske perspektiv på dømmekraftsbegrebet. Analysen baserer sig på dominerende empiriske kategorier af forståelser i det faglige skøn, der typificeres og udfoldes empirisk. I forlængelse heraf foretages der en komparativ analyse, baseret på de genererede meningskategorier. En komparation, der søger at placere hver af de fire afdelinger og aktører på et kontinuum mellem et aktør-/livsverdensperspektiv og et struktur-/systemperspektiv. Den tematiske analyse afsluttes med en analyse af det faglige skøns placering i forhold til dømmekraft som fænomen og begreb og udfoldelsen heraf i lyset af analysen af mulighedsbetingelser for skønnet i organisationen.

Den komparative analyse viser, at udfoldelsen af faglige skøn hos forløbskoordinatoren og fysioterapeuter i *Rehabiliteringsenheden* og hjemmesygeplejersken i *Hjemmesygeplejen* er domineret af et aktør-/livsverdensperspektiv. Visitorer i *Visitationen* og især sagsbehandlere i *Sygedagpengeafdelingen* udfolder skøn domineret af et system-/strukturperspektiv.

Ud fra min komparative analyse tegner der sig et billede af perspektiver i de professionelle udfoldelse af det faglige skøn, der indikerer, at en placering mellem et aktørperspektiv og et systemperspektiv især konstitueres af graden af *standardisering*, *retliggørelse* og *programmering* af skønnet, formidlet via retlige og politisk-administrative bestemmelser og normer. Med andre ord, jo mere standardiseret, retliggjort og programmeret det faglige skøn er, jo mere vil udfoldelsen af det faglige skøn blive præget af et systemperspektiv med forrang for økonomiske og politisk-administrative værdier frem for etiske og sundheds- og socialfaglige værdier. Omvendt vil et åbent, individuelt og fag-fagligt skøn med et åbent og bredt borgerperspektiv kunne give forrang for et aktør-/livsverdensperspektiv i udfoldelsen af faglige skøn. Konsekvensen af ovennævnte tilgange ser ud til at være, at jo mere organisationen er domineret af et systemperspektiv,

jo vanskeligere har organisationen ved at rumme borgerens individuelle og komplekse senfølger og vanskeligheder i hverdagslivet i et forløb med kræft.

Disse kendetegn ved de professionelles udfoldelse af faglige skøn kan kun forstås i lyset af de mulighedsbetingelser, der er for de professionelle i den kontekst eller organisatoriske sammenhæng, hvori skønnet udfoldes i hverdagens praksis. Her spiller to elementer en afgørende rolle for konstitueringen af det faglige skøns indhold og form: **1)** organisationens funktionelle differentiering og **2)** krav om anvendelse af ret og politisk-administrative normer. Dermed er det *ikke muligt at tale om ét fagligt skøn som en entydig enhed og fænomen*. I stedet vil der være tale om flere forskellige faglige skøn, der for det første **1)** i sin grundstruktur er kendetegnet ved en række fælles elementer og kendetegn, for det andet **2)** indholdsfyldes forskelligt ud fra de mulighedsbetingelser, der konkret gør sig gældende i konteksten eller den enkelte organisatoriske enhed. Denne forskel gør sig også gældende for en række af det faglige skøns grundlæggende elementer kendetegn, der hermed får forskelligt indhold og betydning i den enkelte afdeling.

Denne tematiske analyse afsluttes med en analyse, der søger at placere det faglige skøn i forhold til dømmekraft som fænomen og begreb og her betragte udfoldelsen af dømmekraft i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen. I forhold til udfoldelse af dømmekraft drives det faglige skøn af et *legaliseret* (retligt) *funderet krav til forvaltningsmæssige beslutninger*, dels af en fordring og nødvendighed om at kunne *lukke en ubestemthed i praksis*, hvor en handling i situationen ikke umiddelbart er givet og kan basere sig på et fuldstændigt informations- og vurderingsgrundlag. I udfoldelsen af det konkrete skøn vil den professionelle aktør, afhængigt af de tilstedeværende mulighedsbetingelser, kunne fremme en solidarisk, anerkendende og retfærdighedspræget tilgang ved vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb.

12.3 Konkluderende bemærkninger og perspektiver

Med afsæt i det stigende antal mennesker der får og lever længere med kræft og har behov for rehabilitering for at mestre og reetablere et hverdagsliv med/efter en kræftsygdom er det nødvendigt at forholde sig til udviklingen af de professionelle aktørers og de borgerservicerende organisationers udfoldelse af skønsmæssige vurderinger.

Der er i dag stigende fokus på rehabilitering som en indsatsform eller teknologi, der gennem en mere aktiverende og medinddragende tilgang søger at genoprette eller finde måder at håndtere helbredsrelaterede og socialt udløste funktionsevnededsættelser på i hverdagslivet; det gælder også inden for kræftområdet. Det er imidlertid evidens for, at ikke alle borgere med kræft har behov for støtte og hjælp til rehabilitering. Der er herfor brug for at videreudvikle de professionelles og organisationernes/institutionernes vurderingsarbejde med udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn. Denne undersøgelse har vist, at der er mange strukturer og mekanismer, der virker ind på og har conse-

kvenser *i* og *for* udfoldelsen af faglige skøn i vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i et kræftforløb. Med den funktionelle differentiering af velfærdssamfundets organisationer/institutioner vil der her være behov for at udvikle rehabiliteringspraksis således, at indsatsen i højere grad koordineres og opleves sammenhængende af borgeren. Dette fordrer dels en større grad af bevidsthed i praksis om rehabiliteringstænkningens og indsatsformens potentialer¹⁰¹ til at forbedre borgerens funktionsevne, dels fordrer det reduktion af de barrierer, som lovgivningen medfører for at etablere et reelt og smidigt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

I min undersøgelse og typificering af det professionelle faglige skøn har jeg haft fokus på borgere med kræft, og vurderinger af borgerens behov for rehabilitering i fire afdelinger i Randers Kommune som borgerservicerende organisation. Med de foreliggende resultater af undersøgelsen antager jeg, at kendetegn *i* og *af* det professionelle faglige skøn i vidt omfang kan overføres til og anvendes i mange andre former for situationer med faglige vurderinger af behov støtte og hjælp på sundheds- og socialområdet, fx i pleje- og omsorgsarbejde, på hjerneskadeområdet og i familie-socialt arbejde. Derimod kan resultaterne ikke umiddelbart overføres til andre former for faglige beslutningsprocesser, fx en beslutning om valg mellem forskellige konkrete træningsteknikker eller forskellige sårplejeprodukter.

I min tematiske analyse af *forståelsen af det faglige skøn* i lyset af mulighedsbetingelser i organisationen (kap. 11) peger jeg på, at der ser ud til at være en dominans af et systemperspektiv i afdelinger med myndighedsfunktion, genereret af en standardiserende anvendelse af ret kvalitetsstandarder og metodeprægede programmer. På udførerområdet er et aktørperspektiv med et mere åbent, frit og fag-fagligt funderet skøn dominerende. Begge perspektiver har styrker og svagheder, hvorfor et ensidigt valg af det ene perspektiv frem for det andet ikke ubetinget vil være til fordel og gavne de borgere, hvis behov for hjælp skal vurderes. Der er imidlertid behov for at vurdere, hvornår og i hvilket omfang der er behov for på den ene side at udfolde et åbent, mere frit og fag-fagligt funderet skøn; på den anden side at anvende guidende (standardiserede) programmer med mulighed for en reel dialog med borgeren og plads til dennes individuelle vanskeligheder i behovsvurderingen. Udfordringen her er at sikre at borgerens behovsvurdering hverken domineres ensidigt af den enkelte professionelles personlig-faglige (normative) dømmekraft *eller* af organisationens styring af udfoldelsen af dømmekraft og faglige skøn gennem standardiserende og programmerende mulighedsbetingelser.

Set i lyset af den vægt, der fra politisk, administrativ og faglig side tillægges en sikring af borgernes retssikkerhed stiller jeg endvidere spørgsmålstegn ved, om der er en tilstrækkelig retssikkerhed knyttet til vurderingen og udfoldelsen af det faglige skøn? Det

¹⁰¹ Her kan indførelsen af 'Hverdagsrehabilitering' som en ny tilgang til borgerne i *Visitationsheden* være med til at fremme implementeringen af rehabiliteringstænkningen på hele det sundhedsfaglige område.

gør jeg i lyset af min tematiske analyse i kap. 6, hvor jeg argumenterer for at styrke *den indre procedurale retssikkerhed* i den måde de retlige bestemmelser anvendes på i praksis.

Denne indre procedurale retssikkerhed får, sammen med balancen mellem et aktør- og et systemperspektiv, som jeg har berørt ovenfor, betydning på mindst to punkter: For det første er der indikationer af, at 'fremtidens borgere' i langt højere grad vil være kritiske og krævende over for velfærdssamfundets institutioner og her kræve service og valgmuligheder som modydelse for at 'betale skat med glæde'. Med andre ord kunder i politikken som forbrugeriske borgere (Andersen m.fl. 2011), der også vil forlange at få klare begrundelser for evt. afslag på efterspurgte (ansøgte) serviceydelser. For det andet er der behov for at indrette og håndtere tilgangen til borgere med begrænsede ressourcer¹⁰² til fx at reflektere over og forvalte eget sygdoms- og rehabiliteringsforløb, hvis den sociale ulighed i sundhed, herunder rehabilitering i et kræftforløb, skal brydes i velfærdssamfundets institutioner. Her fordres der i særlig grad en ikke-standardiserende, åben og dialogpræget tilgang til borgerens situation, vanskeligheder i hverdagslivet med kræft samt motivation og handlemuligheder i den forandringsproces et rehabiliteringsforløb rummer.

Betydningen af åbenhed i den måde, hvorpå der træffes afgørelser om adgang til velfærdssamfundets ydelser, såvel på det sociale område som på sundhedsområdet, er sidst kommet frem i en antologi fra Etisk Råd. Heri diskuteres nogle af de udfordringer sundhedsvæsenet står over for, når der skal prioriteres, fx i forhold til beslutninger om at igangsætte eller afstå fra behandling af en kræftpatient med meget dyr medicin ud fra såvel faglige og økonomiske overvejelser. Nogle af de spørgsmål, der rejses her handler om:

- *"Er der en grænse for, hvor mange ressourcer der bør anvendes på at redde én patients liv?"*
- *Hvem skal i givet fald træffe beslutningen om at undlade at behandle en patient med et givent præparat, fordi det er for dyrt?"*
- *Hvilke værdier bør ligge til grund for eventuelle prioriteringer på dette område?"*
- *Skal patientens forventede livskvalitet indgå i vurderingerne?"*
- *Skal patienten selv inddrages i beslutningerne?"*
- *Er det acceptabelt, hvis der ikke er en fælles praksis angående brugen af dyr medicin i de forskellige regioner?"* (Etisk Råd, 2013:47).

Alle spørgsmål, der i meget høj grad vil involvere et professionelt fagligt skøn med kendetegn, der er beskrevet i denne undersøgelse.

Der bør endvidere tilstræbes etableret nogle institutionelle ordninger, der kan bidrage til udvikling af de professionelle kompetencer til udøvelse af skøn, herunder anvendelse af retlige bestemmelser, større åbenhed om skønsudøvelsen i organisationen og en

¹⁰² Nogle af de determinanter, der medvirker til at øge uligheden bl.a. i adgangen til og udbyttet af rehabilitering er ingen eller lav uddannelse, dårlig økonomi og manglende eller lille socialt netværk (ingen at tale med om egne problemer). Disse og andre determinanter framgår af rapporten *Ulighed i sundhed* (Sundhedsstyrelsen, 2011).

evalueringskultur, hvor udøvelse af skøn undersøges på lige fod med effekter af andre former for professionelle indsatser.

Undersøgelsen placerer sig med sin empiriske og teoretiske tilgang i krydsfeltet mellem sundheds- og socialfagligt arbejde i perspektiv af borgere med kræft og behov for kommunal forankret rehabilitering. Med mit valg af udgangspunkt i et aktørperspektiv forstået i lyset af organisationens mulighedsbetingelser placerer undersøgelsen sig også i det felt, der beskæftiger sig med professionsforståelse.

Der er ikke i undersøgelsen udfoldet analyser af, hvorledes rehabilitering placerer sig i krydsfeltet mellem sundhedsarbejde og socialt arbejde. Undersøgelsen analyserer heller ikke, hvorledes skønnets betingelser kan forstås i socialt arbejde eller sundhedsarbejde hos borgere med kræft. Spørgsmål, der kunne have været relevante at inddrage i en undersøgelse som denne. Det, der har været undersøgelsens helt centrale sigte, har derimod været på empirisk grundlag at undersøge *hvad der kendetegner professionelles fag skøn som fænomen og handling* ved vurderinger af en borgers behov for rehabilitering i et kræftforløb.

Med undersøgelsens resultater, som de foreligger her, kan det efterfølgende være både interessant og relevant at besvar de ovenfor rejste spørgsmål, ligesom der er behov for yderligere forskning på det felt, som undersøgelsen beskæftiger sig med.

Behov for yderligere forskning

Igennem denne afhandling er det for første gang undersøgt, hvorledes det faglige skøn kan kendetegnes og forstås set i forhold til professionelles udfoldelse heraf inden for rehabilitering i almindelighed og kræftområdet i særdeleshed. Set i forhold til afhandlingens resultater vil hvert af de syv temaområder kunne danne udgangspunkt for nye og selvstændige forskningsinitiativer.

Yderligere forskning *i og om* det professionelle faglige skøn bør fremover rettes mod:

- *borgerens oplevelser* af de professionelles udfoldelse af dømmekraft og faglige skøn i vurderingsprocessen og behovsprøvningen ved bevilling af adgang til hjælp
- *udfoldelse af faglige skøn i det sundheds- og socialfaglige arbejde i videre betydning* - ikke alene rehabiliteringsområdet, som har udgjort forskningsfeltet i denne undersøgelse
- inddragelse af *andre grupper af borgere* med behov for sundheds- og socialfaglige indsatser fra borgerservicerende organisationer, fx borgere med hjerte- og lungesygdom, psykiske lidelser, hjerneskader, alkoholproblemer, funktionelle lidelser mv.
- *udvikling og anvendelse af dialog- og vurderingsredskaber*, der har individualiseringens potentialer og standardiseringens guidene og kvalitetssikrende muligheder
- *udvikling af frontlinjemedarbejdernes vurderingskompetencer* i forskellige former for borgerservicerende organisationer

- *organisering* af behovsvurderinger på tværs af fagområder og sektorer.

Her mener jeg, at denne afhandling bidrager med en række resultater, der kan benyttes som afsæt for ny forskning om det faglige skøn på ovennævnte områder.

Den undersøgelse har endvidere bidraget med en stemme i en videnskabelig verden, der kæmper en anerkendelseskamp om definitioner af videnskabelighed og videnskabelige paradigmer, ikke mindst inden for rehabiliteringsområdet, der i høj grad er præget af evidenstagning (Nielsen m.fl. i; Hjortbak, 2011:185-200). Et bidrag, hvor jeg har søgt at gennemføre og redegøre for et systematisk, transparent og empirisk/teoretisk funderet kvalitativt studie.

Uanset, om der er tale om sundheds- eller socialfagligt arbejde - eller rehabilitering, må professionelle og organisationer/institutioner tage deres udgangspunkt i en bestemmelse af borgerens/patientens gener (symptomer/objektive fund) og vanskeligheder i hverdagslivet for derigennem at kunne bevilge og fastlægge hjælpens form, indhold og omfang. Her kan nye undersøgelser bidrage med ny empirisk og kvalitativt funderet viden om elementer i det faglige skøn i behovsbestemmelsen. Denne form for viden rummer en evidens, der er meget betydningsfuld for en fortsat tillid til og udvikling af de professionelles kompetencer og velfærdssamfundets institutioner.

Resume

Titlen for denne ph.d.-afhandling er:

Det professionelle faglige skøn - en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunalt forankret rehabilitering ved kræft.

Fokus for undersøgelsen har været at søge indblik i professionelles udfoldelse det faglige skøn som en legaliseret forvaltningsmæssig opgave, dels som en måde at lukke en ubestemthed på i den sundheds- og socialfaglige praksis med vurderinger af borgeres behov for kommunalt forankret rehabilitering i et kræftforløb.

Baggrunden for undersøgelsen er en stigende interesse blandt borgere, politikere, ledere og professionelle frontlinjemedarbejdere over for den behovsprøvning eller vurdering af behov for rehabilitering hos borgere med kræft. En interesse, der aktuelt har udmøntet sig i et politisk vedtaget krav om, at alle borgere med kræft skal have tilbud om vurdering af behov for rehabilitering undervejs i behandlings- og efterforløbet. Her spiller skønsmæssige vurderinger en afgørende rolle for borgerens adgang til og kvaliteten af en individualiseret og målrettet rehabiliteringsindsats.

På trods af skønnets fremtrædende placering i sundheds- og socialfagligt arbejde er der et bemærkelsesværdigt fravær af sammenhængende og empirisk funderede undersøgelser af det professionelle faglige skøns kendetegn og kontekstuelle forbundenhed. Det er dette fravær denne undersøgelse søger at yde et bidrag til at forbedre; at trække skønnet frem i lyset, så det ikke forbliver 'lukket inde i en sort boks' eller som en metafor 'forsvinder ind i sorte huller i faglige praksis'.

Undersøgelsens metodologiske design består i et casestudie i fire afdelinger på sundheds- og socialområdet i Randers Kommune. Fire afdelinger, der repræsenterer de områder af kommunen, som en borger i et kræftforløb typisk kommer i kontakt med. Teoretisk er undersøgelsen funderet i konstruktivistisk interaktionisme og hermeneutisk fænomenologi med et samhandlingsteoretisk aktør-/livsverdensperspektiv som udgangspunkt sammen med et struktur-/systemperspektiv i forståelsen af skønnets kontekstuelle forbundenhed og mulighedsbetingelser. Undersøgelsen trækker på teoretikere som Alfred Schutz, Berger & Luckmann samt Niklas Luhmann. Ud over disse generelle deskriptive teorier inddrages en lang række substantielle teorier, specifikke for fokusområder i de enkelte tematiske analyser.

Generering af undersøgelsens empiriske datamateriale er sket gennem en sekventiel og trianguleret proces med deltagende observation, dokumentindsamling, en audit-inspireret proces ifa. en case note review-proces samt interview af grupper og enkeltpersoner.

Analysen af empirien er foregået adaptivt med løbende inddragelse af teori i samspil med undersøgelsens empiri, inspireret af Derek Layders adaptive teori og metode.

Undersøgelsens resultater er generet gennem i syv tematiske analyser omhandlende:

- *mødet og samtalen* med borgeren (kap. 5)
- *retsansvarelse og retssikkerhed* i det faglige skøn (kap. 6)
- det faglige skøn som *institutionel klassifikationsproces* (kap. 7)
- det faglige skøn som *refleksions- og beslutningsproces* (kap. 8)
- det faglige skøns *dannelse* som kompetence (kap. 9)
- *mulighedsbetingelser* for udfoldelse af det faglige skøn i organisationen (kap. 10)
- *forståelse af skønnet* i lyset af mulighedsbetingelser (kap.11).

Analysen af de syv tematiske områder har hver især og sammen belyst undersøgelsens forskningsspørgsmål, der handler om *kendetegn ved det professionelle faglige skøn* (kap. 5-9) og *forståelse af skønnet i lyset af konteksten og mulighedsbetingelser* for udfoldelse af skønnet i organisationen (kap. 10-11).

Overordnet set viser denne undersøgelse, at *jeg har kunnet se det, som de professionelle ikke selv kan se eller ser*, når de træffer beslutninger og handler i praksis. Det viser sig her, at skønnet er *stærkt indvævet i og præget af den kontekst og de mulighedsbetingelser* den enkelte afdeling og organisationen som helhed rummer. Denne kontekstuelle forbundenhed betyder, at skønnet har forskellige former og indhold i forskellige organisatoriske sammenhænge, hvorfor skønnet kun kan forstås fuldt ud i dets konkrete kontekst. Ud over denne kontekstuelle forbundenhed af skønnet er skønnet *indvævet i og præget af den enkelte aktørs selvdannelse, uddannelse og omdannelse* inden for organisationens *systemdannelse og mulighedsbetingelser*. Endelig viser undersøgelsen, at skønnet, omend fænomenet er ret upåagtet, er en *kompliceret, omfattende og krævende opgave* med *indgribende konsekvenser* for den enkelte borgers muligheder for at få adgang til støtte og hjælp til *at komme sig i livet* med en kræftsygdom.

Summary

The professional discretion - a study of professional's discretion in assessing the need for community based rehabilitation of people diagnosed with cancer.

The focus of this study is to attain knowledge as to how professionals perform their professional discretion, partly as a legalized task, partly as a way to close an uncertainty in their professional practice in the health as well as the social sector, when trying to assess the need for Community Based Rehabilitation (CBR) of individuals with cancer.

One main reason for this survey is an increasing interest among citizens, politicians, leaders and professional frontline employees to the needs test or assessment of the need for rehabilitation of individuals with cancer. An interest that recently resulted in a political adopted requirement that all citizens with cancer will be offered assessment of need for rehabilitation during and after treatment. Discretionary judgment, as in virtually all sorts of health and social professional work, plays a central and decisive role for the individuals access to and the quality of individualized and targeted rehabilitation services.

Despite the prominent role of professional discretion in health and social work, there is a remarkable absence of coherent and empirically based accounts or determination of the structure, content and formation of the professional discretion. This study will seek to provide a modest contribution and improvement to this absence and lack of research; the study will try to cast light on professional discretion as an area of research so the area does not disappear into black holes in professional practices.

The methodological design of this survey consists of a case study in four departments of health and social service in the municipality of Randers. Four departments that represent the domains of the municipality, typically in contact with citizens diagnosed with cancer in a treatment and rehabilitation process. Theoretically, this survey is founded on a constructivist interactionistic and hermeneutic phenomenology involving theories of co-action as well as a system perspective in the understanding of the contextual influence and possibilities of discretion. The survey draws on theories by Alfred Schutz, Berger & Luckmann as well as Niklas Luhmann. Besides these general and descriptive theories I include a number of substantive theories, specifically chosen according to the area in focus, related to the thematic analyses. I have generated my empirical data material through sequential and triangulated sequences of participant observation, document collection, and an audit-inspired process as a case note review process and individual as well as group interviews. I have carried out adaptive analyses including theory related to data inspired by Derek Layders adaptive and functional theory and methodology.

Survey results are generated by seven thematic analyses including:

- meeting and conversation with the citizen (chapter 5)
- legislation and legal certainty in the professional discretion (chapter 6)
- the professional discretion as an institutional classification process (chapter 7)
- the professional discretion as process of reflection and decision making (chapter 8)
- formation of professional discretion as a competence (chapter 9)
- organizational conditions of possibility for development of the professional judgment (chapter 10)
- understanding professional discretion in the light of conditions of possibility (chapter 11)

Analyses of each of the seven thematic areas have highlighted key elements related to scientific question of aspects of professional discretion (chapters 5 to 9) and understanding of professional discretion in the light of contextual factors and conditions of possibility (chapters 10 and 11).

One over all result of this study indicates that I have been able to see what the professionals do not realize or see when they make decisions and act in practice. The study shows that the unfolding of professional discretion is strongly interwoven in and influenced by the context and the conditions of possibility defined by the department and the organization as a whole. The contextual connectedness indicates that discretion has different forms and content in different contexts and therefore it can only be understood fully in a specific well defined context. In addition to contextual influences, the individual professionals unfolding of professional discretion is also woven into and influenced by the individual professionals education, training and transformation within system formation of the local organization. Finally, the survey indicates that the unfolding of the professional discretion, even if the phenomenon is quite disregarded is a complex, comprehensive and demanding task of vital importance and consequences for the individuals opportunity to get support and assistance 'to recover in life' and live with cancer.

Referencer

- Abbot, A.** (1988): *The System of Professions. An essay om the Division of Expert Labor*. Chicago University Press, Chicago 1998
- Alminde, Rikke m.fl.** (2008): *Social analyse og handling. Et refleksionsredskab i socialt arbejde*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2008
- Alvesson, Mats & Kaj Sköldbberg** (2009): *Reflexive Methodology. New Visitas for Qualitative Research*. Sekond Edition. SAGE Publicacion Ltd.
- Alvsvåg i; Alvsvåg, Herdis & Odvar Førland, red.** (2007): *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. 1. udg., 1. opl.; Agribe, Oslo 2007
- Ammentorp, Jette & Dorte Rørmann** 2008: *Audit i sundhedsvæsnets - en håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis*. Books on Demand GmbH, København 2008
- Andersen, Heine red.** (1998): *Sociologi - en grundbog til et fag*. 2. rev. udg., 4. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 1998
- Andersen, Heine, Thomas Brante og Olav Korsnes, red.** (1998): *Leksikon i sociologi*. Akademisk Forlag, København 1998
- Andersen, Ib** (1999): *Den skinbarlige virkelighed - om valg af smfundsvidenskabelig metoder*. 1. udg., 3. opl.; Samfundslitteratur, Frederiksberg 1999
- Andersen, Heine & Lars Bo Kaspersen, red.** (2001): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. udg., 2. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2001
- Andersen, Johannes, Sanne Lund Clement & Niels Nørgaard Kristensen** (2011): *Kunder i politikken: på sporret af den forbrugerske medborger*. Forlaget Hovedland, Gjern 2011
- Andersen, Niels Åkerstrøm** (1999): *Diskursive analysestrategier*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København 1999
- Andersen, Niels Åkerstrøm & Asmund W. Born** (2002): *Kærlighed og omstilling. Italesættelsen af den offentlige ansatte*. 4. opl., Nyt fra Samfundsvidenskaberne, Frederiksberg 2002
- Andersen, Niels Åkerstrøm** (2003): *Borgerens kontraktliggørelse*. Hans Reitzels Forlag, København 2003
- Andersen, Jon** (2006): *Socialforvaltningsret*. 2. udg., 1. opl.; Nyt Juridisk Forlag, København 2006
- Ankestyrelsen** (2001): *Principafgørelse om hjælp til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet - rengøring - rask ægtefælle - generelle serviceniveau*. Nr. C-62-01, j. nr. 350126-01; Udsendt 01.12.2001
- Ankestyrelsen** (2011): *At skrive en afgørelse*. Ankestyrelsen, September 2011

- Aristoteles** (1995): *The Nicomachean ethics*. Ved H. Rackham) Revised edition. Harvard University Press 1995
- Aristoteles** (1992): *The Politics*. Translated by T.A. Sinclair, rev. and represented by Trevor J. Saunders, Penguin, 1992
- Aristoteles** (2000): *Etikken*. Oversat og udgivet af Søren Porsborg. Det lille forlag, Frederiksberg 2000
- Antoft**, Rasmus m.fl. (2007): *Håndværk & Horisonter - tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag, Odense 2007
- Arbejdsdirektoratet** (2008): *Vejledning om sygedagpenge*. Arbejdsdirektoratet, Juli 2008. Vejledning nr. 9300 af 25. juni 2008. (Printudgave)
- Bech-Jørgensen**, Birte (1994): *Når hver dag bliver til hverdag*. Akademisk Forlag, København 1994
- Berger**, Peter L. & Thomas Luckmann (1966/2002): *Den samfundskabte virkelighed. En videnssociologisk afhandling*. 2. udg., 5. opl.; Lindhardt & Ringhof, København 2002)
- Blomhøj**, Gerda & Jan Mainz 2000: *Audit - en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis*. Klarringsrapport. Nr. 9. 2000. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000
- Blumer**, Herbert (1969): *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Bramming**, Pia & Christine Mølgaard Frandsen (2003): *Iagttagelsens paradoks - strategi for udvikling af kompetence*. 1. udg., Samfundslitteratur, Frederiksberg 2003
- Brandt**, Preben & Mette Kirk 2003: *Billeder fra hverdagen. En dokumentarisk-analytisk fremstilling af den sociale indsats over for hjemløse, misbrugere eller sindslidende personer, som den ses af de, der arbejder i feltet*. AKF Forlaget, 2003
- Brandt**, Preben (2002): *Den sindslidende og de professionelle - et udkast til en helhedsforståelse*. 1. udg., 1. opl. Dafolo Forlag, Frederikshavn 2000
- Breinholt** Larsen, Finn; Pia Vedel Ankersen & Stine Poulsen (2011) *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner - voksne*. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Århus 2011
- Brinkmann**, Svend & Lene Tanggaard, red. (2010): *Kvalitative metoder: en grundbog*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2010
- Borg**, Tove m.fl., red. (2011): *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. udg., 4. opl. ; Munksgaard, København 2011
- Body** J-J, Lossignol D, Ronson A. *The Concept of Rehabilitation of Cancer Patients*. Current Opinion in Oncology 1997; 9:332-340. DeLisa JA. A History of Cancer Rehabilitation. Cancer 2001;92 (suppl.):970-974

- Bourdieu, P. & L. D. Wacquant** (2001): *Refleksiv sociologi - mål og midler*. På dansk ved Henning Silberbrandt. 2. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2001
- Bryant, Anthony & Kathy Charmaz**, edit. (2010): *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. SAGE Publications; First Published 2007; London 2010
- Bødker, Helle Madsen** (2010): *Sundhedsret*. 2. udg.; Jurist- og Økonomforbundet. København 2010
- Castwell, Dorte** (2005): *Handlemuligheder i socialt arbejde - et casestudie om kommunal frontlinjepraktik på beskæftigelsesområdet*. Ph.d.-afhandling. Institut for Samfundsvidenskab & Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter. AKF Forlaget, april 2005
- Clemmensen, Inge H. mfl.** ((2001): *Bogen om kræft*. Erhvervsskolernes Forlag, Odense og Kræftens Bekæmpelse, 2001
- Charmaz, Kathy** (2010): *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE Publications; First Published 2006; London 2010
- Dalberg-Larsen, Jørgen** (2001): *Lovene og livet - en retssociologisk grundbog*. 4. udg., 3. opl.; Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København 2001
- Danermark, Berth m.fl.** (1997): *Att förklara samhället*. Studentlitteratur, Lund 1997
- Danielsen, Marie** (2010): *Sundhedsvæsenet på tværs - opgaver, organisation og regulering*. 1. udg., 2. opl.; Munksgaard, København 2010
- Dansk Socialrådgiverforening** (2010): *Notat om socialrådgiveres tidsforbrug i jobcentre*. Dansk Socialrådgiverforening, april 2010;
<http://www.socialrdg.dk/Files/Filer/FagOgPolitik/Afbureaukratisering/2010-06-03-Tidsforbrug-i-jobcentre.pdf>
- de Vaus, David**: *Research Design in Social Research*. SAGE Publications, First published 2001, Reprinted 2009
- Dean, Mitchell** (2008): *Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund*. 2. opl.; Forlaget Sociologi, c/o Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg 2008
- Diderichsen, Finn m.fl.** (2011) *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. Version 1.0; 17. maj 2011; Sundhedsstyrelsen, København 2011
- Dreyfus, Hubert & Stuart Dreyfus** (1991): *Intuitiv ekspertise: den bristede drøm om tænkende maskiner*. 1. udg., 1. opl.; Munksgaard, København 1991
- Ejernæs, Morten & Merete Monrad** (2012): *Vignetmetoden. Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*. 1. udg., 1. opl.; Akademisk Forlag, København 2012
- Ellström, Per-Erik, Bernt Gustavsson & Steffan Larsson** red. (1996): *Livslångt lärande*. Studentlitteratur, Lund 1996
- Eneroth, Bo** (1988): *Behovsanalys i socialt arbete*. Natur och Kultur, Lund 1988

- Eriksen**, Erik Oddvar (2009): *Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velfærdsstaten*. 3. opl.; Abstrakt Forlag AS, Oslo 2009
- Esbensen**, Bente Appel (2002): *Mennesker med kræft - sygeplej i et tværfagligt perspektiv*. 1. udg.; Munksgaard, København 2002
- Eskelinen**, Leena, Søren Peter Olesen & Dorte Caswell (2008): *Potentialer i socialt arbejde. Et konstruktivt blik på faglig praksis*. 1. udg., 1. opl., Hans Reitzels Forlag, København 2008
- Esmark**, Anders, Carsten Bagge Laustsen & Niels Åkerstrøm Andersen, red. (2005): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. 1. udg., Roskilde Universitetsforlag / Samfundslitteratur, Frederiksberg 2005
- Etisk Råd** (2013): *Etik og prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor det er så svært?* Etisk Råd, København 2013
- Finansloven** (2010) Aftale om Finansloven 2011. Aftale om Kræftplan III , november 2010
- Flyvbjerg**, Bent (2000): *Rationalitet og mangt. Bind I. Det konkrete videnskab*. 1. udg., 9 opl.; Akademisk Forlag, København 2000
- Fugelsang**, Lars m.fl., red. (2009): *Teknikker i samfundsvidenskaberne*. 1. udg., 2. opl.; Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg 2009
- Garde**, Jens m.fl. (2004): *Forvaltningsret. Almindelige emner*. 4. udg., 1. opl.; Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København 2004
- Garfinkel**, Harold (2006): *Seeing Sociologically. The Routine Ground of Social Action*. Edited and introduction by Ann Warfield Rawls. Paradigm Publishers, Boulder, London 2007
- Gilje**, Niels & Harald Grimmen (2002): *Samfundsvidenskabernes forudsætninger. Indføring I samfundsvidenskabernes videnskabsfilosofi*. Hans Reitzels Forlag, København 2002
- Glaser**, Barney G. (1978): *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. The Sociology Press, California 1978
- Glasdam**, Stinne (2011): *Klemte mellem sygdom og job - om kræftpatientens møde med jobcentrets krav om jobaktivitet*. Klinisk Sygepleje. 25. årg., nr. 4, 2001
- Grue**, Malene (2000): *Politikens retskrivnings- og betydningsordbog*.
- Grønvold, M, et al.** 2006: *Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. Kræftens Bekæmpelse, København 2006
- Gustavsson**, Bernt (1998): *Dannelse i vor tid. Om dannelsens muligheder og vilkår i det moderne samfund*. Oversat af Ib Høy Hansen. 1. udg., Forlaget Klim, Århus 1998
- Gustavsson**, Bernt (2003): *Vidensfilosofi*. Oversat af Ib Høy Hansen. 1. udg., 2. opl. Forlaget Klim, Århus 2003
- Guvå**, Gunilla & Ingrid Hylander (2005): *Grounded theory – et teorigenererende forskningsperspektiv*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2005

- Habermas, Jürgen** (1997): *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg Universitetsforlag, Aalborg, 1997
- Habermas, Jürgen** (2001): *Politisk filosofi – udvalgte tekster*. Gyldendal, København 2001
- Halkier, Bente** (2008): *Fokusgrupper*. 2. udg. Samfundslitteratur, København 2008
- Hansen, Finn Thorbjørn** (2008): *At stå i det åbne. Dannelse gennem filosofisk undren og nærvær*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2008
- Hansen, Morten Balle & Evert Vedung** (2005): *Fælles sprog i ældreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*. Syddansk Universitetsforlag, Odense 2005
- Hanssen, Helene m.fl., red.** (2010): *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 2010
- Hasenfeld, Yeheskel**: *Mennesket som råstof – borgerservicerende organisationer i moderne samfund*. 1. udg., 1. opl., Forlaget KLIM, Århus 2003
- Harder, Margit & Maria Appel Nissen** (2011): *Helhedssyn i socialt arbejde*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2011
- Hartman, Jan** (2005): *Funderet teori. Udvikling af teori på empirisk grund*. 1. udg., 1. opl.; Alinea, København 2005
- Hermansden, Mads, red.** (2004): *Fra læringens horisont*. Antologi bl.a. indeholdende N. Luhmann: 'Erkenntnis als Konstruktion' fra 1968. 1. udg., 3. opl.; Forlaget Klim, Århus 2004
- Hilt, Line, Knut Venneulan & Bjørnar Mortensen Vik, red.** (2010): *Luhmann og magt*. 1. udg.; Forlaget Unge Pædagoger, København 2010
- Hjortbak, Bjarne Rose m.fl.**: *Rehabilitering hos borgere med kræft. Rapport fra KOSAK projektet*. MarselisborgCentret, Århus 2009
- Hjortbak, Bjarne Rose m.fl., red.** (2011): *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus, November 2011
- Honneth, Axel** (2003): *Behovet for anerkendelse. En tekstsamling*. På dansk ved Mogens Chrom Jacobsen; Redigeret af Rasmus Willig; Hans Reitzels Forlag, København 2006
- Honneth, Axel** (2006): *Kampen om anerkendelse. Sociale konflikters moralske grammatik*. På dansk ved Arne Jørgensen; 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2006
- Hutchington, Gunn Strand & Siv Oltedal** (1998): *Modeller I socialt arbeid. Frau like røtter til same felt*. 2. opl.; Tano Aschehoug, Otta 1998
- Høilund, Peter** (2000): *Socialrettsfilosofi. Rettslære for socialt arbejde*. 1. udg., 1. opl.; Socialpædagogisk Bibliotek. Gyldendal Uddannelse, København 2000
- Højlund, Holger & Morten Knudsen, red.** (2003): *Organiseret kommunikation – systemteoretiske analyser*. 1. udg., Samfundslitteratur, København 2003

- Høilund**, Peter & Søren Juul (2005): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2005
- Hjort**, Katrin (2005): *Professionaliseringen i den offentlige sektor*. 1. udg., Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg 2005
- Kvale**, Steinar: *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 8. opl, Hans Reitzels Forlag, København 2002
- Hybel**, Ulla (2006): *Sundhedsret – for sygeplejersker*. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, København 2006
- Indenrigs- og Socialministeriet** (2009): *Sagsbehandling i funktionsevne metoden ved tildeling af handicapkompenenserende ydelser, Maj 2009*. Indenrigs- og Socialministeriet, København 2009
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet**, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet og Undervisningsministeriet (2011/a): *Vejledning til kommunal rehabilitering*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet**, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet og Undervisningsministeriet (2011/b): *Eksempler på gode rehabiliteringsforløb*.
- Isager**, Anne-Mette K. 2009: *Om Audit – en metode til læring og kvalitetsudvikling af fagpraksis*. 1. udg., Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, juni 2009
- Jacobsen**, Michael Hviid, Søren Kristiansen & Annick Prieur, red (2002): *Liv, fortælling og tekst – strejftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg Universitetsforlag, Ålborg 2002
- Jacobsen**, Michael Hviid m.fl. (2007): *Håndværk og horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag, Odense 2007
- Facobsen**, Michael Hviid & Søren Kristiansen, red. (2005): *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2005
- Jacobsen**, Dag Ingvar & Jan Thorsvik (2008): *Hvordan organisationer fungerer. Indføring i organisation og ledelse*. På dansk ved Stig W. Jørgensen. 2. udg., 1. opl. Hans Reitzels Forlag, København 2008
- Jergeby**, Ulla 1999: *Att bedöma en social situation. Tillämpning av vinjettmetoden*. CUS-skrift 1999:3. Social-styrelsen. Centrum för utvärdering av socialt arbete, CSU, Stockholm, april 1999
- Jensen**, Uffe Juul (1998): *Sygdomsbegreber i praksis – behandlerrollen, etik, sundhedspersonale*. 2. udg., 4. opl.; Munksgaard, København 1998
- Jensen**, Liselotte m.fl., red. (2007): *Rehabilitering – teori og praksis*. 1. udg., 1. opl.; FADL's Forlag, København 2007
- Jensen**, Jonna Glintberg & Berit Pedersen Haa, red. (2008): *Sundhedsvæsnet – i et konstruktivistisk system*. Forlaget Unge Pædagoger, København 1998
- Johansen**, Christoffer red. (2013): *Kræft – senfølger og rehabilitering*. 1. udg., 1. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2013

- Johansson, Ronie** (1992): *Vid byråkratiets gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Arkiv avhandlingsserie 39. Studentlitteratur, 1992
- Juul, Søren** (1996): *Sårbarhedsskabende træk i det moderne samfund. Et essay*. 2. opl., 96:8; Socialforskningsinstituttet, København 1996
- Juul, Søren** (2011): *Solidaritet, anerkendelse retfærdighed og god dømmekraft*. 1. udg., 2. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2011
- Jørgensen, Marianne Winther & Louise Phillips** ((1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. 1. udg.; Roskilde Universitetsforlag, Fredriksberg 1999
- Järevinen, Magaretha, Jørgen Elm Larsen & Nils Mortensen** (2003): *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Magtudredningen. 1. udg., 1. opl; Aarhus Universitet 2003
- Järvinen, Magareta & Nanna Mik-Meyer** (2004): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. 1. udg., 2. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2004
- Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer** (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Inter-view, observationer og dokumenter*. 1. udg., 1. opl., Hans Reitzels Forlag, København 2005
- Kant, Immanuel** (2005): *Kritik af dømmekraften* Oversat fra 'Kritik der Urteilskraft', 2. udgaven 1793 (1792) og 'Erste Fassung der Einleitung'. Det lille forlag, Frederiksberg 2005
- Kaspersen, Lars Bo & Heine Andersen** red. (2000): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. rev. udg., 2. opl., Hans Reitzels Forlag, København 2000
- Kaspersen, Lars Bo** (2001): *Anthony Giddens – introduktion til en samfundsteoretiker*. 2. revd. udg.; Hans Reitzels Forlag, København 2001
- Kneer, Georg & Armin Nassehi** (2002): *Niklas Luhmann – introduktion til teorien om sociale systemer*. 3. rev. udg.; Hans Reitzels Forlag, København 2002
- Koch, Anna** (1982): *Socialt arbejde – helhedsprincip og behovsvurdering på fagligt grundlag*. AKF's Forlag, København 1982
- Kokkin, Judy** (2006): *Profesjonelt socialt arbeid*. 1. udg., 2. opl.; Universitetsforlaget, Oslo 2006
- Kommunernes Landsforening** (2006): *Den modificerede BUM-model. Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet*, København den 16. maj 2006
- Kommunernes Landsforening** (2002): *Værd at vide om Fælles sprog – kom videre med Fælles sprog*. 1. udg., 1. opl.; Kommunernes Landsforening, december 2002
- Kommunernes Landsforening** (2004): *Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde*. 1. udgave, Kommunernes Landsforening, juli 2004
- Kommunernes Landsforening** (2010): *Kræftrehabilitering i kommunerne*. Notat dateret den 25. januar 2012. Jnr 09.06.01 P05. Bilag: Oversigt over kræftrehabiliteringstilbud
- Kristiansen, Søren & Hanne Kathrine Krogstrup**: *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik*. 2. opl, Hans Reitzels Forlag, København 2002

- Kræftens Bekæmpelse** (2010): *Strategisk oplæg om kræftrehabilitering*. Oktober 2010. Kræftens Bekæmpelse, København 2010
- Kræftens Bekæmpelse** (2011): *Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2011 Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling*. Kræftens Bekæmpelse, København 2011
- la Cour**, Anders (2002): *Frivillighedens pris. En undersøgelse af Niklas Luhmanns teori om sociale systemer og dens betydelse på området for frivilligt socialt arbejde*. Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut, København, 2002
- la Cour**, Karen & **Helle** Johannesen (2010): *Kommunal kræftrehabilitering – erfaringsopsamling fra 11 kommuner*. Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Odense 2010
- Larsen**, Finn Breinholdt m.fl. (2011): *Hvordan har du det 2010 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne*. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Århus, januar 2011
- Lauersen**, Per Fibæk m.fl. (2009): *Professionalisering – en grundbog*. 1. udg., 3. opl.; Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg 2009
- Lave**, Jean & Etienne Wenger (2010): *Situeret læring – og andre tekster*. Med dansk forord af Steinar Kvale. 5. opl.; Hans Reitzels Forlag, København 2010
- Layder**, Derek (1998): *Sociological Practice. Linking Theory and Social Research*. SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi, 1998
- Lipsky**, Michael (1980): *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, New York 1980
- Lorensen**, Margarethe, red. (1998): *Spørgsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Universitetsforlaget A/(S), Oslo 1998
- Lund**, Hans, Inger Birthe Bjørnlund & Nils Erik Sjøberg, red. (2010): *Basisbog i fysioterapi*. 1. udg., 1. opl.; Munksgaard, København 2010
- Luhmann**, Niklas (1997): *Iagttagelse og paradoks*. Oversat fra tysk efter 'Probleme mit operative Schliessung' af Hans Chr. Fink, Jan Katlev og Ole Thyssen. Gyldendal, København 1997
- Luhmann**, Niklas (1999): *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. Tysk udgave: 'Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität'. Oversat og med introduktion af Nils Mortensen. Hans Reitzels Forlag, København 1999
- Luhmann**, Niklas (2000): *Sociale systemer. Grundrids til en almen teori*. Oversat til dansk af John Cederstrøm, Nils Mortensen og Jens Rasmussen. Hans Reitzels Forlag, København 2000
- Luhmann**, Niklas (2007): *Indføring i systemteorien*. Original titel: 'Einführung in die Systemtheorie'. Oversat af Bjørn Christensen; Unge Pædagoger, København 2007
- Maaløe**, Erik: *Casestudier af og med mennesker i organisationer*. 1. udg. 2. opl., Akademisk Forlag 1999

- Madsen**, Helle Bødker (2010): *Sundhedsret*. 2. udg., 1. opl.; Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København 2010
- Madsen**, Mikkel Bo m.fl.: *Arbejdsmarkedsparat eller ej? En kvalitativ undersøgelse af visitationen af kontanthjælpsmodtagere i ti kommuner*. Socialforskningsinstituttet, København 2006
- Madsen**, Mikkel Bo (2008): *Socialpolitik og beskæftigelsespolitik i konkurrencestaten*. Uden for nummer. Tidsskrift for forskning og socialt arbejde; 8. årg., nr. 15, 2008; Dansk Socialrådgiverforening
- Maliski**, SL, Clerkin B, Litwin MS. (2004): *Describing a nurse case manager intervention to empower low-income men with prostatecancer*. *Oncol Nurs Forum* 2004 Jan; 31(1): 57-64.
- MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark**: *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark*. MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, Århus 2004
- Martinsen**, Kari (2006): *Samtalen, skønnen og evidensen*. 1. udg., 1. opl.; Gads Forlag, København 2006
- Martinsen**, Kari (2010): *Fra Marx til Løgstrup: om etik og sanselighed i sygeplejen*. 2. udg., Munksgaard, København 2010
- Meeuwisse**, Anna, Hans Swärd & Sune Sunesson, red. (2002): *Socialt arbejde - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, København 2002
- Meeuwisse**, Anna & Hans Swärd, red. (2002): *Perspektiv på sociala problem*. Natur och Kultur, Stockholm 2002
- Meyer** m.fl. (2011): *Towards a Conceptual Descriptio of Rehabilitation as a Health Strategy*. Special report. *Jurnal of Rehabilitation Medicine*, 2011; 43: 765-769
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse** (2009): *Vejledning om træning i kommuner og regioner*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Indenrigs- og Socialministeriet, København 2009
- Molander**, Anders & Lars Inge Terum red. (2008): *Professionsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, 2008
- Møller**, Marie Østergaard (2009): *Solidarity and Categorization. Solidarity Perceptions and Categorization Practices among Danish Social Workers*. PhD Disseration. *Politica*, Århus 2009
- Nielsen**, Claus Vinther, red.: *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle*. 1. udg., 1. opl.; Gads Forlag, København 2008
- Nielsen**, Klaus & Steinar Kvale (2008): *Mesterlære: læring som social praksis*. 1. udg., 6. opl.; Hans Reitzels Forlag, 2008
- Nissen**, Maria Appel (2010): *Nye horisonter i socialt arbejde. En refleksionsteori*. 1. udg., 1. opl.; Akademisk Forlag, København 2010

- Nissen**, Maria Appel (2010): *Anvendelsen af Luhmanns systemteori i analysen af udviklingen af socialt arbejdes refleksion og selvbeskrivelse*. Paper til *Systemteorien i anvendelse*, CESAU - Center for sociologisk studier, Aarhus, 3. december 2010
- Nørby**, Søren (2009): *Klinisk ordbog*. 16. udg., Munksgaard, København 2009
- Olsen**, Henning (2002): *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. Akademisk Forlag, København 2002
- Patton**, Michael Quinn (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 edition.; Sage Publications, Inc.
- Payn**, Malcolm ((1997): *Modern Social Work Theory*. Sekond edition. Macmillan Press Ltd., Hounds-mills, Basingstoke, Hampshire and London 1997
- Paulsen**, Michael & Lars Qvortrup, red. (2007): *Luhmann & dannelse*. Forlaget Unge Pædagoger, København 2007
- Pedersen**, Lone & Marianne Schmidt (2003): *Projekt Fælles sprog. Et forsøg på styring gennem ensretning af hjemmeplejen*. Akademisk Forlag, København, 2003
- Pedersen**, Peter Møller (2009): *Hvor sidder den professionelle dømmekraft?* Gjallerhorn, Tidsskrift for professionsuddannelser, nr. 9, 2009. VIA University College
- Præstegaard** i; Lund, Hans m.fl. (2010): *Basisbog i fysioterapi*. 1. udg., 1. opl.; Munksgaard, København 2010
- Qvortrup**, Lars (2009): *Det lærende samfund - hyperkompleksitet og viden*. 1. udg., 6. opl. Gyldendal, København 2009
- Rasmussen**, Jens (2004): *Undervisning i det refleksiøt moderne. Politik, profession, pædagogik*. 1. udg., 1. opl.; Hans reitzels Forlag, København 2004
- Richardson**, Alison m.fl. (2007): *Patientes' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools*. *Support Care Cancer* (2007) 15:1125-1144
- Ricoeur**, Paul (1992): *Oneself as Another*. Translated by Kathleen Blamey. The University of Chicago Press, Chicago and London, 1992
- Rønsholdt**, Steen (2010): *Forvaltningsret - Retssikkerhed. Proces. Sagsbehandling*. 3. udg., 1. opl.; Thomsen Reuters Professional A/S, København 2010
- Rubington**, Earl & Martin S. Weinberg (1995): *The Study of Social Problems. Seven Perspectives*. Fifth Edition. Oxford University Press, New York/Oxford 1995
- Scheel**, Merry E. Scheel (2004): *Viden, tavs viden og sandhed - set I en sygeplejefaglig kontekst*. Forlaget Philosophia, Århus 2004
- Schutz**, Alfred (2005): *Hverdagslivets sociologi. En tekstsamling*. 2. udg., Hans Reitzels Forlag, København 2004

- Schön, Donald A.** (2004): *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. 1. udg., 1. opl.; Forlaget Klim, Århus 2004
- Strukturkommissionen** (2004): *Strukturkommissionens betænkning. Bind III. Bilag – Sektorkapitler*. Betænkning nr. 1434., Strukturkommissionen,
- Socialministeriet** (2001): *Arbejdsevneметode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne*. 1. udg., 1. opl.; Socialministeriet, København 2001
- Socialministeriet** (2001): *Arbejdsevneметode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne*. Socialministeriet, København 2001
- Socialministeriet** (2006): *Vejledning om hjælpemidler, biler, boligindretning mv.*; Socialministeriets vejledning, [nr. 97] af 5. december 2006
- Socialministeriet** (2007): *God sagsbehandling på ældreområdet. Metodehåndbog*. Styrelsen for specialrådgivning og social service. Socialministeret, Odense, maj 2007
- Socialrådgiveren** (2008): Socialrådgiveren nr. 20/2008; <http://www.socialrdg.dk/Default.aspx?ID=718>; Dansk Socialrådgiverforening
- Spradley, James P.** (1980): *Participant Observation*. Wadsworth, Cengage Learning; Wadsworth, Belmont, USA
- Stigen, Anfinn** (1990): *Tenkningens historie. Bind 1. Oldtiden, middelalderen, den nye tid til 1600-tallet*. 6. opl.; Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1990
- Sundhedsstyrelsen** (2000): *Kræftplan I*. Sundhedsstyrelsen, København 2000
- Sundhedsstyrelsen** (2003): *ICF Klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbreds-tilstand*. Sundhedsstyrelsen og Munksgaard, 2003
- Sundhedsstyrelsen** (2005/a): *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. Sundhedsstyrelsen, København 2005
- Sundhedsstyrelsen** (2005/b): *Kræftplan II*. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. Sundhedsstyrelsen. København, 1. juni 2005
- Sundhedsstyrelsen** (2007): *Cancerregistret. Nye kræfttilfælde i 2002 og 2003. Ukommenteret tabelsamling, september 2007*. Sundhedsstyrelsen, København 2007
- Sundhedsstyrelsen** (2008/a): *Akut behandling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter*. Task Force for Kræftområdet. Sundhedsstyrelsen, 13. februar 2008
- Sundhedsstyrelsen** (2008/b): *Generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft*. Notat fra Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe. Sundhedsstyrelsen. København 21. april 2008.
- Sundhedsstyrelsen** (2009): *Rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb*. Afrapportering fra arbejdsgruppen om rehabilitering for kræftpatienter i pakkeforløb under Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet. Sundhedsstyrelsen. København 28. november 2009

- Sundhedsstyrelsen** (2010/a): *Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg*. Sundhedsstyrelsen, København, 14. juni 2010
- Sundhedsstyrelsen** (2010/b): *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakraft – en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen. København, august 2010
- Sundhedsstyrelsen** (2012/a): *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation I forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft*. Sundhedsstyrelsen, København 2012
- Sundhedsstyrelsen** (2012/b): *Notat vedrørende vurdering af muligheden for at pege på et fælles redskab til den overordnede behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation af kræftpatienter*. Notat dateret 08-06-2012, j.nr.4-1612-1/10, Sundhedsstyrelsen
- Suhr**, Lis Kirstine & Bodil Winther, red. (2011): *Basisbog i sygepleje*. 2. udg., 1. opl.; Munksgaard, København 2011
- Svendsen**, Idamarie Leth (2005): *Proces og socialret - overvejelser om de retlige krav, der stilles til socialrådgiveren i dag*. Uden for nummer, 6. årg., nr. 11 2005. Dansk Socialrådgiverforening HK/Kommunal, København 2005
- Svensson**, Kerstin m.fl. (2009): *Handlingsmæssigt råderum i socialt arbejde*. På dansk ved Nanna Gyldenkerne. 1. udg., 1. opl.; Akademisk Forlag, København 2009
- Seale**, Clive et al, edit. (2007): *Qualitative Research Practice*. SAGE Publications, Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, 2007
- Taylor**, Brian J (2010): *Professional Decision Making in Social Work*. Series Editor: Keith Brown. Learning Matters Ltd., Exeter UK, 2010
- Terum**, Lars Inge (2003): *Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i social arbeid*. Kommuneforlaget A/S, Oslo 2003
- Thyssen**, Ole (2000): *Værdiledelse - om organisationer og etik*. 2. udg., 2. opl.; Gyldendal, København 2000
- Tvede** CT, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. (2003): *Potentielt antal cancerrehabiliteringspatienter i Danmark – et estimat*. Ugeskr. for Læger 2003; 165:123-128.
- Tække**, Jesper & Michael Paulsen, red. (2008): *Luhmann & organisation*. Forlaget Unge Pædagoger, København 2008
- Vallgård**, Signild & Lene Koch (2007): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 3. udg., 1. opl.; Munksgaard, København 2007
- Vedung**, Evert (1997): *Public Policy and Program Evaluation*. Transaction Publishers, New Brunswick, USA and London UK, 1997
- Vester**, Charlotte (2009): *Sygedagpengeloven*. 2. udg. Dansk Arbejdsgiverforenings Forlag, København 2009

- Wahlgren**, Bjarne m.fl. (2006): *Refleksion og læring - Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. 1. udg., 3. opl.; Samfundslitteratur, Frederiksberg 2002
- Wade**, Derick T (2005): *Describing rehabilitation interventions*. Clinical Rehabilitation 2005; 19: 811 - 818. SAGE Publication
- Wenneberg**, Søren Barlebo (2002): *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. 1. udg., 2. opl.; Samfundslitteratur, Frederiksberg 2002
- Winther**, Søren C. & Vibeke Lehmann Nielsen (2008): *Implementering af politik*. 1. udg., 1. opl.; Academica, Gyldendal Akademisk, København 2008
- Yin**, Robert K.: *Case study. Design and methods*. Second Edition. SAGE Publications, Inc., California, London and New Delhi, 1994
- Øvereng**, Einar (2002): *Hannah Arendt*. Oversat af Gitte Lyngs. 1. udg., 1. opl.; G. E. C. Gads Forlag, København 2002

Love, bekendtgørelser mv.

- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed**. LBK nr 877 af 04/08/2011, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Bekendtgørelse af lov om social service**: LBK nr 810 af 19/07/2012 Gældende (Serviceloven)
Offentliggørelsesdato: 21-07-2012 Social- og Integrationsministeriet. www.retsinfo.dk
- Bekendtgørelse af forvaltningsloven**: LBK nr 988 af 09/10/2012 Gældende (Forvaltningsloven)
Offentliggørelsesdato: 13-10-2012 Justitsministeriet. www.retsinfo.dk
- Bekendtgørelse om retssikkerhed og administration på det sociale område**: LBK nr 930 af 17/09/2012 Gældende (Retssikkerhedsloven). Offentliggørelsesdato: 19-09-2012 Social- og Integrationsministeriet. www.retsinfo.dk
- Bekendtgørelse om sygedagpenge** LBK nr 653 af 26/06/2012 Gældende (Sygedagpengeloven)
Offentliggørelsesdato: 27-06-2012 Beskæftigelsesministeriet. www.retsinfo.dk
- Bekendtgørelse af lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats** (Beskæftigelsesansvarsloven): LBK nr 731 af 15/06/2010. Gældende. Offentliggørelsesdato: 26-06-2010 Beskæftigelsesministeriet
- Bekendtgørelse af sundhedsloven**. LBK nr 913 af 13/07/2010 Gældende. (Sundhedsloven)
Offentliggørelsesdato: 15-07-2010 Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder m.v. for hjælp efter §§ 71 og 72 i lov om social service**
BEK nr 328 af 22/04/1998 Historisk, Offentliggørelsesdato: 16-06-1998

Beskæftigelsesministeriet (2008): VEJ nr. 9300 af 25/06/2008 - Gældende *Vejledning om sygedagpenge*. Beskæftigelsesministeriet

Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. VEJ nr 73 af 03/10/2006 Gældende (Retssikkerhedsvejledningen) Offentliggørelsesdato: 11-10-2006 Socialministeriet www.retsinfo.dk

Lov om offentlighed i forvaltningen (Offentlighedsloven); LOV nr. 572 af 19/12/1985 Gældende

Hjemmesider

Sundhedsstyrelsen (2012): Pakkeforløb på kræftområdet
<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Pakkeforloeb.aspx>

Kræftens Bekæmpelse (2009):
http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2009kv2/standby_nylov.htm

Kommunernes Landsforening (2012): Fælles Sprog
<http://www.kl.dk/Fagomrader/Social-service/Kvalitet-og-myndighed/Falles-sprog/>

Bilagsoversigt

1. Kriterier for identifikation og valg af case-kommuner
2. Baggrundsoplysninger vedr. deltagende informanter
3. Feltguide - deltagende observation (fase 1.0)
4. Feltguide - deltagende observation (fase 1.1)
5. Vejledning: Casebaseret audit (fase 2.0)
6. Dokumenter (fase 1.0 og 1.1)
7. Kriterier for udvælgelse af journaler
8. Case nr. 2: Randers SundhedsCenter (eksempel på case)
9. Interviewguide - individuelt interview
10. Interviewguide - fokusgruppeinterview
11. Dokumentation af datagenerering Rehabiliteringsenheden - Randers Sundhedscenter
12. Dokumentation af datagenerering Visitationsenheden
13. Dokumentation af datagenerering Sygedagpengeafdelingen - Jobcenter Randers
14. Dokumentation af datagenerering Hjemmesygeplejen - Dragonparken/ Lindevænget
15. Oversigt over dokumenter
16. Transskriberingsstrategi
17. Journalanalyse
18. Samtale- og visitationsbesøg
19. Undersøgelsens kodestrategi
20. Datamatrix over anvendte data i de enkelte analyser
21. Uddrag af kodning af case note review
22. Kodeliste fra fokusgruppeinterview
23. Journalanalyse - et eksempel

De nævnte bilag forefindes alle i undersøgelsens bilagssamling, der kan downloades på www.marselisborgcentret.dk

