

Rationel afklaring af arbejdsevne eller social konstruktion?

Rundt omkring i landet findes der revalideringscentre (reva). Det er i princippet almindelige virksomheder. Er en kommunal sagsbehandler i tvivl om en borgers arbejdsevne, kan borgeren henvises til et 8 ugers afklaringsforløb. Der henvises primært borgere på sygedagpenge, men også på kontanthjælp. Det er ofte borgere, hvor det er svært at stille en objektiv diagnose.

Hvordan afklares borgerens arbejdsevne og hvordan kan afklaringsmetoden fortolkes? Hvordan vurderes revas succes? Spørgsmålene besvares ud fra en rationel og en socialkonstruktivistisk vinkel.

Afklaring er rationel

Borgeren er pt. ikke selvforsørgende. Dermed har borgeren og samfundet et problem. Rationelt skal systemet finde frem til en løsning. Som led i en aktiv arbejdsmarkedspolitik er målet, at borgeren igen bliver selvforsørgende. Borgerens arbejdsevne skal afklares. Arbejdsevnen defineres som *"evnen til at kunne opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet for at kunne udføre forskellige konkret specificerede arbejdsopgaver med henblik på at opnå indtægt til selvforsørgelse"* (1).

Redskabet til at vurdere arbejdsevnen er en såkaldt ressourceprofil. Konceptet er udviklet af Socialministeriet i samarbejde med eksperter og

konsulentfirmaet Deloitte Consulting omkring årtusindskiftet (2). I 2003 blev det lov, at redskabet skal anvendes af alle sagsbehandlere, når en borgers arbejdsevne er truet.

Ressourceprofilen består af 12 punkter, som borgeren skal beskrives på. De er kategoriseret i 5 overordnede brikker. Borgerens faglige og praktiske kompetencer beskrives i relation til arbejdsmarkedet. Der ses på arbejdsmarkedserfaring, uddannelse og interesser. Borgerens personlige kompetencer til at kunne indgå i sociale og jobmæssige relationer beskrives. Der ses på sociale kompetencer, omstillingsevne og indlæringssevne. Borgerens materielle forhold og netværk med relevans for arbejdsmarkedet beskrives. Der ses på bolig og økonomi samt sociale netværk. Borgerens helbredsmæssige forhold i relation til arbejdsmarkedet beskrives. Konkret undersøges borgerens helbred. Den sidste brik, som ligger i midten af puslespillet, er borgerens eget arbejdsmarkedsperspektiv. Der ses på borgerens arbejdsrelevante ønsker, præstationsforventninger og arbejdsidentitet.

I publikationen om brugen af arbejdsevne-metoden (3) lægges der vægt på, at sagsbehandlere ikke sammenblender beskrivelse og vurdering. Den rationelle vinkel forudsætter, at der kan skelnes mellem objektive forhold og skønsmæssige vurderinger. Afklaringen af borgeren er tænkt logisk og rationelt (4). Beskrivelser og vurderinger foretages af faglige eksperter, der på teammøder drøfter de enkelte borgere.

I gennem et 8 ugers ophold på reva vurderes borgeren på de 12 punkter af et tværfagligt team. Det består af ansatte på værkstederne, fysioterapeut, psykolog, lægekonsulent og en socialfaglig konsulent. Sidstnævnte er ofte socialrådgiver, og har ansvaret for at skrive ressourceprofilen. Vurderingen skal tage udgangspunkt i borgerens ressourcer, men barrierer og

udviklingsmuligheder skal også beskrives. Informationer tilvejebringes ved samtaler og systematisk observation af borgerens adfærd. Data om borgerens arbejdsidentitet fås f.eks. ved registrering af fravær, arbejdstempo og antal pauser. Sociale kompetencer kan registreres ved at se, om borgeren taler med andre personer på værkstedet eller i kantinen. Indlæringsevnen registreres ved at se på borgerens forståelse af en arbejdsinstruktion eller evner til selvstændigt at løse opgaver. Helbredet kan registreres ved borgens kropslige holdning, fysiske test og ikke mindst lægefaglige vurderinger.

Ved hjælp af databaser kan eksperterne fra deres skriveborde grave information frem om borgerens liv. Har borgeren tidligere modtaget offentlig forsørgelse i form af dagpenge, sygedagpenge eller kontanthjælp? Har der været andre sociale sager? Systemerne giver mulighed for online at læse de gamle sagsakter. Den socialfaglige konsulent har mulighed for at indhente yderligere oplysninger hos borgerens læge, speciallæger og sygehuse. Det kræver en samtykkeerklæring, men hvis borgeren skal bevare sin kontanthjælp eller sygedagpenge skal borgeren medvirke i sagens oplysning.

På trods af samtaler, registreringer, informationssystemer og tværfaglig ekspertise er der problemer. Kan de nødvendige informationer fremskaffes? Kan eksperterne tro på informationerne? Kommer sandheden frem om borgerens reelle arbejdsevne? Er borgeren syg, eller er der tale om somatiserende adfærd, hysteri eller snyd?

Arbejdsprøvningen gør det vanskeligt for borgeren at skjule sandheden igennem 8 uger. Det er svært at stå ved en maskine og simulere rygsmerter, hvis man ikke har smerter. Det er svært at påstå, at man ikke kan sidde ned og konsekvent stå op i alle kaffe- og rygepauser. Samtalerne med eksperter og værkstedsmedarbejdere gør det svært for borgeren at skjule noget. Ved hjælp af ressourceprofilens 12 dimensioner kortlægges borgerens objektive

ressourcer og barrierer. Hvis borgeren igennem 8 uger viser et klart mønster i smerter og funktionsevne, synes man at være kommet nærmere sandheden.

Hvis borgeren fortæller, at hun ikke kan revalideres eller arbejde på fuld tid, fordi hun har dårlige evner eller psykiske problemer, står psykologen klar med et testbatteri. Hvis der er tvivl om borgerens påståede sygdom, står lægekonsulenten klar til at analysere de indhentede erklæringer og epikriser fra læger, speciallæger og sygehuse. På teammøder arbejdes der på at opstille årsags- og virkningskæder. Sandheden synes at være kommet frem, når psykologen eller lægen stiller en overbevisende diagnose, som forklarer borgerens udsagn, adfærd og de mange dokumenter. Det kan også være socialrådgiveren, som opstiller en overbevisende årsagskæde af sociale begivenheder. Det kan være borgerens sociale arv, alkohol, narko, kriminalitet, incest og manglende uddannelse.

Den rationelle vinkel giver borgeren en retssikkerhed. Hvis ressourceprofilens 12 dimensioner indeholder forkerte beskrivelser eller vurderinger kan borgeren klage.

Ud fra den rationelle vinkel kan revas succes måles på forskellige måder.

Revas succes kan måles på evnen til at kortlægge borgerens arbejdsevne. At få sandheden frem i ressourceprofilens 12 dimensioner. F.eks. at belyse borgerens helbred objektivt ved røntgenbilleder, CT- og MR-scanninger. At fastslå borgerens indlæringsevne ved hjælp af IQ-test. Med de objektive informationer kan reva indstille borgeren til ordinært arbejde, revalidering, fleksjob eller førtidspension. Opgaven er blot at læse lovkravene og sammenstille dem med informationerne om borgeren.

Den kommunale sagsbehandler, der har henvist borgeren må være glad for en god oplysning af sagen med en klar indstilling til afgørelse. Sagsbehandleres tilfredshed kan være et succeskriterium for reva.

Antallet af borgere, som ikke klager over afgørelser truffet på baggrund af revas indstillinger, kan være udtryk for succes.

Et mål på succes kan være, om reva lever op til lovens krav og lovgivers intentioner. Der kan være et politisk ønske, at henviste borgere indstilles til ordinært arbejde og bliver selvforsørgende.

Der kan skelnes mellem revas præstation på kort sigt og effekten på langt sigt. Hvad der er en succes på kort sigt, er måske en fiasko på langt sigt. Borgeren kommer ud på det ordinære arbejdsmarked, men lever i et smertehelvede. Til sidst må borgeren opgive jobbet og kommer igen på sygedagpenge. Systemet har fået en ny dyr sag. Borgeren burde have haft et fleksjob eller en pension. Omvendt kan en pension på kort sigt være en løsning, men på langt sigt betyder det måske, at borgeren bliver socialt marginaliseret. Man kunne foretage en rationel økonomisk evaluering af omkostninger og fordele ved revas virksomhed.

Det er vanskeligt rationelt at vurdere, hvad der er en succes på reva. Det bliver ikke lettere af, at de henviste borgere er forskellige. Nogle er på kontanthjælp, andre på sygedagpenge. Nogle har psykiske lidelser andre fysiske.

Afklaring er social konstruktion

Udgangspunktet er her, at der ikke findes en objektiv sandhed om borgerens arbejdsevne og de 12 dimensioner i ressourceprofilen. I stedet konstrueres en sandhed (5). Det er ikke muligt at adskille beskrivelse og vurdering. Hvad der

beskrives ved borgeren bygger på en subjektiv vurdering. Borgerens helbred konstrueres f.eks. af borgeren selv, men også af systemets eksperter. Der foregår et kompliceret samspil, hvor der konstrueres ord, sætninger, beskrivelser og vurderinger i en sammenblanding. Både borgeren og systemet ønsker at få skabt en mening med borgerens afvigelse fra normal adfærd.

På tværfaglige teammøder bliver det klart, at sandheden er luftig og vanskelig at (be)gribe. Den rationelle vinkel kommer til kort, når borgeren f.eks. påstår, at han har smerter, men årsagerne til smerterne ikke kan påvises objektivt. Eller når en borger fortæller, at hun ikke kan arbejde 37 timer om ugen pga. stress. Borgeren kan ikke lyve, snyde, være hysterisk eller somatisere, for der findes ingen sandhed eller objektiv definition af sygdom. Der findes kun sociale konstruktioner. Lægelige, psykologiske og socialfaglige meninger om borgerens udsagn og adfærd flyver igennem luften på teammøderne. Det krydres med snusfornuftige vurderinger fra smede, mekanikere og snedkere. I mange sager er det umuligt at danne årsags- og virkningskæder. I stedet konstrueres der sammenhængende meningskæder, som kan anvendes af systemet og måske borgeren. Reva konstruerer en tilsyneladende rationel afklaring. Borgeren kan indstilles til ordinært arbejde, revalidering, fleksjob eller førtidspension.

Borgeren er igennem en vanskelig proces, hvor borgeren selv (re)konstruere virkeligheden. For borgeren handler det om et forsørgelsesgrundlag og dermed overlevelse. Borgeren bliver tvunget til at konstruere en verbaliseret sygdomsbiografi og en passende adfærd, der er meningsgivende for lægen, psykologen, den socialfaglige konsulent og værkstederne. Eksperterne bearbejder borgerens historie og adfærd, så den kan tilpasses de forskellige love på det sociale område. Konstruktionsprocessen forklarer, hvorfor borgernes historier og adfærd forekommer ensartede.

Når man læser om borgerne i de avancerede informationssystemer, får man viden om borgerne, men også om sagsbehandlers konstruktion af virkeligheden. Langt hen ad vejen er det sagsbehandlere og lovgivningen, der konstruere "*sociale begivenheder*" og "*sygdom*". Derfor bliver borgernes historier påfaldende ens. Naturligvis er der borgere, der er objektivt syge, men historier og adfærd skabes også af systemet selv.

Med den socialkonstruktivistiske vinkel vurderes revas succes ud fra, hvor god reva er til at konstruere afklaringer med sammenhængende skriftlige meningskæder. Jo flere informationer, der kan fremskaffes og bindes sammen om borgeren under ressourceprofilens forskellige overskrifter, jo bedre. Derfor svulmer ressourceprofilerne op i et omfang af over 20 sider. Succesen er, at der konstrueres ord, sætninger og meninger, men ikke nødvendigvis sandhed. Ressourceprofilens beskyttelse af borgernes retssikkerhed og personlige integritet er en anden diskussion.

Hvis de afklarede borgere, eksperter, politikere og det omgivende samfund finder mening i meningskæderne er reva en succes. Dette kunne afdækkes ved en socialkonstruktivistisk evaluering.

Afklaring eller borgerløn?

Som samfund bliver vi nødt til at tage os af borgere, som er syge. Samfundet har ikke uendelige ressourcer. Der må ske en prioritering. Derfor er det umiddelbart logisk, at samfundet ved hjælp af revacentre og ressourceprofiler afklare borgeres arbejdsevne. Speciallæger, læger, psykologer, psykiatere og socialrådgivere er tvunget til at konstruere diagnoser og træffe afgørelser. Men hvad er effekten af virksomheden? Var samfund og de henviste borgere bedre tjent med en borgerløn?

Noter

1) Arbejdsevnemetode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne, Arbejdsmarkedsstyrelsen 2001.

2) Se Søren Peter Olesen, "*For meget færdighedstræning – for lidt tænkning*", Socialrådgiveren, nr. 9, 24. april 2002. og Peter Højlund og Haakon Lærum, "*Den endelige socialmedicinske løsning – om socialt-lægeligt samarbejde uden læger*", Ugeskrift for Læger 2002, 164 (39).

3) Arbejdsevnemetode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne, Arbejdsmarkedsstyrelsen 2001.

4) Se Ida Cecilie Norn Hammen, "*Sagsbehandlingskompetencer – en antropologisk undersøgelse af danske sagsbehandlers arbejde med arbejdsevne*metoder", kandidatspeciale, marts 2006, Specialerække nr. 390, Institut for antropologi, Københavns Universitet. Publiceret på nettet.

5) Se f.eks. Søren Barlebo Wenneberg, Socialkonstruktivisme, positioner, problemer og perspektiver, Samfundslitteratur 2000.