

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
1.0 Indledning	6
1.1 Problembeskrivelse	6
1.1.2 Samfundsaktuel kontekst.....	6
1.1.3 Diagnoser i systemer	8
1.1.4 Depressive symptomer og depressionsdiagnosen i samtiden.....	10
1.1.5 Systemernes tilgange til den depressive borger	11
1.1.6 Opsummering af problemfelt	12
2.0 Problemformulering	13
3.0 Metodeafsnit	14
3.1 Argumentation for valg af videnskabsteoretisk retning.....	14
3.1.2 Fænomenologi.....	14
3.1.3 Hermeneutik	15
3.1.4 Valg af videnskabsteoretisk retning.....	16
3.2 Deduktiv begrundelsesform.....	18
3.2.1 Induktiv begrundelsesform	19
3.3 Metode og design	20
3.3.1 Beskrivelse af projektets informanter	21
3.4 Ethiske overvejelser	22
3.5 Reliabilitet.....	23
3.6 Validitet	24
3.7 Generaliserbarhed.....	25
3.8 Kritisk vurdering af projektets metode og videnskabsteoretiske ståsted.....	25
4.0 Teori og analyse	28
Strukturelt niveau	28
4.1. Systemteoretisk tilgang.....	29
4.2 Det sociale arbejdes kontekst	29
4.3 Strukturelle diskurser i det sociale arbejde.....	31
4.3.1. Den biomedicinske diskurs.....	31

4.3.2. Den socialfaglige diskurs.....	34
4.3.3. Aktørernes sygdomsforståelse og beskæftigelsestilgange i et samfundsperspektiv	38
4.3.4. Opsummering af diskurser	41
4.4 Borgerens møde med systemet.....	42
4.4.1. Magtrelation mellem borger og system	42
4.4.2. Magtfuld klassificering.....	43
4.4.3. Opsamling på samfundsdiskurser og borgermøde med systemet	45
4.5 Depressionsdiagnosen som socialt fænomen i præstationssamfundet.....	45
4.5.1. Depression som utilstrækkelighedspatologi og præstationssamfundets modstykke	46
4.5.2. Diagnoser som fast holdepunkt i et flydende moderne samfund	49
4.5.3. Diagnoser i systemer.....	50
4.5.4. Patologisering og depressionsepidemi.....	54
4.5.5. Opsamling af diagnosers betydning i et samfundsmæssigt perspektiv	58
4.6 Individniveau med afsæt i strukturelle aspekter.....	59
4.6.1. Diagnosens betydning på individniveau.....	59
4.6.2. Det menneskelige liv som iscenesættelsesprojekt	61
4.6.3. Diagnoser som fast holdepunkt for det syge individ	62
4.6.4. Diffuse lidelser	63
4.6.5. Opsamling af diagnosers betydning på individniveau	65
4.7. Samarbejde på gruppeniveau.....	66
4.7.1 Systemteoretisk perspektiv og samarbejde.....	66
4.7.2 Samarbejde i et psykologisk perspektiv	68
4.7.3 Opsamling af samarbejde på gruppeniveau.....	72
4.8 Diskuterende analyse	73
5.0 Diskussion.....	76
5.1 Arbejde som en del af behandlingen til mennesker med depression	76
5.1.2 Opsamling af beskæftigelsestilgange.....	81
5.2 Moderne diagnosepraksis	82
5.2.1 Depression og stigmatisering	83
5.2.2 Diagnosepraksis og risiko for stigmatisering	85

5.2.3 Opsamling af risiko for stigmatisering	87
6.0 Konklusion	89
7.0 Perspektivering	93
7.1 Innovativt forslag til implementering af nye indsatser i det sociale arbejdes praksis	93
7.2 Samarbejde i et nyt perspektiv	98
8.0 Referenceliste	100
9.0 Bilag	106
9.1 Tematisering	106
9.2 Transskription – Interview 1 (praktiserende læge)	123
9.3 Transskription – Interview 2 (borger).....	133
9.4 Transskription – Interview 3 (socialrådgiver)	141
9.5 Transskription – Interview 4 (praktiserende læge)	158

Abstract

This thesis examines the working relationship or in better words, lack thereof, between representatives from the welfare system, doctors, and social workers. Both parties have their difference of opinions and procedures in regards to the diagnoses of patients with depression and how their symptoms should be treated. These patients are currently out of the job market and are receiving funds from the state.

Furthermore, the focus is on today's modern society and its increased pressure on the individual, resulting in an evidential connection between the wide spread 'diagnose culture' and the increased amount of diagnoses each year.

The purpose of the thesis is to examine how central and important actors in the welfare system and social system, focusing on doctors and social workers, experience a dysfunctional working relationship when endeavoring to find a diagnose together, whilst working with individuals who present with depression and are receiving healthcare subsidies from the state. It can be argued this is due to different perspectives and educational backgrounds. To dig deeper into this problem it is necessary to receive an insight of how the depressed individual on sick leave, with or without a diagnoses, experiences being part of this welfare system.

It can be argued that present society's pressure on the individual is enabling illness, thus more individuals being diagnosed. At the same time there is a pathologizing tendency. The increased amount of diagnoses occurring seems to contribute to this stigma. Such stigma can be argued as a result of the growth of depression and can provide insight in the connection between the growth of depression and the occurrence of depression.

It is certain that the different understandings within the different systems regarding patients with depressive symptoms can cause conflictual confusion and conflicts in the healthcare system which is considered a problem. The patient experience's pressure and frustration in an already fragile situation. There is a necessity for a continuing dialogue between doctors and social workers, where a better insight into each other's work is sought. A bigger focus on illustrating the patients progress in more similar ways, achieving common values, is needed to obtain and enhance the

cooperation within the system and furthermore the quality in health care system benefits.

Depression is seen as an illness of inadequacy within the individual and is looked down upon by a society that has high standards for the individuals. Individuals diagnosed with depression are seen as fragile individuals. It is certain that the society plays a dominant part in such mentioned relation and to the increased number of individuals diagnosed with depression.

1.0 Indledning

I denne specialeafhandling undersøges krydsfeltet mellem socialsystemet og sundhedssystemet i samarbejdet om borgere med depressive eller diffuse lidelser i et sygedagpengeforløb. Gennem teoretisk og empirisk materiale illustreres systemernes tilgange til behandlingen af disse borgere og det gensidige samarbejde for at skabe indsigt i, hvorledes disse aktører oplever krydsfeltet. Der ses nærmere på borgeroplevelser, da sygemeldte borgere er særligt centrale aktører i sygedagpengeforløbet. De tre aktørperspektiver, der er i spil, forsøges samlet i ét for at skabe overblik over konflikter og uoverensstemmelser. Diagnoser herunder depressionsdiagnosens betydning skildres med afsæt i relevante samfundsmæssige tendenser med henblik på at beskrive anvendelsen af diagnoser i social- og sundhedssystemet. Det moderne samfunds krav til individerne relateres til diagnoseudvikling og sættes i forbindelse med forekomsten af depressive borgere i sygedagpengeforløb.

Der indledes med en problembeskrivelse, som skitserer den aktuelle kontekst til projektets problemområde, hvoraf de væsentlige aspekter trækkes frem som grundlag for en relevant undersøgelse. Problembeskrivelsen vil lægge op til projektets problemformulering.

1.1 Problembeskrivelse

1.1.2 Samfundsaktuel kontekst

Samtidsdiagnoser har inden for sociologien altid været et centralt genstandsfelt. Begrebet sociale patologier er en betegnelse for sygdomsforhold i samfundet og ikke alene sygdomstræk ved det enkelte individ. Strukturelle ændringer præger og sætter spor i det enkelte menneskes psyke og selvopfattelse i en væsentlig grad (Petersen (21). Sociologer har længe forsøgt at forstå, fortolke samt problematisere de samfundsmæssige vilkår, der gør sig gældende på nuværende tidspunkt (Brinkmann et al. (41). Vi lever i et accelererende samfund, der i ordets forstand stiller krav til individerne om konstant udvikling og forandring. Sådan anskues det af den aktuelle og efterhånden velkendte psykolog Svend Brinkmann, der beskæftiger sig med blandt

andet diagnoser og aktuelle samfundstendenser (ibid.), hvilket understøttes af forfatter og lektor i klinisk psykologi Carsten René Jørgensen (Jørgensen (16)).

Brinkmann beskriver en samfundsmæssig diagnosekultur, der betegner en makrosociologisk tendens til et stigende antal borgere, der får diagnoser, og som tilbydes medicinsk eller terapeutisk behandling. På individniveau beskrives diagnosekulturen som menneskers subjektive oplevelse af utilstrækkelighed, der i stadig større udstrækning synes at blive filtreret gennem diagnosekategorier. Diagnoser anvendes til at få indsigt i menneskelig afvigelse og tilværelsens problemstillinger. Der skabes hele tiden nye diagnoser, som får større og større betydning. De optræder og dominerer i stigende grad i mediebilledet, hvilket bidrager til, at begrebet diagnosekultur udbredes og anvendes generelt i alle samfundslag. Denne kultur bidrager til en holdningsændring i den almene befolkning (Brinkmann & Petersen (3)). Der fremstår et centralt paradoks i diagnosekulturen. På den ene side gøres borgere i stigende grad ansvarlige for deres eget liv og egen sundhed, men på den anden side sker dette ofte gennem en diagnostisk logik, der i samme bevægelse kan risikere at fratage dem ansvaret (ibid.).

Med en diagnose skabes en fortælling og en forventning til den adfærd, der kan opstå som følge af symptomer. Selv hos mennesker med forbigående og diffuse symptomer, hvor en diagnose kan være vanskelig at stille, og som kæmper med en adfærd, der kan betragtes som udtryk for personlige utilstrækkeligheder, omfortolker diagnosen disse problemer til en sygdom. Diagnosen kan opleves som en lettelse, hvorved en reduktion af det personlige ansvar, eksempelvis at være selvforsørgende og ikke have en afvigende adfærd, medfølger. Der opnås i stedet sympati for individet (ibid.). Dette projekt beskæftiger sig med sygemeldte borgere, der oplever depressive symptomer eller er diagnosticeret med depression, hvorfor det på baggrund af teorien om diagnosers virkning, findes relevant at undersøge borgeres oplevelse af at få stillet en diagnose ud fra depressive symptomer og ligeledes oplevelsen ved ikke at få stillet en diagnose på trods af depressive symptomer. Hvilken betydning har depressionsdiagnosen for disse borgere?

Artiklen ”Det er ikke sygt at have følelser” bragt i Politiken af Jørgen Rønsholdt og Else Marie Bech, begge psykologer og forfattere, beskriver ligesom Brinkmann en

markant sygeliggørelse af almindelige menneskelige følelser og livsmæssige omstændigheder, der har medført, at mennesket er blevet bange for at konfronteres med egne og andres følelser. Af artiklen fremgår desuden, hvorledes sygeliggørelse af følelsesmæssige ubehag har den konsekvens, at et stigende antal borgere oplever et behov for medicinsk behandling. Et behov, der ifølge forfatterne, ikke ville eksistere, hvis deres tilstand var blevet imødekommet som værende en naturlig emotionel reaktion (Rønsholdt & Bech (48).

Med baggrund i ovenstående redegørelse af tendenser i det moderne samfund skærpes fokus på de individer i det senmoderne samfund, der af forskellige årsager ikke kan efterleve disse samfundsmæssige forventninger. Samfundsmæssige strukturer tager ikke højde for, at ikke alle kan mestre disse krav. Strukturernes ses således som medvirkende til, at nogle individer sygemeldes med psykiske lidelser (Jørgensen (16) og efterfølgende kommer i et sygedagpengeforløb i det socialfaglige system, hvorfor det sociale problem arbejdsløshed kan blive en yderligere konsekvens af de samfundsmæssige strukturer. Hvorledes imødekommer det offentlige sociale system denne strukturelle tendens, og hvorvidt forebygges og løses det sociale problem arbejdsløshed som følge af psykiske lidelser?

1.1.3 Diagnoser i systemer

Diagnoser har længe haft til hovedformål at organisere faglig kommunikation. I dag har en diagnose ifølge Brinkmann andre funktioner. De har centrale sociale og kulturelle træk og er dybt forankret i samtidens forståelse af sygdomsbehandling, hvorfor de er svære at undvære (Brinkmann & Petersen (3). Socialrådgivere og praktiserende læger er centrale og moralske aktører i det sociale arbejde med diagnoser inden for det sociale- og sundhedsfaglige system. Det findes derfor interessant at undersøge, hvilken betydning diagnoser har i disse systemer med afsæt i de professionelles oplevelser og synspunkter.

Diagnosers betydning for det socialfaglige system i forhold til tilrettelæggelsen af et sygedagpengeforløb og rettigheden til ydelser, er stor (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20). I Kristeligt Dagblad gives en beskrivelse af en ny rapport fra Det Ethiske Råd, hvor et af de væsentligste problemer ved diagnoser fremgår. Diagnoser ses i stigende

grad som en slags adgangsbillet til sociale ydelser, hvorfor læger, der skal diagnosticere psykiske lidelser, ofte havner i et dilemma. Men på hvilken måde anvendes diagnoser i henholdsvis det sociale- og sundhedsfaglige system? Kan diagnoser fungere som billet til understøttelse? Borgerens symptomer kan være så belastende, at denne har brug for en pause fra arbejdsmarkedet på trods af, at symptomerne ikke vurderes patologiske og derfor kan diagnosticeres. Borgeren vil sandsynligvis ikke få ret til sygedagpenge uden en diagnose, hvilket foranlediger lægen til at revurdere en eventuel diagnosticering hos borgeren (Etisk Råd (37)). I hvilket omfang kan praktiserende læger nikke genkendende til denne tendens?

De herskende samfundsmæssige krav til samfundets individer om blandt andet fleksibilitet og ansvarlighed, som Brinkmann taler om, gør sig i særdeleshed gældende, hvad angår arbejdsmarkedsdeltagelse (Brinkmann et al. (41)). Når samfundets borgere sygemeldes og står uden for arbejdsmarkedet, bliver den individuelle patologi til et samfundsmæssigt socialt problem (ibid.). Inden for det socialfaglige system anvendes en workfarestrategi, hvor indsatserne tilrettelægges med henblik på at få borgerne hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet med det formål at gøre individerne selvforsørgende (Torfing (23)).

Workfarestrategien indgår i et Workfareparadigme, der definerer normalitet gennem en moralsk pligt til at deltage på arbejdsmarkedet (ibid.). Workfareparadigmet kan siges at medvirke til den samfundsmæssige patologiseringstendens, når de biomedicinske diagnoser er dominerende og har en markant grad af legitimitet i såvel de sociale systemer som i de offentlige hverdagsdiskurser. Herved følger et stort pres på, at det tab af arbejds- og funktionsevne, som borgerens diffuse symptomer medfører, kan passes ind i en diagnose således, at lidelsen legitimerer sygemelding fra arbejdsmarkedet. Maja Lundemark Andersen, der er lektor på institut for sociologi og socialt arbejde på Aalborg Universitet, fastslår, at lidelser og symptomer skal forstås mere nuanceret. Det er noget, der opstår i kombination af forskellige sociale faktorer og borgerens oplevelse af subjektive lidelser. Disse er essentielle faktorer i borgerens sygdomsforløb og må indgå, selvom de ikke i alle tilfælde passer ind i en medicinsk diagnose. Problemet opstår, når borgerens perspektiv møder den biomedicinske diskurs i det sociale arbejde, hvor forskellige opfattelser af at være syg kolliderer, fordi borgerens oplevelse af sin sygdom ikke altid matcher den biomedicinske forklaring på sygdom (Andersen (1)).

Betydningen af at tage udgangspunkt i borgerens livsverden fremstår centralt i krydsfeltet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system især, når borgerens muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet skal vurderes. Borgeren skal inddrages i sit forløb ifølge retssikkerhedsloven (Retssikkerhedsloven (25)). Oplever borgere med depressive lidelser sig inddraget i sit sygedagpengeforløb? Det sundhedsfaglige system har sit fokus på borgerens lidelse, udredningen heraf og eventuelt diagnosticering, mens socialsystemet i høj grad retter opmærksomheden på udsigterne til borgerens arbejdsmarkedspartid (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Med afsæt i Workfareparadigmets indflydelse på samfundet fremkommer et undrende spørgsmål omhandlende på hvilken måde, Workfareparadigmet influerer på den individualitet, der påkræves i ethvert sygedagpengeforløb. Det findes endvidere relevant at undersøge, hvorvidt socialsystemets beskæftigelsesorienterede tilgang uhensigtsmæssigt presser borgere, der ikke er arbejdsmarkedspartid, hvorved deres helbredsmæssige tilstand forværres?

1.1.4 Depressive symptomer og depressionsdiagnosen i samtiden

For at afklare depression som begreb tydeliggøres, at anvendelsen og inddragelsen af diagnosen tager sit afsæt i den diagnostiske manual, som anvendes i Danmark, og som er formuleret i diagnosesystemet ICD-10 (Andersen & Brinkmann (3), (WHO, (40)). Diagnosen depression indgår i begrebet diffuse lidelser, hvor blandt andet angst og stress ligeledes er at finde. Depression kan ses som et 'skraldespandsfænomen', der opsamler svært definerbare psykiske lidelsessymptomer (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Ved diffuse lidelser kan diagnosticering være vanskelig, da smerteoplevelser og symptomer ikke altid kan forklares af obligatoriske lægevidenskabelige fund. Sygedagpengesager, der drejer sig om diffuse lidelser kendetegnes ved stor risiko for at blive langvarige og komplicerede på grund af den manglende diagnose. Diffuse lidelser kan desuden være med til at besværliggøre samarbejdet mellem socialsystemet og det sundhedsfaglige system, som har med den sygemeldte borger at gøre (Discus (30), (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Det antages derfor at være væsentligt for en borger, der er sygemeldt med diffuse psykiske symptomer og lidelser, at få stillet en diagnose. Er dette tilfældet i den sociale praksis, og hvordan forholder borger og professionelle aktører sig hertil?

1.1.5 Systemernes tilgange til den depressive borger

Antropolog og sociolog Nanna Mik-Meyer har undersøgt hvorledes aktører i social- og sundhedssystemet betragter og forstår sygdom. Lægen, der repræsenterer sundhedssystemet, er uddannet til at fokusere på den individuelle krop og udredning af patologiske symptomer, mens sagsbehandlingen i socialsystemet ser på det hele menneske (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Det findes interessant at undersøge, hvordan den sygemeldte borger oplever aktørernes tilgange til dennes behandling? Noget tyder på, at de to aktører har byttet roller. Socialrådgiveren, der repræsenterer sagsbehandlingen, fremstår som havende et større fokus på den individuelle patologi og evne til at arbejde frem for det hele menneske, hvilket lægen modsat ser ud til at mestre (ibid). Hos de medvirkende læger eksisterer en forståelse af, at det socialfaglige system har en snæver forståelse af sygdom som udtryk for uarbejdsdygtighed. Det hænger sammen med beskæftigelsesorienterede krav i sagsbehandlingen, hvilke ikke altid fremkommer hensigtsmæssige i sygedagpengeforløb med diffuse lidelser (ibid.).

Læger beskriver, at det sociale system kan være potentielt sygdomsforværende, da især borgere med diffuse lidelser, uden diagnose, ofte kræver en pause fra arbejdsmarkedet for at kunne blive raske (ibid.). Ifølge de medvirkende læger i undersøgelsen, skal sygdom forstås bredere end blot som udtryk for uarbejdsdygtighed. Opfattelsen af sygdom skal rumme individets livssituation og ligeledes psykosociale faktorer (ibid). Lægen benytter desuden et sygdomsbegreb, hvor belastede psykosociale faktorer inddrages. Læger kan blive en beskyttende aktør mellem den sygemeldte og systemet for at sikre den pause fra arbejdsmarkedet, der af nogle læger vurderes nødvendigt hos borgere med depressive symptomer eller en depressionsdiagnose. Der ønskes større indblik i, hvorvidt denne funktion kan bekræftes af læger i praksis, og hvordan praktiserende læger beskriver deres tilgange til psykiske lidelser og sygemelding. Det kan tyde på, at læger presses til at stille en diagnose af socialsystemet, der er underlagt lovgivningens krav om tidsmæssigt planlagte samtaler med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Oplever læger et behov for at sikre deres patienter med psykiske lidelser gennem diagnoser?

Læger er afhængige af et velfungerende samarbejde med det sociale system, hvis borgeren skal helbredes og forhåbentlig vende tilbage til arbejdsmarkedet (ibid.). Det

findes derfor interessant at undersøge, hvorledes aktører i social- og sundhedssystemet beskriver samarbejdet om den depressive borger? Hvordan oplever socialrådgivere og praktiserende læger krydsfeltet, der opstår mellem det sociale- og sundhedsfaglige system, afgrænset til borgere med depressive symptomer samt depressionsdiagnosen? Og hvilken betydning har systemernes samarbejde for den pågældende borgers sygedagpengeforløb?

Lundemark Andersen taler om det medicinske paradigme, der har stadig større indflydelse på, hvordan det sociale system, herunder socialrådgiveren, forstår og håndterer begreberne sygdom og sundhed (Andersen (1)). Det sociale systems vurderinger er afhængige af en medicinsk diagnose for, at borgeren kan få anerkendt sin sygdom. Det sociale system fastlåses ved en medicinsk diagnose, der ikke i alle tilfælde, burde være det mest afgørende i en social situation. Det sundhedsfaglige system beskrives således at låse det sociale system fast (ibid.). Hvorledes det forholder sig således i praksis ønskes nærmere undersøgt. Hvilken betydning oplever socialrådgivere og praktiserende læger, at diagnoser spiller i de respektive systemer?

Lundemark Andersen fremhæver endvidere borgerens subjektive oplevelse af sin diagnose og situation. Ud fra disse samfundsmæssige omstændigheder ser det ud til, at der er behov for, at det sociale system udvikler en indsats, der skal sikre udgangspunkt i borgerperspektivet og forholde sig kritisk til den diagnostiske dominans (ibid.). På baggrund af den måde, hvorpå Lundemark anskuer det sociale arbejde, tyder det på, at det socialfaglige system har behov for færre lovgivningsmæssige regelsæt, der herved kan bidrage til mere optimale muligheder for socialrådgiveren til at anskue den sygemeldte borger som et helt menneske med depressive symptomer og eventuel diagnose. Med fokus på borgerperspektivet ønskes indblik i, hvorledes sygemeldte borgere oplever deres sygedagpengeforløb og diagnosticering?

1.1.6 Opsummering af problemfelt

Med den samfundsmæssige aktuelle diagnosekultur som overordnede problematik og rammedannende kontekst for projektets fokus og undersøgelser, findes det nærliggende at undersøge nærmere, hvorledes de to aktører som centrale

repræsentanter fra hvert system, oplever det krydsfelt de arbejder i og under. Sygedagpengeforløb vil optræde som særlig relevant for både socialrådgiver og læge, da denne socialfaglige indsats vil være omdrejningspunkt for samarbejdet og for borgerens sygemelding. Den enkelte borgers sygedagpengeforløb påvirkes af lægens udredning, hvor diagnosticering fremstår væsentligt. Diagnoser fungerer altså som ordensskabende rammer, der udsondrer og klassificerer de menneskelige træk, som ikke fremstår efterstræbellesværdige i samtiden. Måden hvorpå, mennesker skal forstås og fortolkes i samtiden, defineres i stigende grad af diagnoser (Brinkmann & Petersen (3)). Diagnoser fremstår således som værende af stor betydning for individer, der oplever depressive symptomer og er sygemeldte fra arbejdsmarkedet (Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø (36)).

I forlængelse af ovenstående problembeskrivelse forstås krydsfeltet som et felt, den enkelte borger befinder sig i, når omgivende faktorer hos den enkelte borger medvirker til, at borgeren må sygemeldes og udredes for en depressionsdiagnose. Herved kommer borgeren til at indgå som en del af både det sociale- og sundhedsfaglige system. De forskellige tilgange, systemerne har til en borgers sygdoms- og sygedagpengeforløb, giver anledning til oplevelsen af pres hos de involverede aktører borger, socialrådgiver og læge. Der fokuseres på borgere med psykiske diffuse lidelser, herunder depression og depressive symptomer, i dette krydsfelt. I forlængelse af ovenstående problembeskrivelse præsenteres projektets problemformulering.

2.0 Problemformulering

Hvordan oplever socialrådgivere og praktiserende læger det krydsfelt, der opstår i samarbejdet mellem socialsystemet og sundhedssystemet, når borgere sygemeldes med depressive symptomer eller depressionsdiagnosen?

Med afsæt i de aktuelle samfundstendenser og diagnosekultur ønskes diagnosers betydning undersøgt med særligt fokus på individets oplevelse heraf.

3.0 Metodeafsnit

I det følgende afsnit redegøres og argumenteres for den fænomenologiske samt hermeneutiske tilgang som videnskabsteoretisk retning. Herefter vil overvejelser om og kombineret af disse metoder belyses. Derudover beskrives valg af et semistruktureret kvalitativt interview som forskningsdesign samt tilvalg og fravalg af de ønskede deltagende informanter i interviewet. Der indgår desuden beskrivelse af i hvor høj grad dette i praksis er opnået. Den deduktive og induktive begrundelsesform vil præsenteres i relation til projektet, hvorefter der redegøres for etiske overvejelser i forbindelse med indsamling af empiri. Slutteligt fremgår overvejelser om empiriens reliabilitet, validitet, generaliserbarhed samt kritiske overvejelser af metode og videnskabsteoretisk retning.

Videnskabsteoretisk retning

Det vælges at lave et kvalitativt semistruktureret forskningsinterview, hvilket ikke kan gennemføres uden overvejelser om teoretisk position. De to videnskabsteoretiske retninger fænomenologi og hermeneutik er tæt forbundet med den kvalitative metodologi og kombineres ofte i en kvalitativ undersøgelse (Lunde & Ramhøj (19).

3.1 Argumentation for valg af videnskabsteoretisk retning

3.1.2 Fænomenologi

Betydningen af fænomenologi er ”læren om det som viser sig for os”. Den fænomenologiske tilgang omhandler en beskrivende lære om fænomener i verden og de erfaringer, der medfølger (Juul (14). Hovedinteressen og meningen er at indfange livet i dets reneste form ved at observere, hvordan mennesket får sine erfaringer, bliver bevidst og danner meninger ud fra sin livsverden. Ifølge Husserl, fænomenologiens fader, er menneskets livsverden en erfaringsverden, der udgør grundlaget for videnskabelig tænkning (Guldager (7). Han siger, at det ”*alene er afdækningen af erfaringshorisonterne, der klarlægger verdens virkelighed*” (Juul (14) p. 66). Husserl var af den overbevisning at for at klarlægge det virkelige i vores verden, må udgangspunktet være at få viden om, hvordan mennesket erfarer, sanser,

erkender og får bevidsthed (Guldager (7)). Vejen til objektiv erkendelse går gennem menneskers subjektive erfaringsverden (Juul (14)). Det centrale ord i fænomenologien er *subjektivitet*, da mennesket forholder sig til, danner sig en mening samt *handler* i verden i modsætning til naturen, der blot kan reagere på forandring, men ikke subjektivt forholde sig til forandringen (Guldager (7)). Fænomenologien bidrager med et *indefra*-perspektiv af mennesket. Det er blandt andet derfor, at det er essentielt at forskeren i denne tilgang, sætter sin egen forforståelse i parentes for at kunne kaste lys på informantens subjektive anskuelser med et åbent og fordomsfrit sind (ibid.).

3.1.3 Hermeneutik

Hermeneutik stammer fra græsk og betyder at tolke og forstå. Den tyske filosof og centrale hermeneutiker Hans-Georg Gadamer skriver i sit hovedværk ”Sandhed og Metode”: ”...hvordan enhver forståelse er en fortolkning ud fra en persons situation og vedkommendes forståelseshorisont” (Guldager (7) p. 117). Heri ligger, at den hermeneutiske tilgang er af den tanke, at den forudindtagede forsker aldrig forholder sig objektivt til de rene fakta. En forståelse i enhver sammenhæng vil således altid være præget af allerede erhvervede opfattelser (Guldager (7)). Gadamer m. fl. mener, at det i videnskabens verden er naivt og uholdbart at tro, at måden hvorpå andre mennesker forstås, kan ske uden forudsætninger og værdier, da mennesket er formet af det liv det har levet med fordomme og traditioner. Hvis man vil forstå mennesket og dets ageren, må man kende til de historiske betingelser (ibid.).

I hermeneutikken eksisterer den hermeneutiske cirkel. Når forskeren har én forståelse og gerne vil opnå en ny forståelse, må den oprindelige forståelse, der betegnes forforståelsen, sættes i spil. Den nye forståelse opnås gennem den hermeneutiske cirkel, hvor meningen kun forstås ved at se de enkelte dele i sammenhæng med deres helhed. Ligeledes forstås helheden ud fra de enkelte dele, som helheden skabes af. Begrebet horisontsammensmeltning forekommer, når to forståelseshorisonter oplyser noget i det samme perspektiv og på denne måde bidrager til en ny forståelse. Når en ny delforståelse ændrer helhedsforståelsen, er der tale om en horisontsammensmeltning (Juul (14)). Ved en fortolkende proces som eksempelvis processen ved udarbejdelse af et forskningsprojekt sker et skift mellem forståelsen af

en del, til forståelsen af helheden og omvendt. Enhver forståelse viser tilbage til en forforståelse, som er noget grundlæggende ved menneskets eksistens (Guldager (7)).

3.1.4 Valg af videnskabsteoretisk retning

I den fænomenologiske tilgang søger forskeren at afdække menneskets subjektive erfaringsverden, da det er afdækningen af erfaringshorisonterne, der klarlægger verdens virkelighed (Juul (14)). I dette projekt ønskes at opnå en subjektiv viden fra projektets informanter, bestående af en socialrådgiver, to praktiserende læger og en borger med depressionsdiagnosen. Der ønskes subjektive beskrivelser af deres erfaringer med krydsfeltet, der opstår i samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system ved samarbejde om en sygemeldt borger og dennes diagnose. For at opnå indsigt i, hvorledes depressive borgere i sygedagpengeforløb oplever diagnosens betydning for deres forløb samt oplevelsen af at være borger i et samfund, hvor en diagnosekultur og diagnosevækst eksisterer, inddrages desuden subjektive beskrivelser fra borgerperspektivet. Der søges således en subjektiv viden hos alle informanterne, hvilket kan betegnes et *indefra*-perspektiv (Guldager (7)).

Fænomenologien defineres som den ”rene” beskrivelse. Kritikere mener, at det er naivt at tro, at mennesker kan beskrive noget uden forudsætninger, da det ikke er muligt at arbejde forudsætningsløst. Det beskrives som essentielt at være åben, kritisk og bevidst om egen viden og egne forudsætninger, der herved kan sættes i spil, hvorfor forskeren således er åben for ny viden (ibid.). I den udformede interviewguide til projektets informanter ønskes det, at informanterne fortæller frit ud fra sine erfaringer, men spørgsmålene bærer i høj grad præg af den forforståelse, der er tilegnet gennem teoretiske undersøgelser og litteratur af området. Vi mener derfor ikke, at det for os i dette projekt hverken er muligt eller ønskværdigt at være udelukkende fænomenologiske. Vi betragter os nærmere som fænomenologiske i stil med blandt andre Max Weber og Birte Bech-Jørgensen (ibid.). De tilstræber lydhørhed, fleksibilitet og åbenhed og opgiver samtidig ikke typer af spørgsmål, der skaber mening og sammenhæng i interviewenes forløb, og som er konstrueret ud fra forforståelsen (ibid.), hvilket vi også har tilstræbt.

En anden kritik af den rene fænomenologiske beskrivelse er, at ”rene” beskrivelser uden forklaringer udelukkende bidrager til en forholdsvis fattig viden om det

fænomen, der studeres. Kritikere mener, at forklarende og fortolkende spørgsmål kan give en langt dybere forståelse af det, der studeres i forhold til det, den ”rene” beskrivelse kan give (ibid.). Gennem den forforståelse, der er opnået gennem litteratursøgning og udarbejdelse af projektets problembeskrivelse, opleves det at have fået brugbar viden, som det ønskes at gøre brug af både før og under udførelsen af interviewene.

I projektet ønskes det altså at være overvejende hermeneutiske med henblik på at opnå en horisontsammensmeltning af den oprindelige forforståelse, der er opnået gennem teori samt den empiri, der er tilegnet gennem udførelsen af interviews, hvorved en ny forståelse opnås. Sammensmeltningen af disse delforståelser vil tilsammen bidrage til en ny forståelse, hvilket er ensbetydende med en ny helhedsforståelse, der revideres af de nye delforståelser.

For at besvare projektets problemformulering gennem analyse og fortolkning af den indsamlede empiri, tages afsæt i forforståelsen. Af problembeskrivelsen fremgår vores forforståelse, der illustrerer, systemernes forskellige opfattelser af behandlingen til sygemeldte borgere med depressive og diffuse lidelser og dertilhørende formodede samarbejdsvanskeligheder. Præstationssamfundet medfører stigende krav til individerne samtidig med, at vi lever i en diagnosekultur. Der beskrives en depressionsepidemi, hvor diagnosen fremstilles som en ustilstrækkelighedspatologi, da lidelsen kan ses som et udtryk for mangel på evne til at kunne leve op til samfundets forventninger (Petersen (21)). Disse teoretiske anskuelser har udgjort forforståelsen ved projektets begyndelse, mens empirien har tilført underbyggende viden til forståelsen, men samtidig bidraget til nye anskuelser. De teoretiske betragtninger, der er beskrevet i problembeskrivelsen, har udgjort et springbræt for analyse og fortolkning af projektets empiri og problemstilling, hvortil yderligere teori er inddraget i udførelsen af undersøgelse heraf.

Efter besvarelse af projektets problemformulering gennem udførelsen af interviews og behandlingen af empirien i projektets analyse- og diskussionsafsnit er en ny forforståelse opnået, hvorfor helhedsforståelsen ligeledes er revideret. Den tidligere forforståelse danner fortsat grundlag for forståelse af projektets problemfelt. Når en ny delforståelse gennem projektets analyseresultater er opnået, ændres helhedsforståelsen, hvilket blandt andet ses ved systemernes modsatrettede tilgange til

sygemeldte depressive borgere, der kan føre til et dysfunktionelt samarbejde. Herved skabes et krydsfelt, hvor borgeren presses fra flere steder og kan opleve, at der ikke tages udgangspunkt i dennes livsverden. Der fremstår endvidere et væsentligt fund af analysen, der beskriver diagnosers afgørende rolle i samfundets systemer, hvor de blandt andet kan fungere som adgangsbillet til sociale ydelser. Socialsystemet beskrives at være afhængig af diagnoser som kategoriserende styrepind. På individniveau bidrager depressionsdiagnosen som et midlertidigt holdepunkt for det depressive individ, der ikke kan mestre præstationssamfundets stigende krav. Disse nye analyseresultater udgør nye delforståelser, der reviderer helhedsforståelsen og i en horisontsammensmeltning med den oprindelige forståelse, således skaber en ny helhedsforståelse.

3.2 Deduktiv begrundelsesform

Den deduktive begrundelsesform omhandler, hvordan mennesker skaber sikker viden og har rødder i en rationalistisk tradition, hvor fornuften er det vigtigste redskab. Der sluttes fra det almene til det specifikke, og man beviser noget gennem logisk udredning. Man må via fornuft foretage grundige begrebsanalyser for derigennem at skabe ny sikker viden. Den centrale erkendekilde ved deduktion er således fornuft og logisk slutning. Styrken ved denne begrundelsesform er sikker viden, hvis præmisserne accepteres, vil konklusionen være sand (Birkler (2)). Svagheden består i, at man ikke opnår ny grundlæggende viden, da det er en allerede eksisterende viden, der bekræftes, hvilket dog på sin vis stadig kan siges at være ny viden, da man får vished om, at den eksisterende viden er gyldig.

I projektet er begrundelsesformen overvejende deduktiv. Vi som forfattere har fået idéer til og ligeledes undersøgt sociale og samfundsmæssige tendenser, i form af diagnosers betydning i samfundet og i samarbejdet mellem social- og sundhedssystemet, ud fra teori som forforståelse. Her kommer den deduktive tilgang til udtryk. Vores forforståelse er efterfølgende sat i spil i projektets empiriske undersøgelse, hvor der er udformet spørgsmål med afsæt i den baggrundsviden, der er opnået gennem teorien. Projektets informanter har gennem interviewene forholdt sig til disse antagelser, der har dannet grundlag for de forberedte spørgsmål. På nogle punkter bekræftes de antagelser og tendenser, der udgør forforståelsen. Eksempelvis kan teorien om diagnosekultur og det moderne samfunds krav til individerne nævnes, da flere af projektets informanter udtaler, at de mange krav er med til at gøre folk

syge. Generel teori er altså undersøgt på konkret vis, og de konkrete situationer har bekræftet den generelle teori.

3.2.1 Induktiv begrundelsesform

Når noget begrundes induktivt, sker det gennem erfaring, der skal lede vej mod ny viden. Gennem erfaring sluttet via generalisering, hvor observationer ligger til grund for en generel beskrivelse. Fordelen ved den induktive tilgang er, at der skabes ny viden. Dette er dog også en svaghed, da det ikke nødvendigvis er sikker viden, der skabes, kun sandsynlig viden. Denne svaghed betegnes induktionsproblemet. Det induktive erkendepincip kræver, at viden skabes gennem erfaring. Induktionsproblemet beskriver, at ligegyldigt hvor mange observationer, der inden for et givent område foretages, kan man aldrig være sikker på, at næste observation ikke strider imod den første. Det afgørende punkt i den induktive begrundelsesform er altså, hvorvidt man kan slutte fra det, der allerede er erfaret, til det, der endnu ikke er erfaret (Birkler (2)). Det er således en nødvendighed at generalisere såfremt, der skal skabes ny viden. Når en hypotese fastholdes ud fra induktive slutninger, må man vænne sig til anvendelse af udtrykket 'alt andet lige'.

Deduktion og induktion er komplementære, da begge begrundelsesformer vil begrunde noget i spændingsfeltet mellem det, der sluttet fra vores kendsgerninger og observationer og det, der sluttet til teori. Forskellen på de to begrundelsesformer er fornuft og erfaring. Grundet denne komplementaritet (ibid.) er begge begrundelsesformer anvendt, da allerede eksisterende teoretisk viden er bekræftet gennem rationalitet og der er desuden opnået ny sandsynlig viden via erfaring.

Den deduktive tilgang anvendes i overvejende grad, men den induktive indgår ligeledes. Under udførelsen af interviewene var der flere spørgsmål, der afveg fra interviewguiden, da disse spørgsmål var interessante for en ny belysning af problemstillingen. Informanterne fortalte eksempelvis om, hvordan de oplevede dialog og rundbordssamtaler som vejen frem til et mere velfungerende samarbejde. Her kan, ud fra den induktive begrundelsesform, sluttet generelt, at dialog og rundbordssamtaler er bidragende til et bedre samarbejde social- og sundhedssystemet imellem. Denne viden betegnes i relation til induktionsproblemet som foreløbig, eftersom en ny interviewsituation med andre informanter kan bidrage med andre oplevelser om samarbejde. Det er altså både opnået at bekræfte allerede eksisterende

teori med konkrete eksempler ud fra den deduktive begrundelsesform, og der er ligeledes tilegnet viden fra konkrete situationer, hvorudfra der slutes noget generelt i tråd med den induktive begrundelsesform.

3.3 Metode og design

Metoden, der anvendes, er et kvalitativt forskningsinterview, da der ønskes en uddybende og dybdegående viden (Guldager (7)). Under udførelsen af interviewet forsøges det at være bevidst og kritisk over for egen forforståelse således, at der ikke 'lægges ord i munden' på informanterne, men at de har mulighed for at fortælle frit inden for afgrænsede områder, som det tilsigtes i den fænomenologiske tilgang. Der tages udgangspunkt i det narrative interview, som fokuserer på de historier, interviewpersonerne fortæller. I denne interviewform er der fokus på handlingen og opbygningen i fortællingerne. Historierne kan opstå spontant eller fremkaldes af interviewerens (Kvale & Brinkmann (17)).

Det ønskes at indsamle fortællinger fra informanterne om de centrale fænomener, projektet beskæftiger sig med. I interviewguiden formuleres overordnede forskningsspørgsmål, der afspejler projektets problemformulering.

Opbygningen af interviewguiden karakteriseres ved de konstruerede og planlagte spørgsmål, men har samtidig til formål at skabe mulighed for, at informanterne uddyber deres fortællinger. Herved indsamles både den forberedte viden, men også viden fra et nyt uforberedt standpunkt. Det ønskes derfor at være semistruktureret, hvorved der gøres brug af en guideline samtidig med, at det er muligt at løsrive sig fra interviewguiden og forfølge informanternes udsagn (ibid.).

Under udførelsen af interviewene fortalte flere af informanterne interessante oplevelser og erfaringer i relation til projektets problemstilling. Det valgtes at forfølge flere af udsagnene, hvorved viden om aspekter, som ikke var forudset inden udførelsen af interviewene, er opnået. Disse aspekter bidrager, udover besvarelse af problemstillingen, til nye vinkler herpå. Eksempelvis fortalte flere af informanterne om tiltag, der er sat i værk inden for de senere år, som de havde en oplevelse af, bidrog positivt til samarbejdet mellem socialrådgivere og læger. I nogle af interviewene blev den oprindelige interviewguide fulgt mere stringent. Dette valg

blev foretaget i selve interviewsituationerne baseret ud fra, hvad informanterne fortalte.

3.3.1 Beskrivelse af projektets informanter

Der ønskes informanter i form af socialrådgivere og praktiserende læger. Begge faggrupper skal have erfaringer med borgere, der har depressive symptomer eller en depressionsdiagnose. Desuden ønskes borgere med en depressionsdiagnose eller depressive symptomer som er eller har været i et sygedagpengeforløb.

Socialrådgivere ønskes som informanter, da de beskæftiger sig med sygemeldte borgere i sygedagpengeforløb, og praktiserende læger, da de oftest er den første person i sundhedssektoren, som borgeren har kontakt med, og som kender til borgerens livssituation. Disse aktører fra primær sektor følger borgerens forløb og får løbende tilbagemelding fra, eksempelvis sygehuset og socialsystemet, om borgerens situation. Der ønskes viden om erfaringer fra henholdsvis socialrådgivere og læger om denne borgergruppe. Dette kan både være borgere, der på nuværende tidspunkt er i behandling eller i et sygedagpengeforløb, og det kan ligeledes være borgere, hvis forløb er afsluttet. Der ønskes desuden en sådan borger som informant, da denne er omdrejningspunkt for systemernes behandlinger. Den pågældende borger skal være i et sygedagpengeforløb og være diagnosticeret med en depression eller blot have depressive symptomer uden en diagnose. Borgeren kan enten være i et sygedagpengeforløb på nuværende tidspunkt eller have afsluttet forløbet. Det væsentlige er, at borgeren har erfaringer og oplevelser at bidrage med.

Det lykkedes at lave aftaler med to praktiserende læger, en socialrådgiver, samt en borger. Vi udsendte mails til en liste af forskellige lægeklinikker i Aalborg og omegn og fik svar tilbage fra to læger, der gerne ville deltage i et interview. Praktiserende læge Lotte er 62 år gammel og har 23 års praksiserfaring. Jens er 57 år og har 22 års erfaring, hvilket betyder, at de begge har mange oplevelser at bidrage med. Trost og Jeremiassen skriver om strategisk udvælgelse, hvor informanter udvælges efter bestemte kriterier i modsætning til tilfældig udvælgelse (Trost & Jeremiassen (24).

I dette projekt har eneste kriterium været, at informanterne skulle have erfaring at bidrage med, hvorfor helt nyuddannede fagpersoner var udelukket. Gennem den ene læge fik vi kontakt til en borger, der har været i et sygedagpengeforløb hos

kommunen og med en diagnosticeret depression. Kirsten er 41 år gammel, gift, har to børn og er uddannet pædagog. Hun var sygemeldt med depressive symptomer i en periode, hvor hendes læge ikke vurderede symptomerne tilstrækkelige til diagnosticering af en egentlig depressionsdiagnose. Kirsten betragtes i den første tid af sin sygemelding som tilhørende gruppen af mennesker med diffuse lidelser og har derfor kunnet bidrage med oplevelser af at være i et sygedagpengeforløb med og uden en diagnose.

Vi ringede og sendte mails til flere jobcentre og kom til sidst i kontakt med en socialrådgiver, der gerne ville deltage. Ønsket var at få to socialrådgivere, men dette lykkedes desværre ikke på grund af udeblivende tilbagemelding. Den deltagende socialrådgiver Sara er 36 år, gift og blev uddannet socialrådgiver i 2003, hun har 12 års praksiserfaring. Sara er desuden faglig koordinator for socialrådgivere i sin kommune.

Socialrådgiverne betragtes i forhold til projektets problemstilling som samfundets og systemets socialfaglige repræsentant gennem tilknytning til jobcenter og sygedagpengeforløb. Da det kun er lykkedes at skabe kontakt til en enkelt socialrådgiver inden for projektets tidsmæssige ramme, kan den sundhedsfaglige vinkel fremstå overrepræsenteret i det samlede billede af det empiriske materiale. Det findes derfor relevant at inddrage supplerende litteratur om det sociale arbejde, herunder socialrådgiverens lovgivningsmæssige arbejdsgrundlag i samarbejdet med sundhedssystemet om den sygemeldte depressive borger.

Informanten Kirstens socialrådgiver, der fremstilles og beskrives i det respektive borgerinterview, har ikke haft mulighed for at forklare sin rolle i Kirstens sygedagpengeforløb og kan således ikke bidrage med sit synspunkt i det empiriske materiale, der beskrives af Kirsten.

3.4 Ethiske overvejelser

Inspiration om etikken omkring et interview er hentet i Kvale og Brinkmanns bog ”Interview” (Kvale & Brinkmann (17)). Der er adskillige etiske spørgsmål at overveje inden, under og efter foretagelsen af et interview, som er essentielt at have i tankerne. Blandt andet hvilken grad af information, der skal gives om undersøgelsen på forhånd, samt hvilke konsekvenser, undersøgelsen har for de deltagende

informanter. Inden udførelsen af selve interviewet oplyses informanterne om, at interviewet er anonymt. Derudover er det vigtigt at oplyse informanterne om, at de til enhver tid kan trække sig og kun skal svare på det, de indvilliger i. Når optageren er slukket, skal interviewsituationen afsluttes på en reel måde således, at informanterne ikke sidder tilbage med uafklarede spørgsmål. Intervieweren må sikre ordentlige omstændigheder og gøre situationen tryk og behagelig for informanterne. Herved opnås de mest optimale interview-situationer, som med stor sandsynlighed producerer de bedste interviews (ibid.).

3.5 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler troværdigheden af forskningsresultater, hvori der ligger en forståelse af, at en måling på ét tidspunkt skal give det samme resultat i en identisk måling på et senere tidspunkt. Dette forudsætter statistiske forhold, hvilket ikke kendetegner kvalitative interviewundersøgelser. Derfor må reliabilitetsbegrebet forstås anderledes i kvalitative undersøgelser sammenlignet med kvantitative.

I kvalitative interviews handler reliabilitetsbegrebet i høj grad om interviewerens kvalifikationer, og hvordan denne mestrer at skabe den mest gunstige interviewsituation. En dygtig interviewer er inde i interviewemnet, skal være i stand til at kunne hjælpe informanterne med at udvikle deres fortællinger, mestre samtalsprog og have øre for informanternes sproglige stil (ibid.). I nærværende projekts interviews var der tæt på udførelsen af interviewene foretaget en del research om emnet, og intervieweren har tidligere beskæftiget sig med lignende problemstillinger inden for samme emne. Hun var således velbevandret i emnet, hvilket gav optimale forudsætninger for at afvige fra interviewguiden og forfølge nye og relevante emner, der i høj grad opnåedes. Troværdighedsbegrebet omhandler endvidere udsagn, der kan sige noget om undersøgelsens troværdighed, hvilket blandt andet kan dreje sig om, om informanterne vurderes at være oprigtige (ibid.). Ud fra det, projektets informanter fortalte samt deres kropssprog, vurderes de som ærlige, der indikeredes ikke modsat. Socialrådgiveren og den ene læge optræder begge som repræsentanter for deres faggruppe og virkede tro mod denne rolle i form af oprigtighed.

I sammenhæng med reliabilitet undersøges det, om der ville kunne opnås lignende svar i et tilsvarende interview på et senere tidspunkt (ibid.) Det er vanskeligt at sige,

hvad andre informanter ville svare til samme problemstilling, men ud fra projektets teori, der underbygger informanternes udsagn, vurderes disse som realistiske at kunne reproducere på et senere tidspunkt. Nærværende projekts interviews vurderes altså at have en god reliabilitetsgrad.

3.6 Validitet

Validitet omhandler, at dét man tilsigter at måle rent faktisk måles i praksis. Opnås det tilstrækkeligt at undersøge det, der ønskes viden om. Inden for validitet kan man se på, om designet af undersøgelsen er optimalt for den viden, der ønskes, eller om det havde været mere hensigtsmæssigt at vælge et andet design (ibid.).

I empirien er der opnået viden om informanternes oplevelser af det samarbejde, der eksisterer i social- og sundhedssystemet mellem socialrådgivere og læger samt viden fra en borger med depression, der har kunnet bidrage med oplevelser af at være i et sygedagpengeforløb både med og uden en depressionsdiagnose. Derudover har alle informanter fortalt om subjektive oplevelser af den nutidige samfundskultur og diagnosers rolle heri. Samtidig er problemstillingen belyst med nye vinkler, der opstod i interviewsituationerne og ledte tankerne hen på nye og uddybende spørgsmål, som bidrog til, at informanterne fortalte uddybende både om planlagte samt nye emner, der har vist sig interessante for projektets problemstilling. Her er blandt andet opnået viden om informanternes syn på tiltag, der bidrager til et velfungerende samarbejde. Da det ønskedes at få en dybdegående og subjektiv viden fra et udsnit af de personer, der er centrale aktører i nærværende projekts beskrevne krydsfelt, anses designet i form af kvalitative interviews som værende hensigtsmæssigt og relevant til formålet.

En anden måde, hvorpå man kan måle validiteten i kvalitative interviews, er gennem kontrol af leddene i forskningsprocessen, eksempelvis testning af transskriptionen. Dette kan gøres ved at sammenligne flere transskriptioner af samme interview for herved at teste om indholdet stemmer overens, og om samme viden er opnået i begge (ibid.). Dette led i kontrollen af processen er ikke testet i nærværende projekt, men da der er skrevet direkte af efter diktafonen, antages det at udsagnene er korrekt gengivet. Det vurderes, at der er en god forståelse for informanternes sprog og udtalelser. Under interviewene blev der stillet uddybende spørgsmål, blandt andet beskriver den praktiserende læge Lotte tiltag i kommunen som mindfulness og her

spørges der uddybende ind til, hvorvidt det er for at give sygdomsindsigt. Det opleves således at udsagnene er forstået korrekt.

Undersøgelsens validitet betragtes som værende god, da der er opnået viden om det, der ønskedes.

3.7 Generaliserbarhed

Generaliserbarhed henviser til den omfangsmæssige værdi af undersøgelsens resultat. Dette begreb bruges især ved kvantitative undersøgelser, der søger at oplyse om udbredelsen af et bestemt fænomen (ibid.). I denne undersøgelse ønskes frem for alt en dybdegående viden om projektets problemstilling. Ud fra fire informanter kan der ikke sluttet noget generelt, men der er tegnet et billede af en tendens, der er i tråd med projektets teori. Hvis der skulle sluttet noget mere generelt, måtte antallet af informanter være markant højere eller der måtte suppleres med undersøgelser der måler kvantiteten, hvilket har ikke været muligt inden for den tidsmæssige ramme. Generaliserbarhed kan i henhold til kvalitative interviews ligeledes måles på om den viden, der produceres i en bestemt interviewsituation kan overføres til lignende situationer (ibid.). Dette anskues i nærværende projekt som værende sandsynligt, baseret ud fra den viden, der er tilegnet omkring social- og sundhedssystemets forskellige tilgange til sygemeldte borgere, samt informanternes oplevelse af et samfund med en diagnosekultur, hvor der stilles høje krav til individerne, da denne viden ligeledes underbygges teoretisk og herved må betragtes som sandsynlig og generaliserbar.

3.8 Kritisk vurdering af projektets metode og videnskabsteoretiske ståsted

I nedenstående kastes et kritisk blik på projektets metode samt videnskabsteoretiske retning.

Kvantitative undersøgelsesmetoder bidrager til at besvare, *hvor meget* af en slags (Kvale & Brinkmann (17). Gennem interviewene tilegnes en afgrænset og dybdegående viden. Der er mulighed for at anvende mixed methods, hvor en kombination af kvalitativ samt kvantitativ empiri tilegnes (ibid). Herved opnås en dybdegående samt omfangsmæssig større viden sammenlignet med kvalitative interviews. Ved kombination af disse metoder vil det være muligt også at opnå

information om, hvor mange socialrådgivere, læger og borgere, der deler et bestemt standpunkt, og dermed hvor udbredt det er. Grundet det tidsmæssige perspektiv ses dette som urealistisk, og det er derfor prioriteret at opnå den kvalitative og dybdegående viden, der ses som den vigtigste form for empiri til besvarelse af nærværende projekts problemstilling.

Der er indsamlet relevant og anvendeligt empiri af repræsentanter fra borgerperspektivet og fra social- og sundhedssystemet. Der ønskedes et samlet billede af de tre centrale aktørers perspektiver i problemfeltet, hvilket er opnået. Den indsamlede empiri vurderes derfor som fyldestgørende og dækkende til formålet, ligesom det fremgår af projektets validitet. En større empiriindsamling og således bredere undersøgelse ville have styrket projektets overførbare, generaliserbarhed og anvendelsesgrundlag ved en bredere undersøgelse i form af større kvalitativ undersøgelse med flere antal informanter.

Projektets videnskabsteoretiske retning kan som alternativ til den hermeneutiske og fænomenologiske være socialkonstruktivistisk, der grundlæggende handler om, at dét, vi mennesker kan erfare og erkende er afhængig af vores idéer, begreber og målemetoder. Menneskets viden er således skabt af mennesker med bestemte målemetoder og idéer og er derfor socialt konstrueret (Guldager (7)). Nærværende projekts empiri er ligeledes baseret på viden udtrykt af mennesker på baggrund af disses værdier og begreber fra de empiriske informanter, der i kvalitative interviews har bidraget med subjektiv viden og erfaring. Vi betragter os dog som hermeneutiske og fænomenologiske, da der i projektet tages udgangspunkt i hermeneutikkens begreb for forståelse, der sættes i spil med henblik på en ny forståelse gennem frie fortællinger af individets subjektive erfaringer.

Argumentationen for at være hermeneutiske og ikke tage udgangspunkt i eksempelvis positivismen, som en helt anden tilgang, er, at problembeskrivelsen og -formuleringen lægger op til denne videnskabsteoretiske tilgang. Gennem empirien ønskes det at opnå subjektiv og dybdegående viden om, hvorledes socialrådgivere og praktiserende læger ser og oplever det krydsfelt, der udspiller sig mellem det sociale- og sundhedsfaglige system i samarbejdet med sygemeldte borgere og psykiatriske diagnoser, da disse aktører er centrale i krydsfeltet. Derudover ønskes viden om sygemeldte borgers

oplevelser med at befinde sig heri og således mellem aktørerne. Derfor findes socialrådgiveres, lægers og borgeres erfaringer særligt relevante, når fokus rettes mod omstændigheder inden for dette område. Her er et positivistisk syn med *udefra*-perspektiv, hvor mennesket ”anskues som en brik” ikke aktuelt (Guldager (7), da der i nærværende projekt ønskes subjektive betragtninger og erfaringer og dette opnås på bedst mulig vis ved anvendelse af *indefra*-perspektivet frem for et objektivt *udefra*-perspektiv.

4.0 Teori og analyse

Analysen udspiller sig på tre samfundsmæssige niveauer, hvilket opbygningen vil afspejle. Analysedelene struktureres med udgangspunkt i projektets tematisering baseret på det empiriske materiale.

Analyse- og teoriafsnittet indledes på strukturelt niveau med teori om det sociale arbejdes kontekst, hvorefter en sammenkobling mellem analysens struktur og det systemteoretiske perspektiv beskrives. Der redegøres for de lovgivningsmæssige reglementer, socialrådgivere arbejder inden for. Social- og sundhedssystemets dominerende karakter skildres og analyseres med empirisk og teoretisk materiale af blandt andet antropolog og sociolog Nanna Mik-Meyer og et projekt fra Århus Kommune, der inddrages som supplement til nærværende projekts empiri. Bourdieu og Foucaults teori anvendes til analyse af borgerens møde med systemerne.

Videre rettes fokus mod præstationssamfundet og de krav, det stiller til individet. Til at skildre de vilkår, det moderne samfund skaber for borgere, inddrages sociologer som Petersen, Bauman, Giddens og Ehrenberg til analyse af den samfundsmæssige kontekst, hvor flere og flere individer sygemeldes med depressive symptomer. Den diagnostiske vækst og udvikling i samme samfundskultur anskues på baggrund af psykolog Svend Brinkmann, der beskæftiger sig med den diagnosekultur, der udspiller sig i samfundet for at klarlægge diagnosens betydning i systemerne og for det enkelte menneske. Brinkmann bidrager med epidemi- og patologiseringsforklaring, der anvendes som redskab i forsøg på at forstå og forklare den stigende menneskelige sårbarhed som samfundstendens. Slutteligt analyseres samarbejdet mellem læger og socialrådgivere og sættes i relation til det systemteoretiske perspektiv.

Strukturelt niveau

Inden for projektets fokusområde omhandlende det krydsfelt, der opstår mellem det sociale- og sundhedsfaglige system i behandlingen af borgere, sygemeldt med depressive symptomer og depressionsdiagnosen i sygedagpengeforløb, eksisterer en

gensidig påvirkning og afhængighed mellem det strukturelle samfundsniveau og individniveau. Fokus er på krydsfeltet mellem de to systemer, som begge befinder sig på disse niveauer, hvorfor analysen inddeles i henholdsvis strukturelt-, gruppe- og individniveau. Gruppeniveauet fremtræder i afsnittet om samarbejdet mellem systemerne. På trods af denne konstruktion forekommer elementer fra strukturelt- og gruppeniveau på individniveau og omvendt, da der ikke kan analyseres uden kombineret af disse ved anvendelse af et helhedsperspektiv på samfundet og det sociale arbejde. Med afsæt i de tre niveauer struktureres analysen på baggrund af udvalgte temaer fremkommet gennem systematisering af interviewmaterialet, hvoraf de empiriske data analyseres med relevant og aktuell teori.

4.1. Systemteoretisk tilgang

Systemteorien bidrager til at indfange komplekse situationer samt opnå en helhedsorienteret tilgang til det sociale arbejde. Systemteorien forsøger at skabe balance mellem de tre niveauer individ-, gruppe- og samfundsniveau således, at teorien behandler og inddrager alle niveauer (Hutchinson & Oltedal (11)). På det samfundsmæssige niveau undersøges i dette projekt, de forhold, der eksisterer i arbejdet med sygedagpengeforløb hos borgere med depressive symptomer og en depressionsdiagnose i social- og sundhedssystemet. Her indgår ligeledes et samfundsmæssigt blik på diagnoser. Samtidig undersøges på individniveau, aktørernes oplevelser med sygedagpengeforløb. De praktiserende læger og socialrådgiveren spørges til deres oplevelser af samarbejdet to organisationer imellem i form af jobcentret og lægeklinikker. Disse organisationer befinder sig på et gruppeniveau, og herved kan man, ud fra systemteorien, anskue projektet som at nå omkring både individ-, gruppe- og samfundsniveau.

4.2 Det sociale arbejdes kontekst

Det sociale arbejde er i høj grad formet af det miljø, det udspiller sig i. Socialarbejdere er styret af formålet med deres praksis. Grundlaget for den faglige praksis i det sociale arbejde skabes af og gennem de miljøer og den kontekst, der arbejdes i (Healy (8)). I dette projekt ønskes undersøgt, hvilken betydning diagnoser har for udførelsen af det sociale arbejde i samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system. Det undersøges, hvorledes socialrådgivere og læger oplever

samarbejdet med målgruppen depressive borgere, samt hvordan disse borgere oplever at befinde sig i dette krydsfelt mellem systemerne. Derfor inddrages relevant teori om den kontekst systemerne udspiller sig inden for, i form af den reglementering socialrådgivere arbejder inden for samt medicinske begrebers samfundsmæssige dominans. Det sociale arbejdes kontekst er samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system omkring diagnoser, og hvilken betydning denne kontekst har for den sygemeldte borgers sygedagpengeforløb. I dette projekt tages altså udgangspunkt i hvilke betingelser, der eksisterer for udførelsen af det sociale arbejde, afgrænset til arbejdet med den depressive borger i et sygedagpengeforløb.

Der præsenteres herunder en beskrivelse af det sociale- og sundhedsfaglige system, da det sociale arbejde udføres inden for disse systemer. Dette for at tydeliggøre på hvilken måde forholdene inden for disse systemer kan påvirke samarbejdet mellem disse og den sygemeldte borgers forløb.

Reglementering i det sociale system

Det sociale arbejdes fornemste opgave er at muliggøre alles deltagelse i samfundet, (Guldager & Skytte (6) hvorfor det socialfaglige system må være beskæftigelsesorienteret i sin tilgang til sygemeldte borgere. Det skal tjene samfundet, men også den enkelte borger. Det skal give borgerne noget og samtidig stille krav til dem. Det balancerer mellem samfundskrav til borgerne om at arbejde og samfundsmæssige krav om borgernes autonomi, tryghed og sikkerhed. Socialarbejderen arbejder under en lovgivning, der udstikker nogle økonomiske og socialpolitiske rammer (ibid.).

Antallet af nye love er vokset gennem det 20. århundrede. Det samme gør sig gældende inden for regelstof og reglementer. De retslige regler ses som et effektivt middel til at realisere de mål, som politikerne ønsker realiseret (Dahlberg-Larsen (5). Des flere regler, der eksisterer, des sværere bliver overskueligheden af retssystemet. Det kan blive vanskeligt for socialrådgivere, der må bruge lang tid på at sætte sig ind i disse regler. Den stigende mængde af regler kan risikere at forvirre og bidrage til utryghed, hvis overskueligheden og gennemsigtigheden i reglementerne forsvinder (ibid.). Når reglementering er markant mere dominerende end tidligere, kan det være en udfordring for socialarbejderen at forholde sig til disse regler. Dorte Caswell,

lektor på institut for sociologi og socialt arbejde, beskriver forskellige udfordringer ved det beskæftigelsesrettede sociale arbejde. Hun fremhæver blandt andet væsentlige udfordringer, der eksisterer ved komplekse borgere med eksempelvis depressive og diffuse lidelser, hvor behovet for individualiserede sygedagpengeforløb særligt skinner igennem (Guldager & Skytte (6)). Et sygedagpengeforløb strukturerer og tilrettelægger en sygemelding med udgangspunkt i borgerens sygdomsforløb og lægens vurdering. Socialrådgiveren indkalder til jævnlige samtaler, hvorudfra der planlægges og iværksættes særlige tiltag til den sygemeldte borger med henblik på at styrke vedkommendes vej tilbage på arbejdsmarkedet (Sygedagpengeloven (26)).

Aktørernes dominerende udtryk

Det sociale- og sundhedsfaglige system har forskellige forståelser af behandling af sygemeldte borgere, hvilket kan føre til forskellige oplevelser af krydspres. Der kan sandsynligvis være tale om komplekse og dominerende relationer sagsbehandlere, læger og borgeren imellem (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Både sagsbehandlere og læger er aktører inden for systemer med samfundsmæssig dominans, som har indflydelse på hinanden og på den sygemeldte borger, der befinder sig i krydsfeltet. Disse relationer eksisterer i et krydsfelt, hvor systemerne arbejder med forskellige syn på behandlingen på trods af et fælles mål og gensidig afhængighed af samarbejde, hvilket formentligt vil føre til forskellige former for dominans, der udspiller sig i krydsfeltet mellem de to systemer.

I det følgende skildres det sociale- og sundhedsfaglige systems udtryk og indflydelse i krydsfeltet, hvor samarbejdet om den sygemeldte borger udspilles i en analyse af projektets empiriske materiale. Projektets empiri inddrages på baggrund af den tematisering, der er udarbejdet og struktureret med udgangspunkt i transkriptionerne af de kvalitative interviews. Tematiseringen kan læses i bilagene.

4.3 Strukturelle diskurser i det sociale arbejde

4.3.1. Den biomedicinske diskurs

Karakteren af det sociale arbejde påvirkes af dominerende diskurser blandt andet den biomedicinske. Socialarbejdere udøver service i social- og sundhedssektoren og må

derfor have en forståelse for det biomedicinske, der definerer, hvad sand viden er (Healy (8)). Det kræves således, at socialarbejdere har indsigt i og forståelse for sundhedssystemet. Dominansen af den biomedicinske diskurs i samarbejdet med socialsystemet kommer af projektets empiriske materiale tydeligt til udtryk ved afhængigheden af lægeattester. Empiriens socialrådgiver Sara siger: ”... *Men det er jo fordi, at man vælger fra lovgivers side at binde alting op på lægeerklæringer nu om dage*”. Hun udtaler, at der af lovgivningen kræves et stigende antal lægeattester samtidig med, at lægens vurdering får større betydning. Den praktiserende læge og informant Jens supplerer oplevelsen af det markante fokus på lægeerklæringer: ”... *Jeg synes, at behovet for lægeerklæringer er eksploderet...*”. Den biomedicinske diskurs fremkommer både teoretisk og empirisk dominerende, hvor socialsystemet er afhængig af lægeattester og sommetider forsinkes, hvis attesterne ikke er udfyldt korrekt og derfor må udfyldes på ny. Socialrådgiverne mangler herved erklæringerne og kan ikke komme videre med borgerens sag: ”...*Vi får simpelthen ikke de erklæringer, og derfor kan vi ikke tildele borgeren ydelsen, hvilket jo kan ende med, at borgeren så ender på kontanthjælp, fordi vi jo så ikke har mulighed for at træffe en kvalificeret afgørelse, fordi der står i lovgivningen, at vi skal have den skide attest*”. Empiriens socialrådgiver Sara beskriver, at manglen på lægeerklæringer kan medføre, at borgeren ender på kontanthjælp, fordi socialrådgiveren ikke kan tildele sygedagpenge eller anden ydelse, som var tiltænkt borgeren.

Når den biomedicinske diskurs beskrives som dominerende, fremstår lægernes fagområde, herunder erklæringer og attester til det sociale system som værende af særlig dominerende karakter for den pågældende borger og dennes vej gennem systemet. Med udgangspunkt heri udledes en åbenlys form for dominans i sundhedssystemet i samarbejdet med det sociale system.

Den biomedicinske dominans medfører, at socialarbejdere må lære at forstå og bruge biomedicinske termer for at kunne kommunikere tilstrækkeligt inden for praksissituationer, hvor det sundhedsfaglige er til stede (Healy (8)). Hvis konteksten for det sociale arbejde forstås, kan det erkendes på hvilken måde, denne kontekst influerer på praksis, og hvordan der kan laves ændringer her inden for, der kan bidrage til positive ændringer inden for praksis (ibid.). Når socialarbejderen opnår en forståelse af den biomedicinske diskurs, der påvirker og former praksiskontekster i det sociale arbejde, forbedres socialarbejderens evne til at forstå og bruge den

biomedicinske kurs inden for bestemte praksisser (ibid.). Af det empiriske materiale beskrives en barriere i samarbejdet systemerne imellem, idet fagsproget hos aktørerne i de respektive systemer kan være svært at tyde og forstå faggrupperne imellem. Socialrådgiver Sara angiver, at lovgivningen for attester er ændret og strammet op sammenlignet med for 3 år siden, hvilket nødvendiggør, at socialrådgiverne har viden om medicinske fagudtryk eller har et samarbejde med en fagperson, der kan oversætte og forklare disse udtryk. Sara giver udtryk for, at de lægefaglige begreber ikke altid er nemme at forstå, hvorfor der er behov for en fagperson med en lægefaglig baggrund til at tolke medicinske begreber: *”...vi har også brug for en hjælper til at tolke lægelige begreber”*. Hun beskriver, at socialrådgiverne har et vellykket samarbejde med en lægekonsulent, der for nyligt er blevet ansat i jobcentret, og som kan fungere som en slags formidler og bindeled mellem socialrådgiver og læge, når de skal kommunikere.

Projektets informant og praktiserende læge Jens har en anderledes opfattelse af den pågældende kommunes iværksatte tiltag med en lægefaglig konsulent: *”Altså det er fuldstændig skørt. Det der har jeg hørt, altså jeg synes det er, det er virkelig risikabelt, fordi nu sidder der så bare endnu en sagsbehandler, som tilfældigvis også er læge og vurderer, at det behøver vi ikke spørge en læge om det der...”*. Jens mener, at der i højere grad kan ske uhensigtsmæssige ting, når dialogen foregår gennem en tredje part i form af en lægefaglig konsulent. Det er risikabelt, fordi der kan ske fejlvurderinger. Jens mener, at dialogen burde foregå mellem den pågældende læge og socialrådgiver.

Det sundhedsfaglige system optræder endvidere indflydelsesrigt i bogen *”Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser”*, hvor Nanna Mik-Meyer i sin undersøgelse beskriver et magtfuldt klassifikationsarbejde inden for sundhedssystemet. Det sker i forbindelse med vanskelige udredninger, der ikke er entydige, men af en mere diffus karakter. Hun fremhæver kontekstens betydning for, om et menneske vurderes sygt eller raskt og derved får en diagnose. Socialrådgiver Sara giver blandt andet udtryk for sundhedssystemets dominans på følgende måde: *”...altså at der er en læge, der giver adgang til offentlige ydelser qua diagnostikken, og så bliver det til en diagnosejagt for rigtig mange”*. Sundhedssystemets klassifikationsarbejde bliver her konteksten, der afgør og dikterer borgerens videre vej gennem systemerne og vil, i følge Mik-Meyer,

påvirke borgerens forståelse af sin sundhedstilstand (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20).

Projektets empiriske informant Kirsten oplevede i begyndelsen af sit sygdomsforløb¹, der var præget af tiltagende depressive symptomer, frustration over, at hendes læge flere gange vurderede, at hun ikke var syg nok til en egentlig diagnose. Kirsten befandt sig således i en situation, hvor hun oplevede diffuse psykiske symptomer, men uden at 'være berrettiget' til en egentlig depressionsdiagnose, der formodes at have bevirket en anden vej gennem systemerne: ”... *Selvom det frustrerede mig, når jeg jo oplevede alle symptomer på en depression. Jeg blev faktisk endnu mere bekymret der.*” Kirstens forståelse af sin sundhedstilstand påvirkedes altså i en grad, der gav anledning til frustration over den manglende overensstemmelse mellem egen oplevelse af sin tilstand sammenlignet med lægens. Kirstens forståelse af sin sundhedstilstand ændredes, da hun fik stillet diagnosen depression efter et halvt år med depressive symptomer, hvorved hendes sygedagpengeforløb ligeledes ændredes. Ret til behandling, sygemelding og bestemte ydelser i det sociale system udgjorde nu vejen gennem systemet, hvilket desuden bidrog til en øget forståelse hos socialsystemet af Kirstens sygdomstilstand. Dette understøttes af Maja Lundemark Andersen, der ligeledes peger på, at det medicinske paradigme har afgørende betydning for det sociale arbejdes måde at forstå sygdoms- og sandhedsbegrebet på gennem blandt andet diagnoser (Andersen (1). Projektets empiriske socialrådgiver Sara medgiver sundhedssystemets dominerende indflydelse på hendes daglige arbejde: ”*Jamen vi bliver da påvirket. Fordi vi tilrettelægger jo forløbet alt efter, hvad lægen noterer*”.

4.3.2. Den socialfaglige diskurs

Denne beskæftigelsesorienterede tilgang suppleres af en samfundsmæssig diskurs, der eksisterer omkring forståelsen af sygdomsbegrebet, hvor læger betragter det socialfaglige system som havende en snæver forståelse af sygdom som udtryk for uarbejdsdygtighed (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20). Denne sygdomsforståelse inddrager ikke andre psykosociale faktorer i sin betragtning af den sygemeldte borger,

¹ Sygdomsforløb defineres i projektet som den periode, hvor den psykiske lidelse i stigende grad har domineret hos informanten Kirsten. Det vil sige perioden, hvor Kirsten startede med at opleve depressive symptomer og frem til raskmelding.

hvorimod fokus på dennes evne til arbejde og tidshorisonten for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i stedet er i højsædet. Det drejer sig om beskæftigelsesorienterede tiltag i sagsbehandlingen, der fremstår uhensigtsmæssige i sygedagpengeforløb med diffuse lidelser. Ifølge læger, kan systemet være potentielt sygdomsforværende, da det markante fokus på at få borgeren tilbage i beskæftigelse risikerer at gå ud over borgerens helbredsmæssige tilstand, hvis denne ikke er parat. Dette kan hænge sammen med begrebet Workfarestrategi, der er beskrevet i projektets indledning, hvor normalitet defineres gennem deltagelse på arbejdsmarkedet (Torfing (23)). Diagnoser spiller her en vigtig rolle, da de besidder legitimitet i socialsystemet, hvorfor borgere med diffuse symptomer udsættes for et øget pres. De vil formentlig betragtes som afvigende fra normaliteten ud fra Workfarestrategien, da diffuse lidelser ofte medfører sygemelding og tab af arbejdsevne, men ikke kan passes ind i en diagnose således, at lidelsen legitimerer sygemelding fra arbejdsmarkedet.

Læger fra Mik-Meyers undersøgelse mener, at det socialfaglige system er dominerende på baggrund af et strukturelt pres med et voksende antal reglementer (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Dette anskues ud fra "Top-Down" teorien, hvor lovgivning og implementering af en bestemt politik udformes på strukturelt plan i folketinget og går gennem kommunen og frontlinjemedarbejdere og til sidst til befolkningen. Herigennem får systemet og dets gældende lovgivning sit dominerende udtryk over for borgeren (Caswell, Dall & Madsen (29)). Ved at føre "Top-Down"-politik får systemet stor indflydelse på den enkelte borgers forløb. Socialrådgiver Sara bekræfter, at "Top-Down"-politikken influerer på socialsystemets praksis: *"...Og det er jo ikke nogle rammer, som vi har lavet, det er nogle rammer som den, til enhver tids siddende regering, har lavet. Og så forvalter vi jo ligesom dem efter evne..."*

Den empiriske læge Lotte beskriver desuden et pres i form af tidsbegrænsninger som socialsystemet er pålagt at overholde: *"Jamen det er jo svært – også fordi de har deres love og deres tidsbegrænsning og hist og pist..."*. Lotte giver flere gange udtryk for socialsystemets dominerende utryk i form af den omfattende lovgivning. Lotte søger at beskytte patienterne mod systemets dominans ved at påvirke sin patients sagsbehandling gennem diagnosticering og notater i statusattesten: *"... Men det er så et pres fra kommunen og i forhold til patienten. Og vi gør det jo så, altså for*

patientens skyld, ikke også? For måske at fremme, at de måske kan få et eller andet, hvis de skal have en pension, eller flexjob eller et eller andet.. Hvad de nu skal have”. Af citatet udledes et ønske fra lægens side om at sikre sin patient retten til sociale ydelser samt at undgå, at patienten udsættes for pres af det socialfaglige system, men at socialrådgiveren i stedet formår at se hele vejen rundt om patienten og ikke kun på evnen til at arbejde. Projektets anden empiriske læge Jens, underbygger den beskyttende funktion over for patienter, der er i sygedagpengeforløb i det socialfaglige system ved at skærme mange af sine patienter over for beskæftigelsesorienterede tiltag. Af det empiriske materiale fremstår denne situation ligeledes hos informanten Kirsten, der har været sygemeldt med depressive symptomer med og uden depressionsdiagnosen. Kirstens læge har imødekommet Kirstens behov for pause mod selvsamme socialrådgivers fokus på Kirstens tilbagevenden til arbejdsmarkedet ved at være beskyttende overfor uhensigtsmæssige indsatser, som Kirsten på daværende tidspunkt ikke vurderedes parat til: ”... *Problemet var bare, at jeg ikke var klar. Jeg kunne slet slet ikke overskue at vende tilbage endnu. I de situationer var det faktisk rart at have min læge. For han mente bestemt ikke, at jeg skulle andet end at holde mig i ro derhjemme og lave ingenting. Så selvom jeg følte presset fra den sociale forvaltning, fornemmede jeg alligevel, at min læge ville hjælpe mig, hvis det var. Altså holde hånden over mig”.* De empiriske erfaringer, der her illustreres, supplerer Mik-Meyers undersøgelse, der ligeledes beskriver, hvorledes læger ser sig nødsaget til at fungere som patientens advokat over for uhensigtsmæssige beskæftigelsesorienterede sociale indsatser (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20).

Af projektets empirimateriale fremgår modsatrettede oplevelser af socialsystemets tilgang til sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Socialrådgiver Sara er af den opfattelse, at det sociale system ikke er pressende over for syge borgere i en sådan grad, at de beskæftigelsesorienterede tiltag er uhensigtsmæssige for borgerens situation, så det nødvendiggøres, at borgerens læge må træde til som beskytter: ”*Men ellers synes jeg faktisk, at vi har en beskæftigelseslovgivning, som er lavet for de syge mennesker”.* Samarbejdet om sygemeldte borgere med psykiske depressive lidelser systemerne imellem udfordres tydeligvis ved krydsfelter, hvor diskursernes tilgange og dominerende positioner kommer i konflikt med hinanden. Der inddrages heraf

sekundær empiri som supplerende eksempel på analysens undersøgelse af krydsfelter i samarbejdet mellem social- og sundhedssystemet.

I et projekt omhandlende diffuse lidelser fra Århus Kommune fremkommer et krydspres mellem det sociale- og sundhedsfaglige system, hvilket findes relevant som bidrag til nærværende projekts undersøgelse. Jobcenter Århus gennemførte fra Oktober 2008 til September 2010 et metodeudviklingsprojekt med fokus på sygedagpengemodtagere med diffuse og komplekse lidelser. Projektet havde til formål at udvikle nye metoder til opfølgning af mennesker, der er sygemeldt med denne type lidelser (Discus (29)). Metoderne skulle medføre et mindre antal af langvarige sygedagpengesager og bidrage til kvalitetsmæssigt bedre forløb gennem en tidligere indsats med relevante tilbud. Resultater fra rapporten inddrages som relevant eksempel på et sådan krydsfelt, hvor samarbejdet systemerne imellem udfordres.

Projektets sagsbehandlere beskrev dilemmaet ved at skulle holde sig inden for tidsfrister for indsatser og lovgivning, som rammesættende for sagsbehandlingen. Det sundhedsfaglige system havde ikke samme ramme og fokus, men afventede i stedet effekt af den igangsatte behandling med henblik på at stille en eventuel diagnose, hvilket sagsbehandlingen var afhængig af i tilrettelæggelsen af en handleplan for borgeren (ibid.).

I dette perspektiv skabes indsigt i baggrunden for, at lægerne kan have en opfattelse af, at det socialfaglige system i nogle tilfælde er nødsaget til at benytte et snævert sygdomsbegreb på trods af, at det strider imod sagsbehandlers faglige ideal om et holistisk menneskesyn og tilgang (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Nærværende projekts empiriske læge Jens mener, at det sociale system er for firkantet i sin tilgang, hvilket understreger læger fra tidligere undersøgelsers oplevelse af udpræget klassifikationsarbejde i det socialfaglige system. Jens kritiserer systemets krav om socialrådgiveres stigende behov for lægeerklæringer samt krav til måden, de skal udfyldes på: ”...Og der skal også helst stå en konklusion, fordi det bliver også lidt en facitliste, ikke? Altså okay, han fejler dét, hvad er det så for nogle skånehensyn, og hvor længe. Er det varige skånehensyn, og er der andre ting, vi skal gøre i denne her sammenhæng. Altså der er sådan meget lineær tænkning i socialmedicinen efterhånden”. Jens slår et slag for den holistiske tilgang til patienterne og mener ikke

altid, at socialrådgiverne formår dette i stil med ovenstående kritik af socialsystemets snævre sygdomsforståelse. Socialrådgiver Sara er af en anden opfattelse af socialsystemets tilgang til sygemeldte borgere og den beskæftigelsesrettede politik: *”Det er ikke bare et klassifikationsarbejde. Bestemt ikke. Det er meget individuelt, hvordan vi strikker tingene sammen, og det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte”*.

4.3.3. Aktørernes sygdomsforståelse og beskæftigelsestilgange i et samfundsperspektiv

Der kan opstå en konflikt mellem socialarbejderes formelle og faglige værdier og brugen af den biomedicinske diskurs. Der eksisterer en forståelse af, at biomedicinen fokuserer på sygdommen og ikke inddrager den holistiske tankegang, som socialarbejdere ofte ses som værende tilhængere af (Healy (8)). Som beskrevet ovenfor kan den biomedicinske diskurs forekomme dominerende i det sociale system, blandt andet fordi lovgivningen kræver, at der i højere grad end tidligere skal forelægge lægeattester. I dette projekts empiriske materiale er der dog intet, der tyder på, at de praktiserende læger, der er aktører inden for det biomedicinske og derfor udfører dette arbejde, har et dominerende fokus på sygdommen. Tværtimod beskrives lægerne som havende et holistisk syn på patienten. Den praktiserende læge Lotte siger: *”...Vi forsøger jo at tage det hele menneske ind, eller det gør jeg i hvert fald”*. Socialrådgiver Sara supplerer: *”... lægerne er meget omsorgsfulde og beskyttende over for deres patienter”*. Disse citater illustrerer de praktiserende lægers fokus på mennesket bag patienten og ikke udelukkende sygdommen. Ifølge Mik-Meyers undersøgelse forstås sygdom hos flere læger i det sundhedsfaglige system bredt, hvor både fysiske, psykiske og sociale forhold tages i betragtning. Mik-Meyer konkluderer desuden, at læger kan betragtes som havende et rummeligt sygdomsbegreb, hvor det ikke er diagnosen, der er afgørende. Fokus er i stedet rettet mod, om borgeren kan fungere i sin hverdag, hvis ikke, betragtes vedkommende som værende syg (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)).

Empiriens socialrådgiver Sara er et billede på, at der i det sociale system eksisterer en udbredt holdning om, at arbejde kan være den bedste strategi for at blive rask, og at

den sygemeldte selv må være aktiv og komme med løsninger på sin situation. Der beskrives et dominerende fokus på en aktiv kontakt med arbejdsmarkedet, så borgeren kan vende tilbage hertil hurtigst muligt (ibid.). Socialrådgiver Sara udtaler sig på samme måde som lægen Lotte ovenfor i overensstemmelse med det system, hun repræsenterer ved, at fortælle om forskningsresultater, der viser, at beskæftigelse og behandling går hånd i hånd. Sara siger videre: ”... *Ofte så får vi jo at vide, at borgeren helst skal gå hjem og gå i noget tid og have ro og ro og ro, men det genererer altså ikke det overskud, som man tror... Fordi den der ro, den er egentlig bare med til at skabe angst for at komme af sted*”. Sara mener ikke, at den sygemeldte borger skal have fuldstændig ro, hun mener derimod, at den behandling borgeren får i henhold til sin psykiske situation, må kombineres med en vedholdende kontakt til arbejdsmarkedet således, at der kører et parallellforløb med flere forskellige indsatser. Sara supplerer med at understrege systemernes uenighed: ”... *Men men, der er jo sådan en stor kulturstødnings, eller hvad man nu skal kalde det, jobcentrene og rigtig mange læger imellem, som gør, at nogle læger synes, at det er utrolig synd, når vi tænker arbejde, når vi tænker beskæftigelse*”. Det er ikke altid de praktiserende læger udtrykker enighed i denne betragtning. Lægerne mener som nævnt, at sygdom og uarbejdsdygtighed ofte hænger sammen, hvilket ikke er tilgangen i det sociale system, hvor fokus rettes mod den sygemeldte borgers arbejdsevne på trods af sygdom. Projektets sygemeldte borger Kirsten har erfaret dette krydsfelt af systemernes kolliderende tilgange: ”*Altså det var forvirrende. Hvem skulle man lytte på? De sagde jo to forskellige ting...*”. Socialrådgiveres og lægers differentierede opfattelser af sygdom og beskæftigelse, udledes som en væsentlig faktor i krydsfeltet mellem systemerne og som medvirkende til en skævvridning af fokus i borgerens forløb. Denne skævvridning kan føre til konflikter i samarbejdet mellem de to systemer og risikerer herved at påvirke borgerens forløb i en negativ retning.

Jens fastslår, at det altid er en individuel vurdering og siger videre: ”*Jamen nogle gange er det jo oplagt, altså folk de bliver jo syge og kan ikke gå på arbejde, det ligger jo i sygdomsbegrebet, det er jo uarbejdsdygtighed...*”. Han ser ingen mening i at bevare og fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet i den fase, hvor borgeren er belastet af sin psykiske lidelse i en sådan grad, at presset fra arbejdet forværrer situationen: ”*Så også når vi taler om psykiske ting, så betyder det jo også, at man ikke kan håndtere det pres. Altså stress er jo ikke sådan en rigtig psykiatrisk diagnose*

endnu, men det er jo nok det, vi ser allerflest sygemeldinger med efterhånden. Dét, at man ikke kan håndtere de udfordringer, så nytter det jo ikke noget at sende folk på arbejde altså”.

Socialrådgiveren Sara, der optræder som empirisk informant i projektet, mener, at praktiserende læger er særligt beskæftigelsesangste i modsætning til psykiatrien: *”...Psykiatrien er ikke så beskæftigesskræmte, som de praktiserende læger er, der har jeg egentlig bare indtryk af, at man nærmere angiver nogle psykiske skånehensyn, hvor de praktiserende læger ofte skriver noget med førtidspension...”.* Samtidig retter Sara en kritik mod, at disse læger overskrider deres kompetencer i forhold til at kunne vurdere, hvilken social ydelse den pågældende borger er berettiget til: *”...Til trods for, at der står i det lægelige-kommunale samarbejde, at de ikke skal udtale sig om ydelser”.* Sara siger videre: *”...det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte”.* Hun forklarer, at der i den enkelte borgers sygedagpengeforløb altid tages udgangspunkt i den enkelte og dennes skånehensyn, men siger samtidig: *”... Jeg har da sådan en grundlæggende tro på, at det er godt for mennesker at have en værdi, ikke bare qua det, de er som mennesker, men også qua det, de laver... Og det bekræfter jo også, hvor stor en del af beskæftigelsen er af identiteten”.* Selvom Sara er enig i, at sygemeldte borgere skal skånes, er hun samtidig af den holdning, at dét, at være i beskæftigelse er så stor en del af et menneskes identitet, at det bedste for de sygemeldte er, at holde en form for kontakt til arbejdsmarkedet. Der udledes herudfra et dilemma i det socialfaglige system, hvor sagsbehandleren forstår og anerkender den sygemeldte borgers behov for at blive skærmet fra samfundets krav i form af arbejdsmarkedet, men samtidig tror på og arbejder ud fra socialsystemets beskæftigelsesrettede indsatsers hensigt og effekt.

Socialrådgiver Sara fortæller uddybende, at mennesker, der sygemeldes i en periode på bare et par måneder, som regel oplever en så stor distance til arbejdsmarkedet, at det medfører angst. Sandsynligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet reduceres betydeligt, hvorfor socialsystemet arbejder for fastholdelse. Den praktiserende læge Jens stiller spørgsmålstegn ved, hvilken årsag, der ligger til grund for, at nogle sygemeldte borgere har svært ved at komme i arbejde igen: *”Altså allerede efter 8 uger og en eller anden psykisk tilstand, så er risikoen for aldrig at komme tilbage kæmpe stor... Jamen er det fordi, det reelt medfører en kronificering, altså at man bliver kronisk syg af denne her tilstand, eller er det fordi man ryger ud af*

arbejdsmarkedet og så har svært ved at komme ind igen? Eller er det simpelthen bare fordi, at det her viser sig at være en kronisk sygdom?” Citatet af Jens skildrer således et nuanceret billede fra hans daglige lægepraksis af vilkårene for sygemeldte borgere, hvis behandling og sygdomsforløb kompliceres og hvor vejen tilbage til arbejdsmarkedet viser sig at være besværlig og problematisk.

Socialrådgiver Sara forklarer videre, at en konsekvens ved længerevarende sygemelding kan være, at der opstår angst hos den sygemeldte borger. Angsten opleves i forbindelse med at skulle returnere til sit arbejde, hvorfor Sara argumenterer for vigtigheden af tilknytningen til arbejdsmarkedet på trods af sygemelding. Denne holdning suppleres af dr. med. og professor i depression, Poul Videbech, der udtaler til Politiken, at jo længere tid borgere sygemeldt med depression er væk fra arbejdsmarkedet, des sværere bliver det for dem at vende tilbage. Videbech slår fast, at det er vigtigt at bevare kontakten til sine kolleger, så man ikke ”bliver rusten”. Han supplerer med, at det naturligvis samtidig er vigtigt at tage den enkeltes situation i betragtning, da alle depressive reagerer forskelligt og har forskelligt energiniveau og behov (Rasmussen (45)). Projektets empiriske læger fastslår desuden, at alle patientforløb med karakter af psykiske diffuse symptomer og lidelser må behandles individuelt.

4.3.4. Opsummering af diskurser

Social- og sundhedssystemet har forskellige tilgange og forståelser til behandlingen af sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Systemernes forskellige sygdomsforståelser og tilgange til beskæftigelse giver anledning til gensidig kritik. Sundhedssystemet mener, at det socialfaglige system er sygdomsforværende i form af systemets beskæftigelsesrettede indsatser til sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Særligt i sager med diffuse lidelser, der både fremgår af projektet fra Århus Kommune og af dette projekts empiriske materiale, hvoraf en lineær tænkning beskrives af læger som dominerende i den menneskelige relation i det sociale system. Omvendt beskrives sundhedssystemet som værende beskæftigelsesangste, når læger forsøger at beskytte deres patienter mod pres om beskæftigelse, hvilket kolliderer med socialsystemets tilgang, der prioriterer vigtigheden af tilknytning til arbejdsmarkedet under sygemelding. Af den teoretiske og empiriske analyse fremstår sundhedssystemet som havende en dominerende rolle i krydsfeltet systemerne imellem, hvor samarbejdet drejer sig om sygedagpengeforløb. Afhængigheden af

sundhedssystemets metoder er stigende, hvilket underbygger Mik-Meyers teori om sundhedssystemets klassifikationsarbejde, der afgør borgerens vej gennem systemerne. Det understøttes desuden empirisk, at den medicinske diskurs influerer direkte på både borgerens og socialsystemets opfattelse af sundheds- og sygdomsforståelse.

4.4 Borgerens møde med systemet

4.4.1. Magtrelation mellem borger og system

Socialarbejderen må behandle borgeren respektfuldt og menneskeligt og fungere som borgerens advokat, der vejleder og inddrager (Järvinen, Mortensen & Larsen (13). I bogen "Det magtfulde møde mellem system og klient" fremgår på baggrund af samtaler mellem socialarbejdere og borgere, at der eksisterer et ulige magtforhold mellem socialarbejdere, der varetager systemets talerør og en magtesløs borger, der ikke altid involveres. Disse fund beskrives som værende usynlige for socialarbejderne, da de ikke er bevidst om denne magtforskydning. Socialarbejderen går ud fra, at idealerne efterleves, da magten ikke er synlig, så hverken socialarbejderen eller borgeren er bevidst om dens konsekvenser i form af en ulige indflydelse af parterne (ibid.). Socialarbejderen synes at have arbejdsmæssige rammer, der kan være vanskelige og komplekse at navigere i med hensyntagen til en kompliceret lovgivning samtidig med at skulle forholde sig til borgeren og dennes livsverden. Socialsystemets lovgivningsmæssige ramme kan sommetider vanskeliggøre socialrådgiverens muligheder for at tilrettelægge sagsbehandlingen med udgangspunkt i borgerens tilstand og behov. Dette beskrives af Peter Gundelach, der karakteriserer socialt arbejde som værende bedst kendetegnet ved: *"... en vis form for fællesskab, der i forhold til klienten siger noget om, [at] vi ved hvem du er; vi ved hvad der er bedst for dig, [og] vi har (i hvert fald delvist) magt til at give dig det, du har brug for"* (Guldager & Skytte (6). Det sociale arbejde, hvori socialsystemets praktiske arbejde udføres, indebærer således risiko for omsorgsmagt. Det vil sige en magt, der udgår fra den, der udfører det sociale arbejde og 'ved bedst'. Der eksisterer altså en sandsynlighed for, at det ikke alene er de sociale myndigheders magtinteresser, der influerer, men også den enkelte socialarbejders. Herved er der en

risiko for, at borgerens ønsker tilsidesættes (ibid.). Citatet af Peter Gundelach træder frem som et eksempel på det ulige magtforhold socialrådgiveren og borgeren imellem.

Teorien om magt, der udspilles i relationen mellem socialarbejder og borger kommer ligeledes til udtryk i projektets empiriske materiale. Informanten og projektets borger Kirsten fortæller om sin oplevelse med socialrådgiveren i sit sygedagpengeforløb: *”Jamen som sagt var hun sød og rar. Men jeg kunne da også godt fornemme, at hun gerne ville have mig tilbage på arbejde. Og gerne hurtigst muligt. Altså hun respekterede min depressionsdiagnose og det, den gjorde ved mig. Specielt i den første tid. Efter lidt tid kunne jeg sagtens mærke, at det drejede sig om at gøre mig klar til at komme på arbejde i en fart. Selvom de forsøgte at pakke det ind i alle mulige tiltag, som skulle tage udgangspunkt i mig. Men det ved jeg sgu ikke helt, om det så gjorde...”*. Kirsten havde en positiv opfattelse af sin socialrådgiver, men oplevede samtidig et dominerende fokus på beskæftigelsesrettede tiltag. De tiltag, der iværksattes til Kirsten, bar præg heraf i modsætning til at være rettet individuelt mod Kirstens situation og med denne som udgangspunkt for sagsbehandlingen. *”...Men jeg må ærligt sige, at undervejs var det nu bare min sagsbehandler, der styrede forløbet. Altså på en måde var det rart i forhold til, at jeg ikke selv var i stand til at tage styring på ret mange områder i mit liv på det tidspunkt...”*. Kirstens oplevelse antyder, at socialrådgiveren tog styringen ud fra gode intentioner, da Kirsten på daværende tidspunkt ikke selv var i stand til dette. Hun giver samtidig udtryk for, at socialrådgiverens dagsordenen var domineret af et beskæftigelsesorienteret fokus: *”Jamen altså hun forsøgte jo at skubbe mig tilbage i arbejde hurtigst muligt. På en pæn måde. Men altså. Jeg var slet ikke i tvivl om, at det var det, der var intentionen. Problemet var bare, at jeg ikke var klar”*.

I relationen mellem Kirsten og hendes socialrådgiver udledes en skjult form for magt, hvor socialrådgiveren handler i bedste tro, men med den konsekvens, at det ikke er til borgerens bedste. Kirsten oplever herved, at forløbet ikke er tilpasset den situation, hun befinder sig i og giver udtryk for en følelse af pres. Dette leder videre til Bourdieu, der taler om systemets magtfulde klassificering.

4.4.2. Magtfuld klassificering

Den franske sociolog Pierre Bourdieu peger på, at klassifikation er et grundlæggende

samfundsmæssigt problem. Der indgår ifølge Bourdieu anvendelse af symbolsk vold i forbindelse med de klassificeredes accept af 'den sociale verdens påbud' (Järvinen, Mortensen & Larsen (13). I dette projekt vil de klassificerede være de sygemeldte borgere, der accepterer påbuddet om deltagelse i et sygedagpengeforløb, som det sociale system forlanger. Bourdieu beskriver dette som en underkastelse, han kalder doxa, der binder os gennem ubevidste bånd til den etablerede orden. Der kan drages en parallel fra begrebet doxa til Michel Foucaults begreb om 'sandhedsregimer', der forstås som herskende syn på og opfattelser af samfundsmæssige og sociale fænomener og problemstillinger (ibid.). 'Sandhedsregimer' omhandler samfundets måde at organisere magt på, hvilket fremmer nogle særlige former for disciplinering, der er udtryk for magtens måde at underkaste sig individerne på. Til disciplinering er knyttet forskellige teknikker. Disse teknikker gør sig blandt andet gældende i socialforvaltninger. Det beskrives i bogen "Det magtfulde møde mellem system og klient", at måden, hvorpå klassificering foretages i kommunale forvaltninger illustrerer de magtmekanismer og den kamp om klassifikationer, der ligger i Bourdieus og Foucaults opfattelse af klassifikation og disciplinering (ibid.). Projektets borger Kirsten fortæller om at "følge med" og lade socialrådgiveren tage styringen i sit forløb: *"...Men hun gjorde det jo bare fordi, hun skulle. Altså socialrådgiverne skal. Og jeg fulgte bare med, for altså, hun måtte jo vide bedst, ikke?..."* Det kan sidestilles med Bourdieus teori om 'klassificering' samt Foucaults teori om 'sandhedsregimer' og den måde, hvorpå Kirsten lader socialrådgiveren tage styringen. Bourdieu og Foucault taler begge om et system, hvor samfundet organiserer magt på en bestemt måde, og hvor samfundsindividerne underkastes, mens individerne accepterer 'den sociale verdens påbud', som i denne forbindelse er samfundets krav om deltagelse i et sygedagpengeforløb. Her udledes en udøvelse af en usynlig form for magt, idet Kirsten er af den opfattelse, at socialrådgiveren ved bedst og derfor følger med og lader hende overtage. Det har den konsekvens, at Kirsten underlægges et dominerende system, hvorved det risikeres, at hendes individuelle behov ikke tilgodeses, hvilket er i tråd med Gundelachs beskrivelse af socialarbejderen, der udøver omsorgsmagt over for den pågældende borger.

Systemet kan ses som værende indrettet på en måde, hvor lovgivningsmæssige reglementer har en dominerende påvirkning på det praksisrelaterede sociale arbejde. Der eksisterer herved en risiko for udøvelse af magt fra system til borger, som

udtrykker sig i, at socialrådgivere som formidlere og udøvere af denne lovgivning ubevidst eller bevidst danner grundlag for eksistensen af systemets magtfulde udtryk over for samfundets borgere. Systemmagten kommer her til udtryk gennem enkeltpersoner.

4.4.3. Opsamling på samfundsdiskurser og borgermøde med systemet

Systemernes forskellige forståelser af den rette behandling til depressive sygemeldte borgere kan medvirke til en skævhed mellem systemerne og således til de metoder, der anvendes for at opnå den mest optimale behandling samt de kvalitetsmæssigt bedste sygedagpengeforløb. Det sociale- og sundhedsfaglige systems forskellige arbejdsmæssige rammer giver desuden anledning til relationer af en dominerende karakter samt konflikter i krydsfeltet systemerne imellem, hvilket kan have en negativ indflydelse på den depressive borgers forløb. Borgeren vil befinde sig i et krydsfelt, hvor kvaliteten af sagsbehandlingen og et individuelt udgangspunkt risikeres at opleves som forringet af borgeren.

I afsnittet ”Borgerens møde med systemet” ses det, hvordan en skjult form for magt fra system til borger kan risikeres, hvor systemet i form af socialrådgiveren, kan komme til at tage styringen i borgerens forløb og herved får systemets magt udtryk af personmagt. Konsekvensen kan blive, at borgeren mangler følelsen af, at forløbet passer individuelt til denne. Dette vil gå ud over kvaliteten af borgerens oplevelse og forløb og kan få konsekvenser for borgerens sygdomsforløb og dermed tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

4.5 Depressionsdiagnosen som socialt fænomen i præstationssamfundet

WHO forudser, at depression vil være blandt de største belastninger for verdens sundhedssystemer i fremtiden. Det årti, vi lever i, udnævnes til at være ”depressionens æra”, og Svend Brinkmann peger på en epidemisk vækst af forekomsten af depression (Brinkmann (4). Denne vækst sættes i relation til det moderne samfunds krav til individerne samtidig med, at en patologiserende tendens i samfundet undersøges.

Sociolog Alain Ehrenberg beskriver, at samfundet promoverer et normativt ideal, der foreskriver, at alle forventes at kunne blive til noget særegent. Jagten er ifølge Ehrenberg institutionaliseret således, at betingelserne for den nye individualismes normer har vævet sig ind i det stof, som samfundet er gjort af (Petersen (21)). Samfundsstrukturer er således med til at afgøre individernes vilkår. Anders Petersen fastslår, at pålagte samfundsmæssige normer som fleksibilitet, realiseret autonomi og autenticitet kræves af individet for at være tilstrækkeligt (ibid.). Nutidens samfund accepterer ikke menneskelige afvigelser i form blandt andet psykiske lidelser, hvor man ikke tilstrækkeligt kan efterleve samfundets krav. De, der ikke besidder de nødvendige ressourcer hertil, kan have en oplevelse af at være utilstrækkelig. Af projektets empiriske materiale fremgår eksempler herpå, hvor informant og læge Jens er enig i denne udvikling: *”Ja, der er ikke plads til de der skæve ting, der er ikke plads til, at man engang imellem er nødt til at tage et par dage væk eller kun arbejde lidt”*. I forlængelse af Jens’ udtalelse om, at der i dag ikke er plads til at være ked af det, som en naturlig del af at være menneske, supplerer projektets anden læge Lotte: *”... Det kan også sagtens være fordi, at følelser ikke er acceptable i dag. Det er ikke i orden at være ked af det. Fordi så kan man ikke leve op til det man skal...”*.

4.5.1. Depression som utilstrækkelighedspatologi og præstationssamfundets modstykke

De væsentligste aspekter ved samfundskulturens ubehag opsamles i depressionsdiagnosen som en patologisk kategori. Ehrenberg formulerer det således: *”Depression er i den optik den diametrale modsætning til de af samtidens normer, som individet forventes at internalisere”* (Petersen & Jacobsen (22) p. 305). Ehrenbergs centrale budskab er, at depression fremstår som livsvilkårenes modsætning og forstås således som samtidens skyggeside (Petersen & Jacobsen (22)). Den individuelle utilstrækkelighed indbefatter en mangel på at kunne realisere kulturens normative forventninger (Brinkmann et al. (41)). Dette kan føre til en klinisk diagnose (Petersen (21)). Depressionsdiagnosen dækker altså over en funktionsfejl, da patologiske træk i dagens samfund, hvor individet er i konstant bevægelse, kan være stærkt handicappende (ibid.). Anders Petersen skriver, at der findes en sammenhæng mellem de nuværende samfundsmæssige normer, forståelsen af individet, og måden depression kan opfattes på. Samfundets pålagte normer om fleksibilitet og

ansvarlighed er nødvendige at besidde i jagten på den optimale, personlige og realiserede identitet (ibid.).

Identitetsmæssig stagnation er ikke en mulighed, hvorfor konstant opgradering af den personlige identitet er en nødvendighed (ibid.). Depression kan i nutidens samfund opfattes som en utilstrækkelighedspatologi hvor det, der ses som forstyrrelser hos individet, er individets mangel på evne til at handle samt til at agere ansvarligt og initiativrigt (ibid.). Depressionsdiagnosen skriver sig ind i en tid, hvor dens symptomer optræder i en samfundsmæssig kontekst og tydeliggør konsekvensen af, når individet ikke kan leve op til de menneskelige træk, som samfundet forventer, at det besidder (Petersen & Brinkmann (3). Projektets indledning præsenterer depression og andre diffuse psykiske lidelser som et ”skraldespandsfænomen”, der opsamler svært definerbare diffuse symptomer, hvilket understøtter både Ehrenbergs og Petersens betragtning (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20).

Man kan tale om sociale patologier, hvor en specifik lidelse i høj grad udbredes og derfor ikke længere kun er et individuelt fænomen. Den måde, hvorpå lidelsesformerne udtrykker sig samt den måde, de forstås og fortolkes på, vil altid være historisk og kulturelt forankret. Nye patologier afspejles i samtidens problemer (Petersen og Brinkmann (3). Den samfundsmæssige individualiserende udvikling kan være potentiel sårbarhedsskabende for de, der ikke kan leve op til det moderne samfunds krav. Søren Juul beskriver, at mennesker, der fra naturens side er resourcesvage føres ind i en sårbarhedsskabende spiral, der kan resultere i manifest psykisk sårbarhed. Sårbarhedsbegrebet udspringer af teorier om normalitet og afvigelse inden for det psykologiske felt. Definitionen på psykisk sårbarhed vil sige at have en lav tærskel over for belastninger, hvilket angiveligt ikke er hensigtsmæssigt i et samfund, der indebærer flere og flere belastninger og udfordringer for individerne (Juul (15). Den sårbarhedsskabende spiral i samfundet bidrager til forståelse af den stigende forekomst af depressionsdiagnosen.

Ifølge Ehrenberg skal depression forstås som nedstemthedens, udmattelsens og ikke mindst hæmningens patologi. Diagnosen opfattes af Ehrenberg som en handlingspatologi, hvor individet mangler evnen til at administrere samtidens normative forventninger på en succesfuld måde. Petersen beskriver, at nutiden fordrer aktive og initiativrige individer, der kan mestre deres egen selvrealisering i en verden,

der bliver stadig sværere at mestre. At være deprimeret er således ensbetydende med, at ens selv stagnerer, hvilket ifølge Petersen ikke er velset i nutidens samfund (Petersen (21)). Ehrenberg er ikke enig i, at depression er et tegn på, at samfundet forventer mere af individet, og at presset således er blevet større. Han mener i stedet, at depression er prisen at betale for de nye normer i samfundet. Depression forstås af Ehrenberg som måden, hvorpå problemer formuleres, når samfundet og individerne forventes at kunne handle og bestemme frit (Petersen & Jacobsen (22)).

Det deprimerede individ er ikke i stand til at jage selvudviklingen, da jagten udmatter selvet, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i et samfund, der forventer selvrealisering, fleksibilitet og selvansvar. Et normalt og ideelt selv er i dag det handlende, initiativrige og aktive. Ehrenberg refererer lige som Petersen til begrebet utilstrækkelighedspatologi i forbindelse med depression ved at pointere: *”Diagnoserne i vores samtid italesætter den subjektive oplevelse af utilstrækkelighed”* (Brinkmann & Petersen (3) p. 277). Den deprimerede anses som et menneske med en funktionsfejl. Det, der er i stykker, skal repareres (Petersen (21)). I denne sammenhæng bliver diagnoser, særligt depressionsdiagnosen, således en væsentlig faktor.

Sociolog Anders Petersens beskrivelse af depression som en utilstrækkelighedspatologi i dagens samfund, bekræftes af projektets socialrådgiver Sara, der tydeligt kan se meningen med begrebet udspille sig i sit daglige arbejde: *”...Fordi vi sygeliggør simpelthen hinanden, fordi man ikke længere kan acceptere, at borgere er mennesker, at de er kede af det, fordi de fx har mistet en ægtefælle”*. Hun beskriver, hvorledes hun oplever, at borgere, der af forskellige grunde i en periode af deres liv, ikke kan leve op til de eksisterende samfundsmæssige forventninger: *”...og så bliver man fyldt med alt muligt psykofarmaka, fordi nu skal man repareres..”* Disse borgere diagnosticeres og repareres således, at de igen kan mestre dagligdagens krav. Saras udtryk med at reparere henviser til lægens behandling af borgerens sygdom, der stemmer overens med Ehrenbergs beskrivelse af depression som en menneskelig funktionsfejl. Det kan derudover relateres til begrebet medikalisering, hvor psykiske lidelser betragtes som en afvigelse hos individet, der skal behandles på en sådan måde, at individet igen kan passe ind i den normbestemte adfærd i samfundet (Brinkmann & Petersen (3)).

Depressionens patologiske udtryk ses således ikke alene som værende præstationssamfundets modstykke, men synes desuden at være en reaktion på dets præstationspres. Præstationspresset er i den forstand nedtrykkende og må således betragtes som en væsentlig del af en årsagskæde med mange facetter. Når vilkårene i samfundet er, at individet disciplineres til at frembringe og realisere samtidens specifikke individideal, bliver kontrasten til depressionssymptomerne endnu større (ibid.). Projektets empiriske informant Kirstens opfattelse af depressionsdiagnosens betydning for samfundet supplerer endvidere betragtningen af depression som symptom på samfundspreset: *”Jamen det er vel en markør for den del af befolkningen, som jo er stigende, der ikke kan holde til det. Eller følge med. Så kan man lige få lov at puste ud med det skrevet i panden”*.

4.5.2. Diagnoser som fast holdepunkt i et flydende moderne samfund

Til at beskrive de aktuelle samfundsstrukturer og tendenser inddrages Zygmunt Bauman. Han peger på en flydende modernitet i nutidens samfund. Han betragter et væsentligt aspekt ved psykiatriske diagnoser i diagnosekulturen som et forsøg på etablering af fasthed (ibid.). Bauman mener, at det flydende er u håndgribeligt og u håndterbart og følges af opløsning og forfald, hvorfor mennesket længes efter fasthed og holdepunkter. Men diagnoser er i dagens samfundskultur ude af stand til at opretholde deres struktur i længere tid af gangen. Det individuelle valg er svært og udflydende, hvilket Bauman ser komme til udtryk eksempelvis i arbejdslivet (ibid.). Projektets informant Kirsten inddrages som empirisk eksempel herpå: *”I dag er der jo uendelige valgmuligheder. Det er jo dejligt. Men også skræmmende og overvældende. Angsten for at vælge forkert følger jo med. Man kan altid og hele tiden komme til at tænke på sit liv, hvis man nu havde valgt sådan og sådan i stedet for de valg, man har truffet. Det er jo dem, der former ens individuelle liv. Og det værste er. Eller det sværeste er, at man ene og alene selv er ansvarlig for alt. Ansvarlig for sit livs succes, kan man vel sige.”* I et samfund præget af en flydende modernitet er individualiseringen udpræget og dominerende, hvilket medfører en selvansvarliggørelse. De hastige sociale forandringer, der hele tiden sker i det senmoderne samfund, medfører ifølge Bauman en længsel efter det modsatte, nemlig

det faste, forudsigelige former og strukturer (ibid.) Sociologen Thomas Ziehe supplerer underbyggende med, at vi er gået fra at være et skæbnesamfund til et valgsamfund, hvor identitet ikke længere er noget, der arves, men noget, individet selv skaber med udgangspunkt i det utal af muligheder, som kulturen tilbyder. Det øgede fokus på individuelle valgmuligheder forventes subjektet selv at kunne administrere. Den styrkede individuelle suverænitet har medført, at det enkelte individ konstant er i bevægelse og må tilpasse sig. Baumans teori om den flydende modernitet står i forlængelse af Anders Petersens beskrivelse af, at samfundet har mistet sin permanens (Petersen (21)). Af Kirstens detaljerede beskrivelse af sin erfaring med nutidens mange valgmuligheder udledes oplevelsen af stress. Kirsten giver udtryk for, at det kan være skræmmende og overvældende, hvilket stemmer overens med både Brinkmann & Petersen, Ziehe og Willigs teoretiske beskrivelse af den betydning, de samfundsmæssige tendenser har for det enkelte individ.

4.5.3. Diagnoser i systemer

Som det fremgår af ovenstående analyse af samfundets udvikling og tendenser samt overordnede sociale og sundhedsfaglige diskurser, spiller diagnoser en stadig stigende rolle. Diagnosers funktion er ifølge Sundhedsstyrelsen at skabe klassifikation af sygdomme (Sundhedsstyrelsen (34)). Måden, hvorpå behovet for diagnoser og diagnosers betydning udspiller sig i praksis, undersøges i følgende analyse med særligt fokus på diagnosers funktion på strukturelt- og individniveau.

Begrebet diagnosekultur inddrages som analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i nutiden. Det nutidige menneske lever i en diagnosekultur, hvori diagnoser cirkulerer og anvendes af fagpersoner såvel som den almene borger i forståelsen af flere og flere former for ubehag, afvigelse og lidelse. Når det konstateres, at mennesker har problemer, præges tilværelsen i dag i stigende grad af en diagnostisk forståelsesramme (Brinkmann & Petersen (3)). Diagnosekultur har til hensigt at skærpe fokus på væsentlige kulturelle udviklinger og forstå forskellige livsfænomener. Begrebet favner bredt på flere niveauer. Det betegner både samfundstendensen, hvor et stigende antal mennesker får psykiatriske diagnoser og medicinsk behandling, og det beskriver ændringen af den menneskelige oplevelse af

lidelse og ubehag på individniveau, der i stigende udstrækning udspilles gennem den medicinske diskurs' kategorisering af psykiatriske diagnoser og behandling.

Diagnosekulturen står over for et præstationssamfund i krydsfeltet mellem social- og sundhedssystemet. Med afsæt i diagnosekulturen eksisterer ifølge Anders Petersen og Svend Brinkmann en sammenhæng mellem menneskers hverdagsliv og overordnede samfundsmæssige forandringer som globalisering og konkurrencestat. Den moderne velfærdsstat ansvarliggør borgere ved forventningen om sundhedstjek og om at arbejde med krop og sind, så man bliver 'fit for fight' i præstationssamfundet. Man har ansvaret for egen sundhed inden for de rammer, som konkurrencestaten har ridset op, men hvis man har en depression, kan man ikke drages fuldt ud til ansvar for ens vanskeligheder. Der er altså tale om to modsatrettede strømninger inden for det nutidige samfund, hvor man både ansvarliggøres og umyndiggøres. Man umyndiggøres i det øjeblik, man er ude af stand til at lære samt til arbejde i overensstemmelse med de herskende krav. Man skal eksempelvis tage sin antidepressive medicin samt følge den anbefalede behandling, hvis ikke man vil miste sine sygedagpenge (Brinkmann & Petersen (3)). Samfundet skaber diagnoser, men diagnoser individualiserer samtidig lidelsen i den forstand, at diagnosen har sit fokus på symptomerne, der er knyttet til individet og medfører en reduktion af det personlige ansvar. Diagnoserne tilbyder et redskab, der omhandler individet og dets liv, selv når de problemer individet oplever måske nærmere har rod i samfundsmæssige strukturer (ibid.), eksempelvis et strukturelt problem som høj arbejdsløshed. I artiklen "Det er ikke sygt at have følelser" fra Politiken, fremstilles menneskelige følelser som et væsentligt udtryk for behovet for forandring, men når mennesker med symptomer på stress, angst og depression i stigende grad behandles med diagnoser og medicin, tegner der sig, modsat, et mønster af en individorienteret patologi og ikke en strukturel (Rønsholdt & Bech (48)).

Af Svend Brinkmann og Anders Petersens nye bog om diagnoser fremkommer følgende citat: "*Vi har aldrig været mere bevidste om psykiatriske diagnosers tilfældige og konstruerede beskaffenhed, alligevel har vi aldrig været mere afhængige af dem end nu....*" (Brinkmann & Petersen (3) p. 21). Denne afhængighed underbygges af en nylig og aktuel artikel fra Politiken, hvor Sundhedsstyrelsens direktør Søren Brostrøm udtaler sig om samfundets 'diagnosesyge'. Han kritiserer den

måde, hvorpå diagnoser anvendes i dag og udtaler i Politiken, at der eksisterer en opfattelse af, at det sociale system kræver en lægefaglig udredning og diagnosticering, før der iværksættes en social indsats. Brostrøm siger, at det er en forudsætning for kommuner at have en diagnose på borgere med tab af funktionsevne, før der tilkendes støtte fra det offentlige, hvilket bekræfter den stigende afhængighed af diagnoser i samtiden (Hansen (42)). En diagnose er blandt andet en betingelse for, at individet er berettiget til behandling. For arbejdsløse er en diagnose en forudsætning for at få adgang til bestemte velfærdsydelse (ibid.). Diagnoser kan herved fremstå som et kategorisk mærkat.

Diagnosekulturen tager sit afsæt i den kulturelt anerkendte naturvidenskab, hvilket styrker begrebets magtfulde karakter særligt med hensyn til at definere menneskelige problemer og som reguleringsmekanisme i forhold til tildeling af ressourcer og adgang til privilegier som orlov, behandling, pensioner samt legitim og accepteret sygdomsadfærd (Brinkmann et al. (41)).

Socialrådgivere er pålagt at skulle indhente dokumentation fra andre myndigheder, eksempelvis dokumentation fra læger og andre sundhedsfaglige myndigheder som kan dokumentere grunden til, at borgeren er forhindret i, at være tilknyttet arbejdsmarkedet og dermed være selvforsørgende. Såfremt der, fra lægen, ikke forelægger en diagnose på borgeren, må socialrådgiveren søge efter en mere klar og 'brugbar' diagnose (Andersen (1)). Projektets empiriske informant Sara oplever lignende omstændigheder i sit daglige arbejde som socialrådgiver: *"Jamen man kan sige, hvis det er et spørgsmål om, at man er diagnosticeret med en depression, så vil der som regel være et eller andet tilrettelagt behandlingsforløb. Og så er det jo det, der langt hen ad vejen vil være styringspind for det, man gør eller ikke gør..."*. Sara beskriver, hvordan sagsbehandlinger, hvor en depressionsdiagnose som årsag til sygemelding er stillet, som regel forløber mere ukompliceret. Diagnosen optræder som en slags styrepind, hvorudfra sygedagpengeforløbet fra start er tilrettelagt. Projektets empiriske læge Jens anser endvidere diagnosers betydning som havende en afgørende betydning i samme forbindelse: *"... Behovet for lægeerklæringer er eksploderet... Så der er meget mere fokus på, hvad patienten fejler og netop det der med, at der er rigtig mange, der føler et behov for at få en diagnose, fordi så fejler man noget rigtig. Og når man fejler noget rigtig, så åbner der sig nogle døre."*

Denne afhængighed af diagnoser fremgår flere steder i det empiriske materiale, der repræsenterer de forskellige systemer og aktører. Der spørges i projektets interviews til, hvorvidt diagnoser kan optræde som en slags adgangsbillet til sociale ydelser, hvilket både socialrådgiveren Sara og den praktiserende læge Lotte nikker genkendende til. Den praktiserende læge og informant Jens bekræfter desuden tendensen og understreger det stigende behov for lægens vurdering og eventuelt diagnose på trods af den modsatte intention ved de såkaldte ressourceforløb, hvis formål er at fokusere på patientens individuelle ressourcer og helhedsorienterede situation frem for diagnosen (Beskæftigelsesministeriet (27)). Lovgivningen om indførelse af ressourceforløbene blev iværksat af Mette Frederiksen, den daværende Socialminister, i den, dengang nye regering (Beskæftigelsesministeriet (28)). Herved skulle helhedssynet på det enkelte menneske være mere i centrum således, at fokus på diagnose og sygdom mindskes. Jens: *”...altså hele den der reform, der var omkring sociallovgivningen på det tidspunkt, og der var det netop, at nu skulle diagnoser ikke fylde noget og altså...”* og Jens siger videre: *”...Men der er sket det stik modsatte...”*. Han oplever, at diagnoserne har en større dominans i dag sammenlignet med tiden før indførelsen af ressourceforløbene.

Nanna Mik-Meyer beskriver, at læger generelt er af den opfattelse, at en sygemelding udelukkende kan foretages ud fra et ”funktionskriterium”, og at der ikke nødvendigvis behøver at forelægges en diagnose. Det tyder dog på at være vanskeligt i samarbejdet med det socialfaglige system. Lotte, praktiserende læge angiver: *”... Altså i hvert fald, hvis man skriver en større attest til kommunen, så vil de meget gerne have nogle diagnoser på, ikke også? Men de ringer jo fra kommunen og brokker sig ellers....”*. Hun siger videre: *”Altså en diagnose er jo en form for bås... Men set i sociale sammenhænge kan den give adgang til ydelser”*. Lottes beskrivelse af dét at stille en diagnose, lægger sig op af begrebet kategorisering inden for det sociale system, hvor læger kan opleve, at diagnoser er en forudsætning for, at borgeren kan passe ind i en kategori hos socialrådgiveren og dermed få ret til sociale ydelser: *”Altså, vi ønsker, eller jeg ønsker ikke at sætte folk i en bås, men det bliver vi nødt til at gøre for at folk kan få deres dagpenge og deres dit og dat.. og flexjob og så videre”*.

Også ifølge Brinkmann kræver de strukturelle og institutionelle betingelser i socialsystemet i stigende grad, at socialrådgiveren skal ”passe borger ind” i en diagnostisk kategori, hvis borgeren skal have ret til visse ydelser (Brinkmann &

Petersen (3). Formand for rådets arbejdsgruppe om anvendelse af diagnoser, og lektor på institut for ledelse, Steen Vallentin understreger, at diagnoser ikke skal være det afgørende i tildeling af sociale ydelser, men påpeger, at en diagnose som depression får afgørende betydning for, hvilken støtte borgeren kan tildeles, når den flyttes over i andre systemer end det sundhedsfaglige, som det sociale (Hansen (42)).

4.5.4. Patologisering og depressionsepidemi

Depressionslidelsen fremstår som værende helt central i det moderne samfund, hvilket blandt kommer til udtryk ved, at depression sættes i forbindelse med nutidens patologisering af tilværelsen. Brinkmann beskriver nutidens samfund som en diagnosekultur, der er en betegnelse for en makrosociologisk tendens til et stigende antal borgere, der får psykiatriske diagnoser (Brinkmann et al. (41)). På individniveau beskrives diagnosekulturen som menneskers subjektive oplevelse af utilstrækkelighed og lidelser samt psykisk sårbarhed. Begrebet diagnosekultur udbredes og anvendes efterhånden generelt i alle samfundslag. Diagnosekulturen bidrager til en holdningsændring i den almene befolkning. Det, der opleves normalt, sygeliggøres, mens det patologiske normaliseres (ibid.). Et af de væsentligste træk ved en diagnosekultur er begrebet patologisering. Brinkmann stiller sig kritisk over for denne tendens og fremhæver, *"at en person, der tidligere ville være betegnet som ensom, bekymret eller sørgmodig, kan ud fra dagens diagnostiske praksis relativt let klassificeres som deprimeret"*. Vi er i øget risiko for udvikling af depression, da vi alle i dag tvinges til at udleve vores individuelle livsprojekt, der afgøres af individets selvundersøgelser (Petersen (21)). Således forklarer Anders Petersen der underbygges af epidemiforklaringen, som desuden er populær blandt kritiske sociologer. Det drejer sig om den massive vækst i antallet af depressionsdiagnoser, som Brinkmann anser for at være udtryk for en konsekvens af de stigende samfundsmæssige forventninger, hvilket i al sin enkelthed gør flere mennesker syge.

Socialrådgiveren Sara, fortæller i det empiriske materiale, om sine erfaringer med en sygeliggørende tendens i forbindelse med behandlingsforløb af depression. Borgere, der sygemeldes på grund af sorg, grundet eksempelvis en skilsmisse, og diagnosticeres med en depression. Sara udtrykker undring, da hun ofte oplever, at den pågældende borger er i sorg efter tabet af et nærtstående menneske eller ødelagt efter et hårdt liv, hvilket hun ikke beskriver som værende sygt eller diagnosekrævende,

men tværtimod oplever hun det menneskeligt, sundt og naturligt at reagere følelsesmæssigt på de ting, man oplever i livet: *”...at vi ikke er syge syge, men at vi reagerer sundt på noget unaturligt. Og så er man altså ikke psykisk syg, så er man altså meget psykisk sund, fordi man ligesom har evnet at sige, okay det her det skal du ikke. Og så er jeg bare ked af, at så går man ned, og så bliver man fyldt med alt muligt psykofarmaka..”*. Projektets ene læge Lotte erfarer desuden denne tendens: *”... det kan også sagtens være, fordi følelser ikke er acceptable i dag. Det er ikke i orden at være ked af det. Fordi så kan man ikke leve op til det man skal”*. Lotte forklarer ligeledes det stigende antal depressionsdiagnoser med sygeliggørelse af følelser.

Flere sociologer og psykiatere forsøger at svare på spørgsmålet om, hvorfor depressionsdiagnosen er blevet så udbredt i nutidens vestlige samfund. Dan Blazer, amerikansk psykiater mener, at håbløsheden i det postmoderne samfund genereres af den stigende samfundsmæssige opløsning af sociale normer, der medfører forskellige former for tab. Håbløsheden forstærker de symptomer, nutidens depressionsdiagnose hviler på (Brinkmann et al. (41). Diagnosekulturen udvikles med afsæt heri som en måde at navngive den udbredte håbløshed og meningsløshed på. Alain Ehrenberg modsætter sig Blazers opfattelse af sociale normer i opløsning, og mener tværtimod, at nye normer og sociale regler følger med overgangen til det moderne samfund.

Allan Horwitz og Jerome Wakefields bud på forklaring af depressionsvæksten følger Brinkmanns patologiseringstese. Diagnosekulturen opstår herudfra gennem de processer, hvorved det normale patologiseres. Perspektivet pointerer, at diagnosesystemet DSM har opløst muligheden for at skelne mellem det normale og det patologiske og er således medvirkende årsag til, at depressionsdiagnosen er ekspanderet. Horwitz og Wakefield fremhæver altså et metodologisk problem, hvilket Ehrenberg ikke understøtter. Fokuseringen på det individuelle præstationssamfund, hvor individet må realisere sin egen autonomi og sit livsprojekt, ændrer det patologiske udtryk. (ibid.)

Brinkmann undres over, om enhver lidelse nødvendigvis er patologisk, hvilket fremsættes som hans anden forklaring på depressionens vækst. Almindelig nedtrykthed og dovenskab bør ikke diagnosticeres som en depression. Han efterlyser en skelnen mellem almindelig sørgmodighed og en klinisk depression. Brinkmann er

af den opfattelse, at man ikke behøver at have en psykisk sygdom, fordi man afviger fra normen eller har livsproblemer (Brinkmann (4)). Tendensen til sygeliggørelse af almindelige menneskelige træk og følelser skaber en øget menneskelig sårbarhed og samtidig en mindre modstandskraft. Det stemmer overens med Juuls teori om sårbarhedsskabende træk fra samfundsmæssig side, hvor begge bidrager til en stigende forekomst af mennesker, der diagnosticeres med en depression.

Der kan argumenteres for, at symptomer, der ikke anerkendes klinisk, ikke skal betragtes som patologiske, men i stedet som almindelige menneskelige træk og følelser, der ikke kræver diagnose og behandling. Svend Brinkmanns beskrivelse af nutidens samfundstendenser anvendes som perspektiv på sygedagpengesager med diffuse og depressive lidelser. Han mener, at nutidens diagnostiske praksis er medvirkende til en patologiserende tendens i samfundet, hvor hidtil almindelige menneskelige træk kræver diagnosticering og behandling (ibid.). Patologiseringen risikerer derudover at have den u hensigtsmæssige effekt på befolkningen, at den gør mennesker mindre modstandsdygtige og dermed øger sårbarheden (Ibid). Dette kan formentlig være med til at forklare nogle af de mekanismer, der ligger til grund for nogle menneskers oplevelse af sygdomssymptomer som virkelige, men ikke verificeres af objektive fund. Der kan i stedet være tale om øget menneskelig sårbarhed frem for en egentlig diagnose. Brinkmanns patologiseringsforklaring skildrer, ifølge den medicinske sociolog Allan Horwitz, den vigtigste årsag til stigningen i forekomsten af depression. Horwitz mener, at psykiske sygdomme er 'skabte' og anslår, at mange af de psykiske sygdomme, der findes i dag, er et resultat af domme over afvigende eller uønsket adfærd. Diagnostikken er ikke længere afhængig af ætiologien. Der er indført diagnostisk praksis, som i høj grad interesserer sig for symptomerne og ikke lidelsens kontekst. Horwitz mener dog ikke, at det er patologisk at reagere med eksempelvis depression på livsomstændigheder, der overskrider grænsen for, hvad et menneske kan magte (ibid.).

Brinkmanns epidemi- og patologiseringsforklaring kan ligeledes udledes af det empiriske materiale. Projektets socialrådgiver Sara medgiver tendensen i samfundet til at stille stigende krav til hver enkelt borger og til idealbilledet af, hvad individet skal præstere: "*... at tingene eskalerer fuldstændig vanvittigt og i en u hensigtsmæssig*

grad. Fordi vi sygeliggør simpelthen hinanden, fordi man ikke længere kan acceptere, at borgere er mennesker, at de er kede af det, fordi de fx har mistet en ægtefælle. Det bliver pludselig til en diagnose, der hedder et eller andet med psykisk belastning.” Sara beskriver sig selv som værende enig i både epidemi- og patologiseringsforklaringen, men hælder til sidstnævnte. Hun mener, at der eksisterer denne sygeliggørelse i samfundet, der skaber flere marginaliserede og syge borgere, som før i tiden ikke blev betragtet som værende syge. *”Altså og det er jo én tendens. Jeg synes, der er rigtig mange mennesker, der bliver diagnosticeret med en let depression, hvor jeg tænker, at de reagerer på at have haft et dårligt liv, en skilsmisse eller... Hvor jeg tænker, jamen de er kede af det, og det synes jeg er forståeligt og naturligt, men så bliver det pludselig sygt.”* Saras udtalelse fremhæves som et oplagt og autentisk empirisk eksempel på Brinkmanns teori. Projektets empiriske læge Lotte genkender ligeledes tendensen og anskuer den problematisk på baggrund af sin erfaring i praksis: *”Jamen det fører jo til flere problemstillinger i praksis. Forventer patienter hurtigere eller lettere tilgang til diagnosticering, fordi der opstår flere og flere symptomer, der førhen slet ikke var symptomer i lægefagligt sprog men snarere naturlige reaktioner på de ting, mennesket oplever”*. Lotte fastlår underbyggende til Saras opfattelse af, at nogle af de sygeliggjorte symptomer i dag nærmere skal betragtes som udtryk for sunde menneskelige naturlige træk og reaktioner på det, livet indebærer og tilbyder. Brinkmanns patologiserende forklaring på depressionsvæksten må således ses som dominerende i samfundet.

Når Brinkmann forsøger at forklare det stigende antal af depressionsdiagnoser skelner han således mellem et øget stressniveau i befolkningen på baggrund af konstant krav om udvikling i det accelererende samfund samt diagnosepraksissen herunder måden, hvorpå depression diagnosticeres. Hvis der er tale om en ændring i måden, depression diagnosticeres på, anskuer Brinkmann dette som et billede på samfundets tendens til at ville udskille unyttige eller langsomme mennesker som behandlingskrævende således, at disse kan optimeres og blive velfungerende igen, hvilket kan sidestilles med Ehrenbergs teori om at reparere funktionsfejl ved svage individer, der ikke kan efterleve samfundets forventninger i tilstrækkelig grad. Brinkmann beskriver det accelererende samfund som værende præget af to tendenser, der har en gensidig forstærkende effekt på hinanden. Oplevelsen af at være utilstrækkelig og ikke 'at kunne følge med' relateret til stress og depression fremstår som den ene tendens,

mens tendensen til at patologisere almindelige menneskelige sider af livet fremhæves på den anden side. Tydeliggørelsen af disse tendenser understreger relevansen og aktualiteten i valget af projektets fokus på netop diffuse psykiske lidelser i dagens samfund.

4.5.5. Opsamling af diagnosers betydning i et samfundsmæssigt perspektiv

I dette projekts problemfelt omhandlende diagnoser er fokus på depressionsdiagnosen, der fremsættes som værende nutidens utilstrækkelighedspatologi af sociolog Anders Petersen. De, der ikke kan honorere og efterleve de samfundsmæssige krav og forventninger til individerne, dømmes sig selv skyldige i at være utilstrækkelige, hvilket kan føre til oplevelsen af at være sårbar og mindre modstandsdygtig i præstationssamfundet (Petersen (21)). Mennesker diagnosticeret med en depression kan således opfattes som sårbare mennesker, der formentlig vil være svækket ressourcemæssigt i sygdomsperioden. Præstationssamfundet tyder på at være medansvarlig for det stigende antal diagnosticerede depressioner gennem dets normer og forventninger om blandt andet deltagelse på arbejdsmarkedet. Dette anskues som et paradoks set i lyset af, at det ligeledes er fra en samfundsmæssig institution, sygemeldte borgere kommer i sygedagpengeforløb, hvori disses ressourcer vurderes. Når depressionsdiagnosens aktuelle vækst sættes i forbindelse med nærværende projekts teoretiske og empiriske kontekst, skabes indblik i sammenhænge, der gør sig gældende i nutidens samfund med den stigende individuelle patologisering. Hvis det fører til en depressiv tilstand, hvor depressionsdiagnosen stilles, taler flere teoretikere, herunder Ehrenberg, Brinkmann og Petersen, om en samfundsmæssig social patologi.

Depressionsdiagnosens vækst er ovenfor sat i en teoretisk sammenhæng. Brinkmann ser en fælles samfundsmæssig baggrund for sine to forklaringer på depressionsepidemien som værende udtryk for det accelererende samfundskrav om evig forandring. Epidemiforklaringen drejer sig om et mere krævende samfund, hvor individuel præstation og konstant udvikling er en forudsætning. De stigende krav fører til et stigende antal borgere, der af forskellige årsager ikke mestrer disse vilkår,

hvorfor samfundet er med til at gøre flere mennesker syge. Brinkmanns patologiserende forklaring betegner den dominerende tendens i nutiden, hvor almindelige menneskelige træk sygeliggøre og bidrager til et større antal diagnoser. Brinkmann fastslår en væsentlig konsekvens heraf, hvor den menneskelige modstandskraft svækkes og sårbarheden øges yderligere i forhold til at stå fast og holde hovedet oven vande i dagens præstationssamfund. Heraf relateres, udover til depressionsdiagnosen, desuden til den stigende forekomst af diffuse psykiske lidelser. Konsekvensen af den patologiserende tendens anskues som et oplagt bidrag til at forklare, hvorfor flere mennesker oplever diffuse depressive symptomer, der ikke betragtes som værende patologiske ud fra lægevidenskaben. Når flere mennesker kapitulerer og må sygemeldes fra præstationssamfundets høje krav, skabes grobund for realiteten af Brinkmanns teori om en øget menneskelig sårbarhed samtidig med, at hidtil almindelige menneskelige følelser patologiseres. Herved fremstår behovet for at få stillet en diagnose særlig vigtigt, da de symptomer, individet oplever således anerkendes som værende virkelige og ikke blot som et udtryk for svaghed. De symptomer, et menneske oplever, må betragtes som virkelige for vedkommende uanset anerkendelse af lægevidenskaben, hvorfor problematikken danner grundlag for forskellige tilgange afhængigt af, hvilket system, man agerer fra.

Brinkmanns teoretiske overvejelser underbygges af projektets empiriske materiale, hvor både den patologiserende tendens og stigende behov for diagnoser genkendes og beskrives af projektets informanter.

4.6 Individniveau med afsæt i strukturelle aspekter

4.6.1. Diagnosens betydning på individniveau

Diagnoser må altså siges at have stigende betydning og indflydelse i samtidens strukturelle systemer, således også for det sociale arbejde og det enkelte individ. Det findes derfor interessant at se nærmere på, hvilken rolle diagnosers stigende indflydelse har i det daglige sociale arbejde.

Med en diagnose skabes en fortælling og en forventning til den adfærd, der kan medfølge hos den diagnosticerede. Selv hos personer med forbigående og diffuse symptomer, der måske kæmper med en adfærd, som kan betragtes som udtryk for

personlige utilstrækkeligheder, omfortolker diagnosen disse problemer til en sygdom. Diagnosen kan opleves som en lettelse, hvorved en reduktion af det personlige ansvar og dermed sympati og medfølelse følger (Brinkmann & Petersen (3)). Informanten Kirsten, der selv har haft en depressionsdiagnose, giver denne beskrivelse af at få stillet diagnosen: ”... en slags lettelse samtidig med at jeg måske var chokeret over, at det nu skulle ramme mig. Man hører jo hele tiden om nogle, der er deprimerede og ikke kan arbejde. Men da jeg endelig fik diagnosen efter en lille halvt år med symptomerne, tror jeg også min mand og familie blev lidt lettet. Måske lidt mere forstående..”. Kirstens oplevelse viser med al tydelighed, hvilken afgørende betydning depressionsdiagnosen kan have. Den hjælper Kirsten til at forklare oplevelsen af passivitet og utilstrækkelighed i forhold til den person, hun plejer at være. Samtidig tager diagnosen ansvaret fra Kirsten i den grad, at det er forståeligt og naturligt, at hun under sin sygdomsperiode ikke kan de ting hun plejer, herunder i særdeleshed at arbejde.

Kirsten giver ligeledes udtryk for, at det var en chokerende oplevelse at få diagnosen. Det at få en diagnose er kort sagt en transformerende hændelse for det diagnosticerede individ, når det indleder sin 'karriere' som patient inden for det psykiatriske system med de forandringer af dets selvopfattelse, som dette indebærer (ibid.) Ian Hacking forsøger at beskrive baggrunden for diagnosers afgørende indflydelse på det diagnosticerede individ. Han ser diagnoser som interaktive kategorier, når de anerkendes og benyttes i institutionelle sammenhænge, hvilket de i særdeleshed gør i henholdsvis det sociale- og sundhedsfaglige system i forbindelse med behandling af borgere, der er sygemeldt med psykiske og diffuse lidelser. Hacking taler om bestemte adfærdsmønstre, der sammenfattes til en diagnose, som er betinget af samfundsstrukturer, hvor der desuden optræder en vekselvirkning. Diagnoser ændrer således sygemeldtes selvopfattelse og fører til udvikling af adfærd passende til, hvordan kategoriseringen af diagnosen lyder (ibid). Hackings beskrivelse af diagnosers effekt på individet understøttes teoretisk af Brinkmann og kan ligeledes relateres til det empiriske materiale omhandlende Kirstens erfaring med depressionsdiagnosens betydning for hendes selvopfattelse og omgivende liv.

Diagnosens betydning for den enkelte står tydeligt frem, hvormed der ligeledes illustreres et fremtrædende behov for diagnoser i systemer, hvor diagnosens kategoriske orden givetvis agerer omdrejningspunkt for behandling og for den adfærd,

der kan forventes af sygemeldte med depression.

4.6.2. Det menneskelige liv som iscenesættelsesprojekt

Personlige præstationer udgør et livsprojekt, hvilket kræver et individ, der kan forny sig og være i en tilstand permanent konkurrence. Sociolog og samfundsforsker Anthony Giddens påpeger, hvordan individet i det senmoderne samfund har mulighed for at skabe sin egen biografi (Andersen & Brinkmann (3)). Giddens peger endvidere på, at mennesket er blevet et refleksivt projekt, der kan betegnes som et selviscenesættelsesprojekt (ibid). Projektets informant Kirsten forholdes til, at samfundet i dag kan betragtes som et samfund, der kræver borgere under konstant udvikling og selvrealisering. Kirstens oplevelse af de aktuelle samfundstendenser af livet som et selviscenesættelsesprojekt: *”... Det lyder jo helt trist. Hvis livet skal være en iscenesættelse? Så er det da klart, at det er svært at være lykkelig! ... Den periode, jeg havde op til, at jeg blev syg. Der havde jeg også et stigende pres fra flere steder lige pludselig. Man kan vel godt kalde det personlige præstationer. Og altså det er jo ens egen skyld, hvis ikke man kan følge med og præstere i dag... Alle mennesker skal jo præstere i dag. Vi må ikke bare stå stille og nyde. Fremad, fremad, skal vi. Puha.”*

Ansvar for at løse de problemer, der genereres af konstant forandrede og usikre omstændigheder, falder tilbage på individet, hvilket ifølge Bauman medfører en selvansvarliggørelse. Bauman formulerer det således: *”I vores 'individualiserede samfund' formodes alle de problemer, som man kan komme ud i, at være selvforskyldte”* (Brinkmann & Andersen (3) p. 347). Projektets informant Kirsten beskriver med al tydelighed, at hun har erfaret nutidens samfund på en måde, der stemmer overens med Baumans betragtning. Hun oplevede selv at være skyld i, at hun ikke kunne leve op til de samfundsmæssige forventninger, da hun blev sygemeldt: *”...Der havde jeg også et stigende pres fra flere steder lige pludselig. Man kan vel godt kalde det personlige præstationer. Og altså det er jo ens egen skyld hvis ikke man kan følge med og præstere i dag...eller det er i hvert fald den følelse jeg får. Det er alt eller intet. Alle mennesker skal jo præstere i dag. Der er ikke noget at sige til, at folk. At så mange går ned. Vi kan ikke holde til det. Gid man levede tidligere.”*

Citatet kan sidestilles med Giddens teori om menneskets refleksive projekt, samt Baumans skildring af, at vi i dag længes efter strukturer og rammer i det norm- og traditionsløse samfund. Kirstens udtalelse illustrerer, hvorledes konsekvenserne af de nutidige samfundstendenser giver anledning til afsavn af den tidligere tilværelse, hvor

der ikke var så mange valgmuligheder, og hvor der var flere normer og traditioner: *”Jamen før i tiden var samfundet jo ikke sådan. Der var man bare glad og tilfreds. Eller det var man jo nok ikke hele tiden. Men der var ikke de samme krav, man skulle leve op til. Man nød tilværelsen mere, som den var, og lod tiden gå uden så mange bekymringer. Det var godt nok det man gjorde...og kunne”*.

4.6.3. Diagnoser som fast holdepunkt for det syge individ

I den konstant forandrende flydende samfundskultur opstår for afvigende individer, der ikke efterlever samfundskravene og således flyder og følger med udviklingen, et behov for et mere fast og sikkert holdepunkt indtil, det igen mestrer kravene. Bauman betragter diagnoser som bidragende til etablering af disse midlertidige sikre forandringspunkter, som institutioner, organisationer og individerne kan holde fast i. Den orden og sikkerhed, som diagnoserne tilbyder, kan således beskrives som etablering af oplevet fasthed i den flydende modernitet (Brinkmann & Andersen (3)). Jens oplever en tydelig forandring i samfundskulturen, når han tænker tilbage: *”...folk, som garanteret havde et eller andet syndrom eller havde en psykisk sygdom, de kunne godt gå og feje gulve nede hos den lokale tømrermester...uden at man behøvede at stille en diagnose på dem. Det går jo ikke længere, altså nu skal man helst have været udredt psykiatrisk...”*. Behovet for diagnoser i tilfælde af utilstrækkelig efterlevelse af de samfundsmæssige krav, fordi borgeren er sygemeldt fra arbejdsmarkedet med en psykisk lidelse, fremkommer som værende afgørende.

Kirstens erfaring med at leve under og ligeledes blive syg af samfundsvilkårene i dag kan være med til at forklare den beskrevne lettelse ved at få stillet en depressionsdiagnose. Lettelsen beskrives blandt andet i forhold til omverdenen, hvor Kirsten nu oplevede, at det var acceptabelt, at hun ikke fulgte med og levede op til den person, hun hidtil havde været, men i stedet var sygemeldt og 'trak stikket' i en periode. Kirsten mener desuden, at diagnoser i nutiden er udtryk for et voksende antal mennesker, der har brug for at stå af ræset i præstationssamfundet: *”Jamen det er vel en markør for den del af befolkningen, som jo er stigende, der ikke kan holde til det. Eller følge med. Så kan man lige få lov at puste ud med det skrevet i panden”*. Depressionsdiagnosen sidestilles med et acceptabelt mærkat til den enkelte, der herved har 'fået accept' til at trække sig tilbage fra det samfundsmæssige ræs og få

fred for en periode. Men diagnoser flyder og er udtryk for et øjebliksbillede af individet og dets symptomer. Det positive faste holdepunkt, som diagnosen kan give, erstattes af flydende usikkerhed i takt med samfundets konstante udvikling herunder også diagnosers (ibid.). Når Baumann anskuer psykiatriske diagnoser som et forsøg at etablere fasthed i en flydende modernitet, må det siges at være aktuelt ud fra informanten Kirstens erfaringer og kan relateres til Brinkmanns beskrivelse af den flydende diagnose som et øjebliksbillede af den pågældende borger.

4.6.4. Diffuse lidelser

Citaterne ovenfor bekræfter den afhængighed, der eksisterer af diagnoser, hvortil Sara supplerer med at beskrive diagnosers funktion i det sociale system som udgangspunkt for sygedagpengeforløbene og tilføjer: *”...når man er diagnosticeret med en depression, så vil der som regel være et eller andet tilrettelagt behandlingsforløb.*

Når det derimod drejer sig om diffuse lidelser ser behandlingsforløbene helt anderledes ud. Det bliver ofte langvarige og mere komplicerede forløb, der udfordrer det sociale systems lovgivning og krav om diagnoser (Discus (30)). *”Hvis det er et spørgsmål om diffuse lidelser, jamen så bruger man jo utrolig meget tid på at få afdækket... Om de fejler.. Og det trækker simpelthen en sag ud. Den bliver utrolig lang på grund af det.. Så der bliver rigtig tit sat en stopklods i, når det er diffust på grund af udredning, og når man har med en borger at gøre, som går og er væk fra arbejdsmarkedet og derfor bliver det alt andet lige et langt sejt træk at få den borger tilbage på arbejdsmarkedet”.* Således skitserer socialrådgiveren Sara sygedagpengeforløb med og uden diagnose, hvilket i høj grad lægger sig op af det tidligere beskrevne, sekundære empiri fra Århus Kommune. Af rapporten fremgår, at behandlingsforløb, hvor diffuse og funktionelle lidelser optræder, hvorved en diagnose er vanskelig at stille, kendetegnes ved at trække væsentligt ud og ved at kompliceres.

Projektets praktiserende læge Jens bidrager med en underbyggende udtalelse: *”.. Manglen på diagnoser gør det sværere, det et mit indtryk. Så hvis en patient har en eller anden sådan rimelig alvorlig diagnose, end hvis man ikke har det, så er det i*

hvert fald nemmere. Hvis man har en akut belastningsreaktion eller er spændt for på mange måder og belastet i mange sammenhænge, det er ikke ligeså godt, som hvis man har en rigtig depression. Fordi den rigtige depression, så er de jo syge og skal have medicin... Men det er de samme problemstillinger, den patient har, som har fået diagnosen depression, som hvis man har belastningsreaktioner..”. Af citatet understreges diagnosens rolle i sygedagpengeforløb, hvorefter der udledes en oplevelse af uretfærdighed fra Jens’ side over for borgere med diffuse lidelser. Det kan formentlig medføre et større behov for at beskytte sine patienter mod beskæftigelsesorienterede indsatser som en slags kompensation for den manglende diagnose, hvilket underbygges empirisk af socialrådgiver Sara, der beskriver, hvorledes lægerne kan få rollen som borgerens advokat ved borgere med diffuse lidelser: ”...og vi har også sådan nogle læger, som godt kan finde på at skrive til os ved, det er ved de diffuse. Vi føler os noget jagtede, jeg og patienten af jobcentret. Det er en vending, jeg så i sidste uge fx”.

Brinkmann taler om en erodering af lægernes monopol på at stille diagnoser. Lægerne risikerer at blive presset til at diagnosticere eller ændre på en diagnose, når socialrådgiveren konsulterer lægen hermed. Når en tredjepart, der i denne forbindelse er en socialrådgiver, giver sit besyv med, er der flere end blot lægen og patienten om diagnosen, og lægens magt reduceres. Magten til at klassificere et menneske på baggrund af en mængde symptomer (Brinkmann & Petersen (3)).

Flere læger beskriver i Mik-Meyers undersøgelse, at når en borger er sygemeldt med diffuse psykiske lidelser med eller uden diagnoser er en pause fra arbejdsmarkedet en nødvendig forudsætning for at blive rask (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Projektets empiriske informant Lotte, der er praktiserende læge understøtter dette: *”For hvis der er noget psykiske patienter ikke har brug for, så er det at blive mødt med sådan en masse stillen krav... ”.* Krav om aktivitet og indsatser fra det socialfaglige system anses således af læger, ikke altid som værende hensigtsmæssige. Lotte spørges uddybende til, om kravene ligeledes indbefatter beskæftigelseskrav, hvortil hun svarer: *”Ja nemlig, sådan en pressen på. Så går det ikke hurtigere”.* Lotte bekræfter altså Mik-Meyers teori.

Diagnosens betydning for sådanne forløb omhandlende psykiske diffuse lidelser,

fremtræder også her afgørende for både den professionelle og for den pågældende borger. Behovet for diagnoser som strukturerende og kategoriserende faktor i behandling af mennesker med diffuse depressive lidelser hænger formentlig sammen med det, der af socialsystemet, herunder socialrådgiver Sara, samt Maja Lundemark Andersen, fremstilles som sundhedssystemets dominerende magt og indflydelse på det sociale arbejde og på den enkelte sygemeldte borger.

4.6.5. Opsamling af diagnosers betydning på individniveau

Den stigende afhængighed af diagnoser fremgår af den teoretiske og empiriske analyse. Det, at få stillet en diagnose, fremkommer som værende afgørende for den enkelte, der sygemeldes med psykiske lidelser. Når individet diagnosticeres, beskrives det af Goffman som en transformerende hændelse for individet, når det påbegynder en tid som patient i det psykiatriske system, hvorved forandringer i dets selvopfattelse medfølger (Brinkmann & Petersen (3)). Depressionsdiagnosen er af væsentlig betydning for de mennesker, der oplever depressive symptomer og i en periode er nødsaget til at sygemeldes og pausere fra arbejdsmarkedet. Diagnosen beskrives som middel for den pågældende borger til forklaring og forståelse af sindets tilstand og vedkommendes livssituation, mens den i faglig systemisk sammenhæng fremstår som en metode til lettere at kategorisere og skabe overblik over borgeres sygdomsforløb. Det udtrykkes af aktørerne i det sociale- og sundhedsfaglige system, at behandlingen af den sygemeldte borger ofte forløber lettere, mere kortvarigt og mindre kompliceret, når der er stillet en diagnose i modsætning til forløb med diffuse lidelser. Diagnosepraksis kan have en realiserende effekt på borgerens symptomer og give denne mulighed for at beskrive og forklare sin lidelse således, at behandling tilrettelægges fra det sundhedsfaglige system, og en relevant handleplan udformes fra det socialfaglige system (Discus (30)). Diagnoser må herudfra siges at have væsentlig betydning for det enkelte individ som patologisk meningsgivende forklaring og samtidig spille en afgørende rolle i et sygedagpengeforløb. Steen Vallentins, formand for rådets arbejdsgruppe om anvendelse af diagnoser, betragtning af psykiatriske diagnoser som adgangsbillet til sociale ydelser kan således have sin rigtighed (Hansen (42)). Depressionsdiagnosen udledes som værende en markør for det diametrale modstykke til det succesfulde nutidige individ, der opfylder samtlige gældende normative forventninger i præstationssamfundet. Det patologiske deprimerede individ fæstner sig ved sin diagnose som fast holdepunkt i tiden, hvor vedkommende er sat

uden for den flydende modernitet, fordi dennes betingelser ikke efterleves i tilstrækkelig grad.

Diagnosers afgørende betydning illustreres i særdeleshed ved den medicinske diskurs, hvor det sundhedsfaglige system kritiseres for at være for dominerende i sagsbehandlingen og i afgørelsen af borgerens vej gennem systemet ud fra den diagnostiske stillingtagen. Der fremsættes et stigende behov for diagnoser til sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Socialsystemets kategoriserende arbejdsmetoder kan desuden fremhæves som en central årsag til det øgede behov for diagnoser.

4.7. Samarbejde på gruppeniveau

Samarbejde er, som ovenstående analyseafsnit ligeledes giver et billede af, en central del af dette projekts problemområde. Der er opnået empirisk viden om samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system på gruppeniveau gennem projektets kvalitative interviews af socialrådgiver og læger om deres oplevelse af samarbejdet faggrupperne imellem. Herved belyses, på hvilke områder informanterne mener, at der er grund til at forbedre samarbejdet for at skabe et mere optimalt sygedagpengeforløb for borgere med depression og depressive symptomer. I følgende afsnit kobles samarbejde på gruppeniveau, hvor det sociale- og sundhedsfaglige system betragtes som samfundsmæssige organisationer, med det systemteoretiske perspektiv, hvorudfra det empiriske materiale analyseres med relevant samarbejdsteori.

4.7.1 Systemteoretisk perspektiv og samarbejde

I det systemteoretiske perspektiv er fokus på relationen mennesker imellem frem for fokus på menneskers egenskaber. Man er desuden interesseret i det miljø, mennesker skaber mellem sig. Alt hænger sammen, og der kan ikke ændres på én del, uden det får konsekvenser for de andre dele. Et kendetegn ved systemteorien er helhedstankegangen og ønsket om at indfange mest muligt af mangfoldigheden i menneskets tilværelse. Ordet system betyder sammenstilling. Det er en gruppe af mindre enheder, der danner en helhed. Denne sammenhængende helhed er noget

andet end summen af enkeltdelene. Helheden kan både være mere og mindre end summen af enkeltdelene. Når samarbejdet i en gruppe har som resultat, at der udarbejdes en bedre opgave, end hvis opgaven var skrevet af personerne hver især, så er helheden mere end summen af enkeltdelene. Hvis resultatet bliver dårligere, er helheden mindre end summen af delene (Hutchinson & Oltedal (11). Teoretikeren P.M. Senge taler om *den lærende organisation* i forbindelse med samarbejde, der omhandler det, en organisation må være opmærksom på, hvis det gode samarbejde skal opnås. I relation hertil refererer han til grundforståelsen af systemteorien ved at bruge udtrykket ”summen er mere end sine enkeltdele” (Hermansen, Løw & Petersen (9). Hvis social- og sundhedssystemet arbejder sammen, kan de ved det gode samarbejde være mere end summen af enkeltdelene. På baggrund heraf kan vigtigheden af et velfungerende samarbejde systemerne imellem, anskues ud fra det systemteoretiske perspektiv.

Socialsystemets arbejde med den sygemeldte borger alene vil ikke give samme resultat, da det er en nødvendighed for socialsystemet, at sundhedsvæsenet foretager en udredning af den sygemeldte borger, da dette ligger uden for socialsystemets kompetenceområde. Det er således afgørende, at de to systemer kan samarbejde på en konstruktiv måde, så enighed opnås hos begge parter om de beslutninger, der træffes. Et efterstræbelsesværdigt og godt resultat må være, at borgeren oplever sin sygdom og sit sygedagpengeforløb som værende hensigtsmæssigt behandlet af både sociale- og sundhedssystemet. Ved det gode resultat konkretiseres sygemeldingen ved at tage sit udgangspunkt i borgerens tilstand, samt afklaring af vedkommendes lidelser. Jo kortere sygedagpengeforløbet er, des hurtigere genoptager borgeren sin deltagelse på arbejdsmarkedet. Herved må både det sociale- og sundhedsfaglige systems målsætninger være inkluderet. P.M. Senges kobling mellem den lærende organisation og systemteoriens grundsten, hvor summen er mere end sine enkeltdele, kan forstås i sammenhæng med et velfungerende samarbejde systemerne imellem. (ibid.). Projektets socialrådgiver Saras udtalelse om samarbejde med borgeren i fokus understøtter systemteorien og Senges teori: *”Det giver sig selv, at jo tættere et samarbejde vi kan have, jo mere kan vi komme hele vejen rundt. Jo bedre er det for borgeren”*. Projektets ene læge Jens siger ligeledes om velfungerende samarbejde: *”...Og i mange tilfælde har jeg et godt samarbejde med socialrådgiveren, som man*

kan ringe, til eller de ringer til én, det synes jeg godt om, jeg kan godt lide det samarbejde. Og det er vigtigt med godt samarbejde”.

Omvendt kan det dysfunktionelle samarbejde systemerne imellem ses ved resultater, der er mindre end summen af enkeltdelene. Dette må siges at være uhensigtsmæssigt i krydsfeltet systemerne imellem, da det kan medvirke til et kompliceret og længerevarende forløb for borgeren, der kommer til at stå i midten af to systemer, der rummer forskellige tilgange til, hvordan borgeren skal behandles.

I tidligere beskrevne projekt fra Århus Kommune beskrives et tæt samarbejde læger og socialrådgivere imellem, hvilket vurderes at give et mere velfungerende samarbejde og derved et sygedagpengeforløb af højere kvalitet for borgere med diffuse lidelser (Discus (30)). Samarbejdet var organiseret således, at et centerteam bestående af en sociallæge og en psykolog var tilknyttet jobcentret, så socialrådgiverne havde mulighed for at have en tæt kontakt og en god dialog med teamet. Herved havde de sparringspartnere, der rent geografisk var placeret tæt på dem, og centerteamet havde stor indsigt i hver borgers sag. I projektet beskrives det altså, at et tættere og velfungerende samarbejde parterne imellem, bidrager til kvalitetsmæssigt bedre sygedagpengeforløb (ibid.).

4.7.2 Samarbejde i et psykologisk perspektiv

I den professionelle relation må samarbejdspartneren have en anerkendende tilgang, for at åbne en mulighed for undersøgelse og udveksling. Man må anerkende et andet menneske som et medmenneske ved at møde den anden, der hvor han eller hun er og ved at give den anden plads til at være forskellig fra en selv. Man må give den anden sin opmærksomhed ved at have et åbent sind og på denne måde vise, at den anden har en betydning. Det er endvidere vigtigt at anerkende et andet menneskes handlinger eller evner ved at anerkende vedkommendes kompetencer og herved betragte den anden som gyldig (Hermansen, Løw & Petersen (9)). Empiriens socialrådgiver Sara udtrykker anerkendelse og forståelse over for lægernes arbejdsbyrde: ”...*Altså jeg kan virkelig godt forstå, hvis lægerne kan være hængt op og kan opleve det som om, at vi ringer hele tiden og kræver de attester”.* Hun fortæller, at lægerne har tre gange så mange patienter som lægerne på Sjælland. Anerkendelse og forståelse giver Lotte ligeledes udtryk for ved at beskrive oplevelsen af socialrådgivernes forståelse for

gensidige kompetencegrænser: *”...Jeg synes, at de fleste socialrådgivere ved, hvem der kan hvad”*. Hun udtrykker desuden forståelse for socialrådgiveres arbejdsmæssige rammer: *”De mennesker fra kommunen, der sidder på pengekassen, det er jo også mennesker trods alt. Så når man taler i telefon, er man nok, begge parter, interesseret i at hjælpe personen. Men de bliver nødt til at læne sig op ad loven og den pengekasse”*. Både Sara og Lotte udtrykker respekt og anerkendelse over for modpartens arbejde og måden, det udføres på. Dette er i tråd med det konstruktive professionelle samarbejde ud fra et psykologisk perspektiv, der lægger vægt på vigtigheden af at anerkende det andet menneske ved at møde personen, hvor vedkommende er og anerkende dennes handlinger og kompetencer.

Samtidig udtrykker både Sara, Lotte og Jens, at der er plads til forbedringer i samarbejdet. Sara: *”...Et helt simpelt eksempel er, at lægerne skal bibringe en forståelse for, hvor vigtige, de der attester, er for os”*. Hun ønsker større forståelse fra lægernes side i vigtigheden af lægeattester i socialrådgiveres arbejde. Sara tilføjer: *”...Vi har haft godt samarbejde, men vi har ikke haft på det overordnede plan”*. Sara fortæller både om velfungerende og mindre velfungerende samarbejde. Hun nævner KLU, som er et kommunalt-lægeligt udvalg, der har bidraget til, at socialrådgivere og læger er ved at nærme sig hinanden. På baggrund af teori om samarbejde i et psykologisk perspektiv udledes af Saras beskrivelser af samarbejdet med de praktiserende læger et fravær af anerkendelse fra lægerne. Der opleves ikke forståelse for, at socialrådgiverne må tilrettelægge deres arbejde efter lovgivningen, der blandt andet stiller krav om et stort antal lægeattester, hvilket formodes at hæmme et velfungerende samarbejde.

En ’vurderende’ relation kan ligeledes være problematisk i et samarbejde. Ved en ’vurderende’ relation gør man sig til dommer over den anden, og dette fremstår dominerende i samarbejdet, hvorved relationen præges af magt og kontrol frem for kontakt. Den anerkendende relation bygger på respekt for den andens autoritet. I samarbejdssituationer, hvor parterne er en del af en fælles opgaveløsning samt koordinering af opgaver, nedtones assymetrien i relationen (ibid.). For at opnå et velfungerende samarbejde socialrådgiveren og lægen imellem, må begge parter være

anerkendende over for den andens kompetencer og faglige vurdering af borgerens situation og de tiltag, der vurderes at være mest hensigtsmæssige for borgeren. Hvis parterne samarbejder om opgaveløsningen, nedtones asymmetrien mellem dem, og det formodes at skabe et større fokus på en konstruktiv opgaveløsning. Det kan dog være vanskeligt for socialrådgiveren at følge lægens anbefaling om, at borgeren skal have ro, når socialrådgiveren har visse lovmæssige krav at overholde.

Informanten Sara, der er socialrådgiver, beskriver en udfordring i, at socialsystemets beskæftigelsesorienterede tiltag sommetider kommer i konflikt med den praktiserende læges anvisning om, at den pågældende sygemeldte borger har behov for en pause fra arbejdsmarkedet for at komme sig over sin psykiske lidelse. Hun fortæller, at socialrådgiverne i nogle tilfælde ringer til lægerne, for at informere om sammensætningen af et individuelt borgerforløb. Hun spørges til, om lægerne er åbne over for dette: *”Jaae, ikke alle sammen. Der er nogle, der simpelthen synes, at vi er noget fanden har skabt”*.

Sara inddrager desuden nye forskningsresultater i sin argumentation for, at det ikke er hensigtsmæssigt for sygemeldte borgere at blive skærmet fra arbejdsmarkedet. Udfordringen kommer særligt til udtryk, når socialrådgivere tilbagemelder intentioner om borgerens snarlige tilbagevenden til arbejdsmarkedet til den pågældende læge, der ifølge Sara ikke har den tilstrækkelige indsigt i de gavnlige effekter, som bevarelse af tilknytning til arbejdsmarkedet har for borgeren. Begge aktører tilsigter at tilrettelægge behandling til borgerens bedste, men de forskellige metoder til at nå dette mål kommer i konflikt med hinanden. Herved fremstår en mangel på gensidig indsigt samt en mangel på forståelse for de to systemers tilgange, hos begge aktører. I henhold til den 'vurderende' relation kan de to systemer og aktørers forskellige tilgange til beskæftigelsesorienterede tiltag bevirke, at der skabes en relation præget af kontrol og magt og dette formodes at præge samarbejdet i en negativ retning, da de to systemer herved arbejder mod hinanden, frem for at samarbejde (ibid.). Samarbejdet anskues ikke at fungere optimalt så længe, aktørerne har hver sin holdning og tilgang til behandlingen, og der herved ikke opnås enighed om en løsning. Dette formodes at have negativ påvirkning på sygedagpengeforløbet og skabe forvirring hos borgeren og aktørerne imellem, hvilket kan give grundlag for konflikter systemerne imellem.

Informanterne Lotte og Jens beskriver dog et samarbejds-mæssigt tiltag, der fungerer, og hvor de forskellige aktører har mulighed for at forklare sig og herved nå til enighed om borgerens situation. Det er de såkaldte rundbordssamtaler. ”...Nogle gange sker det, at vi har en rundbordssamtale, det er jo noget man kan blive indkaldt til engang imellem, og det er egentlig ret okay. Hvor patienten er med, og socialrådgiveren og sådan...”. Lotte fortæller om sin oplevelse med rundbordssamtaler, hvor hun ser samarbejdet med socialrådgiverne som velfungerende. Jens udtrykker ligeledes tilfredshed med samarbejdet omkring rundbordssamtalerne: ”...Super godt...”, ”...og hvis man så mødes alle tre parter og sætter sig ned og siger, hvad kan vi gøre her, så er vi fri for både løgnhistorierne og omskrivningerne, fortolkningerne, hvad det nu er, og så kan vi tale lige ud af posen, og så sidder man der ligesom som læge som den, der skal garantere patientens sikkerhed i det og så. Der har jeg faktisk haft nogle rigtig gode samtaler. Det er vejen frem. Til de der komplekse ting”. Jens sætter stor pris på, at alle parter kan tale frit og har mulighed for at blive hørt, når parterne er samlet til rundbordssamtale frem for, at kommunikationen går gennem en tredje part som en lægefaglig konsulent, hvor der kan opstå misforståelser. Ved at sidde over for hinanden og have en dialog fastslår Jens, at man kommer uden om løgnhistorier og usandheder. Specielt ved de mere komplekse borgere, hvor behandlings- og sygedagpengeforløbet langtfra er lineært, mener Jens at rundbordssamtaler, hvor der er mulighed for en ordentlig dialog, fungerer.

Jens siger videre om dialogens betydning for samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system: ”...Vi skal faktisk have et møde, et dialogmøde med kommunen, hvor vi vil prøve at fremme forståelsen for, at dialogmøder eller rundbordssamtaler er rigtig godt. Fordi det både er noget, som kommunen og praktiserende læger burde gøre noget mere i, altså dialogmøderne...”. Jens udtrykker med al tydelighed, hvor vigtig han ser dialogen og rundbordssamtalerne. Begge aktiviteter er et punkt på dagsordenen hos kommunen og er derfor noget, der ses som værende aktuelt og centralt i samarbejdet mellem socialrådgivere og læger. Sara fortæller med ærgelse i stemmen, at lægerne ikke har tiden til rundbordssamtaler: ”...Vi har jo ikke sådan for vane at kunne få dem med på rundbordssamtaler og den slags, fordi det har de simpelthen ikke tid til. Så det bliver jo meget et attest-samarbejde, vi har”. Hun efterspørger endvidere en højere grad af dialog i samarbejdet med lægerne: ”...Ja, vi udfordrer jo også de praktiserende læger, når nu

de skriver et eller andet.. Så ringer vi ned til dem og siger, jamen er du bevidst om, at vi faktisk kan stykke det sådan og sådan sammen? Så er der jo også mange, der siger, jamen okay, det lyder jo egentlig fornuftigt nok. Men det kræver noget mere dialog”

Dialog fremstår som det bærende redskab ved rundbordssamtaler, og ønsket om dialog fremhæves således fra begge systemer.

Det velfungerende samarbejde mellem de offentlige instanser fremhæves desuden som værende essentielt af overlæge i psykiatri Lene Falgaard Eplov, der pointerer vigtigheden af psykisk syges tilknytning til arbejdsmarkedet i henhold til den mest optimale behandling. Hun lægger vægt på, at beskæftigelsessystemet og behandlingssystemet udover på strukturelt plan ligeledes må arbejde sammen på individniveau. Viden fra begge sektorer er nødvendig og systemerne må hjælpe hinanden for at kunne hjælpe borgeren (Kommunernes Landsforening (33)).

4.7.3 Opsamling af samarbejde på gruppeniveau

Vigtigheden af samarbejde anskues med den systemteoretiske tilgang som baggrund. Et velfungerende samarbejde skildres i denne sammenhæng ved, at helheden er mere end summen af enkeltdelene, mens helheden er mindre end summen af enkeltdelene ved et uharmonisk og dysfunktionelt samarbejde. Et velfungerende samarbejde ses i den sekundære empiri omhandlende projektet fra Århus Kommune, hvor et tæt samarbejde mellem socialrådgivere og centerteam, bestående af en læge og psykolog, er opnået. I projektets primære empiri gives ligeledes udtryk for vigtigheden af et godt samarbejde. Projektets informanter giver overordnet udtryk for, at samarbejdet mellem det socialfaglige og sundhedsfaglige system står over for udfordringer.

Der fremstår forskellige faktorer, der influerer uensigtsmæssigt på samarbejdet. Et fællestræk, der kan fremhæves, er ønsket om mere dialog aktørerne imellem. Både læger og socialrådgiver ytrer sig omkring vigtigheden af dialog for på den måde opnå større indsigt i hinandens arbejdsfelt. Når socialrådgivere får større forståelse for det medicinske og lægefaglige arbejde, opnås en forbedret og mere konstruktiv kommunikation, og det daglige samarbejde forbedres formentligt. Dette vil omvendt ligeledes gøre sig gældende, hvis de praktiserende læger opnår indsigt i socialrådgivernes arbejdsmæssige rammer. En faktor, der fremgår af det empiriske materiale og den sekundære empiri, herunder Århus Kommunes undersøgelse af sygedagpengeforløb med diffuse lidelser, er betydning af fraværet af diagnoser i

sygedagpengeforløb. Det udledes, at samarbejdet vanskeliggøres yderligere i forløb, hvor det drejer sig om diffuse lidelser, og hvor diagnoser er fraværende eller forsinkede. Samarbejdet fremkommer mest velfungerende i de forløb, hvor borgeren fra start stilles en diagnose.

De mange reglementer, der eksisterer i sociallovgivningen, giver anledning til frustrationer hos både socialrådgivere og læger, da de lovgivningsmæssigt påkrævede lægeattester medvirker til, at begge faggrupper må bruge lang tid på både at udfylde og tyde attesterne. Det påvirker samarbejdet i en negativ grad. Med det store fokus på diagnoser og attester, kan det samtidig blive vanskeligt at have den enkelte borgers individuelle situation i fokus. Diagnosticeringen medvirker altså på én og samme tid til behandlings- og sygedagpengeforløb, der er nemmere at tilrettelægge og iværksætte samtidig med, at den udfordrer konstrueringen af individuelle borgerforløb, da den enkeltes behov kan risikere at forsvinde i diagnosernes kategorisering.

4.8 Diskuterende analyse

Det fremgår af analysen, at der ikke eksisterer kongruens i de forståelser og tilgange, der eksisterer mellem det sociale- og sundhedsfaglige system, disse har til borgere sygemeldt med psykiske lidelser. De forskellige diskurser har konsekvenser for samarbejdet og for borgeren. Af analysen fremstår en uoverensstemmelse i måden, hvorpå socialfaglige aktører forstår sygdomssituationen hos den sygemeldte borger sammenlignet med lægefaglige aktører. Her fokuseres særligt på de to systemers anvendelse af diagnoser og synet på borgerens arbejdsevne, der i analysen udtrykkes forskelligt.

Uoverensstemmelserne, der kan føre til forskellige sammenstød i krydsfeltet systemerne imellem, tyder på at have rod i samfundsmæssige tendenser. Ligesom teorien om ”Top-Down” politikken viser, skaber politiske beslutninger om lovgivning og reglementer grundlag for det daglige arbejde i de samfundsmæssige institutioner, herunder det socialsystemet og sundhedssystemet (Caswell, Dall & Madsen (29).

I analysen illustreres, at socialrådgivere har vanskeligt ved at vurdere den enkelte borger individuelt og inddrage det hele menneske således, at fokus på borgerens

arbejdsevne bliver for dominerende i sagsbehandlingen (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20). Projektets empiriske læger understreger vigtigheden af et fokus på det hele menneske og ikke blot på sygdom og arbejdsevne, hvilket skaber grundlag for uoverensstemmelser i samarbejdet med socialsystemet. Uenighed om den rette behandling til borgeren fremkommer som en barriere i samarbejdet aktørerne imellem og skaber et krydsfelt, hvori samarbejdet og den pågældende sygemeldte borgers forløb påvirkes i negativ retning. Samarbejdsvanskeligheder udledes som værende forårsaget af systemernes differentierede forståelser af behandlingen til sygemeldte borgere med depressive symptomer.

Sygemeldte borgere med depression oplever et pres fra det sociale system, der beskrives som havende et overskyggende fokus på borgernes arbejdsevne med henblik på snarlig tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Projektets borger Kirsten udtrykker frustration over sit sygedagpengeforløb, der ligeledes bærer præg af forskelligrettede tilgange. Mens Kirstens læge opfordrede til, at hun i en længere periode skulle fritages fra arbejdsmarkedet for at få den optimale ro til at komme sig over sin depression, fokuserede hendes socialrådgiver på hurtigst mulig returnering til arbejdet allerede kort inde i sygemeldingen. Konsekvensen af dette uhensigtsmæssige pres vil formentlig være unødigt fastholdelse af den depressive tilstand, da borgeren ikke får den nødvendige ro, som lægen anbefaler, hvorved lægen kan anses som havende en beskyttende rolle over for borgeren.

Socialsystemets beskæftigelsesrettede indsatsers bidrag til, at den sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet opretholdes, risikerer at få en negativ effekt. Omvendt argumenteres for, at depressive borgers sygemelding trækkes ud, hvis beskæftigelsesrettede indsatser tilsidesættes i disse sygedagpengeforløb, da kontakten til arbejdsmarkedet herved ikke vedligeholdes.

Depressionsdiagnosen må på baggrund af analysen siges at spille en afgørende rolle i nutidens præstationssamfund. De stigende samfundsmæssige krav om blandt andet evig udvikling og realisering forårsager, at flere og flere mennesker dømmer sig skyldig i at være utilstrækkelig i forsøget på at efterleve tidens forventninger (Brinkmann & Petersen (3). Det utilstrækkelige individ diagnosticeres med depression. Den psykiske lidelse betragtes af Ehrenberg som en funktionsfejl, der skal

repareres hos individet, ligesom Baumann anskuer diagnosen som midlertidig holdepunkt i en konstant flydende modernitet. Den eksplosive vækst af depressionsdiagnosen kan desuden skyldes måden, hvorpå der diagnosticeres i dag, hvortil Brinkmann formulerer to forklaringer. Han påpeger et større fokus på, at diagnosen depression ikke stilles, hvis der reelt set er tale om en menneskelig krise eller nedtrykthed som naturlig reaktion på livsbegivenheder (Brinkmann (4)).

Depressionsdiagnosen er af relevant betydning i de samfundsmæssige systemer på alle tre niveauer. Diagnosen bidrager på individniveau hos den sygemeldte borger med depressive symptomer til forklaring på den afvigende og depressive adfærd og livssituation. Det kan diskuteres, på hvilken måde diagnoser derudover bidrager negativt i forhold til individet og til samfundet. Hvilke konsekvenser følger med den diagnostiske udvikling? Depressionens nyttige funktioner fremgår tydeligt, men hvis den patologiserende tendens i samfundet får stadig større indflydelse, og flere diagnosticeres med depression, findes det nærliggende at opstille medfølgende problemstillinger i et diskuterende perspektiv af, hvilke slagsider, der forbindes med depressionsvæksten.

5.0 Diskussion

Diskussionen indledes med at præsentere fremtrædende elementer, der gennem analysedelen er fremkommet som værende særlig væsentlige og interessante at arbejde videre med i et diskuterende forum. I første del diskuteres perspektiver på tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorunder disses konsekvenser for den sygemeldte borgers forløb illustreres med afsæt i relevant teori fra fagfolk samt en aktuel rapport.

Sidste del af diskussionen udformer et kritisk blik på den aktuelle diagnosepraksis og konsekvenser ved psykiatriske diagnoser for at skabe større indblik i, hvilke mekanismer, der er i spil, når depressionsdiagnosens forekomst stiger voldsomt i det moderne præstationssamfund.

5.1 Arbejde som en del af behandlingen til mennesker med depression

I Danmark ses et stigende antal borgere, der diagnosticeres med depression (Brinkmann (4)). Hvis individet føler sig utilstrækkeligt i forhold til sine potentialer, kan det føre til oplevelsen af magtesløshed, hvilket kan bidrage til en deprimeret tilstand og muligvis en egentlig depressionsdiagnose (Petersen (21)). Med diagnosen depression hører som oftest en periode med sygemelding, hvor dagligdagens gøremål sættes på standby (Petersen (45)). Som det fremgår af analysen, eksisterer forskellige forståelser af, hvorledes et sygedagpengeforløb til borgere med psykiske lidelser, skal tilrettelægges. De samfundsmæssige institutioner, sundhedssystemet og det socialfaglige system, besidder hver sin tilgang til behandling af diffuse og depressive lidelser samt anvendelsen af diagnoser. Disse uoverensstemmelser drejer sig i særdeleshed om sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket fører til et krydsfelt, hvor den sygemeldte borger befinder sig og påvirkes af de forskellige opfattelser af forløbet på trods af det fælles mål, at borgeren skal komme sig og opnå habituel status. Det træder frem af Nanna Mik-Meyers undersøgelse, at en pause fra arbejdsmarkedet er en forudsætning for at blive rask, når man er sygemeldt med diffuse psykiske lidelser (Mik-Meyer & Brehm Johansen (20)). Disse fund vil være udgangspunktet for første del af diskussionen, hvor tilknytning til arbejdsmarkedet under sygemelding diskuteres med forskellige fagpersoners argumenter for og imod.

Dette perspektiv fremhæves som værende centralt, da forskellige tilgange til behandling af sygemeldte borgere kan skabe forvirring og bidrage til et dysfunktionelt samarbejde systemerne imellem, hvilket går ud over borgerens forløb. Det findes derfor vigtigt at skærpe fokus på behovet for højere grad af konsensus i systemernes tilgange og derudover skabe overblik over, hvordan sygemeldte borgere mest effektivt bliver raske.

En stor del af den danske befolkning er i fare for at falde ud eller er faldet ud af arbejdsmarkedet, hvilket blandt andet forklares med psykiske lidelser, hvor diffuse lidelser og depression indgår. Alle mennesker har brug for at blive anerkendt som enkeltindivid med ressourcer og behov frem for at være på offentlig forsørgelse (Jørgensen (16)). Projektets empiriske socialrådgiver Sara pointerer vigtigheden af anerkendelse, og at man som menneske mærker, at der er brug for én, særligt gennem arbejde: ”...Jeg tror virkelig på, at det med at man får en stabil hverdag, hvor man har lidt at stå op til, og så kan det godt være, at man skal hjem og trække sig, men dét, at der er nogen, der ønsker en. Altså, jeg ved ikke om, det kommer til at lyde sådan lidt blomsteragtigt, men det er helt lavpraktisk, at vi skal hjælpe de her mennesker med at rejse sig igen med nogle passende krav...”. Men hvilke slagsider er der ved disse klare politiske budskaber repræsenterende socialsystemet? Den eneste aktivitet, der tæller, er ifølge én af de politiske definitioner, at arbejde. Det fremherskende synspunkt i socialpolitikken rejser et væsentligt spørgsmål om, hvorvidt arbejdsgivere er interesseret i at ansætte arbejdstagere, der ikke er lige så produktive som de, der ikke lider af en psykisk lidelse?

Arbejdsfællesskabet er det eneste fællesskab, der betyder noget (Nørup (44)). Denne forståelse af fællesskab præger måden, hvorpå samfundet og omgivelserne ser på de mennesker, der ikke kan arbejde. Herved ændres måden, disse mennesker ser på sig selv. Således skriver Iben Nørup, forsker og ph.d. på afhandlingen ”Arbejde og Sygdom - og om at være en del af fællesskabet”, kritisk om emnet i sin artikel fra Politiken. Hun skriver, at jo mere vægt, der lægges på, at det er nødvendigt at have et arbejde for at være en del af fællesskabet, jo mere forkert bliver det at stå udenfor arbejdsmarkedet. Dette synspunkt underbygges af Anders Petersens beskrivelse af depression som nutidens utilstrækkelighedspatologi, idet individet er sygemeldt og

således står uden for arbejdsmarkedet.

Nørup forholder sig kritisk til socialsystemets beskæftigelsesorienterede tilgang til sygemeldte borgere og ligger vægt på manglen af evidens for de seneste beskæftigelsespolitiske reformer, hvor blandt andet flexjob-, kontanthjælps- og sygedagpengeordningen handler om at få alle, der kan præstere det mindste, ud på arbejdsmarkedet. Nørup efterspørger evidensen for disse reformer, og hvordan dét, at presse syge mennesker i arbejde, kan kurere lidelser og sygdomme. I sin artikel refererer Nørup til en undersøgelse kaldet 'Sundhedsprofilen' lavet af Region Nordjylland og baseret på et udsnit af 25.000 mennesker. Her forholder det sig således, at den enkeltes helbred forværres ved at presses tilbage i arbejde, hvilket strider mod de beskæftigelsesrettede tiltag, der dominerer sygedagpengeforløb for sygemeldte borgere med depression og diffuse lidelser. Af det empiriske materiale beskriver informanten Kirsten presset fra socialsystemet således: *"Jamen altså hun forsøgte jo at skubbe mig tilbage i arbejde hurtigst muligt.... Jeg var slet ikke i tvivl om, at det var det, der var intentionen. Problemet var bare, at jeg ikke var klar. Jeg kunne slet slet ikke overskue at vende tilbage endnu."*

Nørup pointerer med afsæt i undersøgelsens resultater, at der ikke er evidens for, at tilknytning til arbejdsmarkedet skulle være det bedste middel for de sygemeldte til at blive raske (ibid.). Disse undersøgelsesresultater underbygger således både Mik-Meyers fund og nærværende projekts empiriske læger og borgerinformant, der beskriver behovet for ro som sygemeldt med depression: *"Jeg kunne slet slet ikke overskue at vende tilbage endnu. I de situationer var det faktisk rart at have min læge. For han mente bestemt ikke at jeg skulle andet end at holde mig i ro derhjemme og lave ingenting. Så selvom jeg følte presset fra den sociale forvaltning, fornemmede jeg alligevel, at min læge ville hjælpe mig, hvis det var. Altså holde hånden over mig"*. Dette perspektiv på arbejdsmarkedstilknytning til sygemeldte med psykiske lidelser ansues i det følgende kritisk, hvor modsatrettede argumenter skildres og diskuteres.

Kjeld Møller Nielsen, professor i sundhedsøkonomi- og politik på Syddansk Universitet er uenig i Nørup og Mik-Meyers standpunkt og fremhæver, at al erfaring viser, at tilknytning til arbejdsmarkedet har afgørende betydning for den sygemeldte. Ved at være på arbejdsmarkedet undgår man isolation og kommer i kontakt med

andre mennesker, hvilket er en af de mest essentielle faktorer for en optimal behandling mod depression (Hvilsom (42)). Dette understøttes af to specialelæger i psykiatri, Jesper Karle og Lars Aakerlund, der efter at have arbejdet med affektive lidelser i tre år slår fast, at tilknytning til arbejdsmarkedet er afgørende for patienters prognose. Deres resultater konkluderer, at jo tidligere patienterne kommer tilbage i en aktivitet som eksempelvis arbejde, hvor en fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet laves, desto kortere bliver sygemeldingen. Lars Aakerlund udtaler, at det er helt afgørende, at de sygemeldte holder fast i jobbet og træder vande, indtil de igen har overskud til at komme frem til mere langtidssigtede løsninger (Aagaard (35)). Den empiriske informant Sara slår desuden et slag for sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet: *”Man har simpelthen fundet ud af, at det der med beskæftigelse og tæt behandling selvfølgelig, går helt hånd i hånd, det er bare rigtig godt. Ofte så får vi jo at vide, at borgeren helst skal gå hjem og gå i noget tid og have ro og ro og ro, men det genererer altså ikke det overskud man tror. Fordi den der ro, den er egentlig bare med til at skabe angst for at komme af sted”*.

Danmarks Statistiks Forskerservice viser, at personer med en fysisk sygdom som cancer langt oftere bliver på arbejdsmarkedet sammenlignet med personer med en psykisk lidelse. Lene Falgaard Eplow, der er overlæge i psykiatri ved Psykiatrisk Center i København mener, at det er u hensigtsmæssigt både for sygemeldte og for samfundet, at disse mennesker med depression står uden for arbejdsmarkedet (Kommunernes Landsforening (33)).

Det kan diskuteres, hvorvidt dette perspektiv på arbejdsmarkedstilknytning altid er det mest hensigtsmæssige og hvilke problemstillinger, det kunne medføre. Workstrategien pointerer individernes samfundsmæssige pligt til at arbejde, hvilket formentlig er med til at skabe vanskeligere vilkår for udsatte borgere, der i forvejen er sårbare over for samfundskravene. Af analysen fremgår, at der eksisterer en øget menneskelig sårbarhed i befolkningen grundet præstationssamfundets vilkår, hvorfor Workfarestrategien kan diskuteres som bidragende til forværring af udsatte borgeres uarbejdsdygtighed som socialt problem.

Perspektivet om depressives tilknytning til arbejdsmarkedet giver endvidere anledning til efterspørgselsproblemer som en slagside, da det udledes at være vanskeligt at opnå den nødvendige efterspørgsel på denne arbejdskraft. Problematikken vil angiveligt

placeres i det offentlige system, der skal tilbyde fleks- og skånejobs til depressive borgere, der alt andet lige ikke kan bidrage i samme omfang som en borger uden depression. Den private sektor er interesseret i den mest effektive produktivitet, hvilket depressive borgere formentlig ikke betragtes som sammenlignet med psykisk stabile borgere, der med større sikkerhed formodes at kunne levere tilstrækkeligt. Det offentlige system fremstår således som den samfundsinstitution, der stiller stigende krav til borgere, som med udgangspunkt i analysen er medvirkende til at gøre flere mennesker syge med depressive symptomer. Samtidig dominerer kravet om beskæftigelse, hvis borgeren besidder nogen form for arbejdsevne, hvorfor et stigende behov for skånejobs opstår. Det betyder for den offentlige sektor, at den må finde de passende jobs til disse borgere, hvis den gældende socialpolitik om flest mulige i beskæftigelse skal realiseres og ud fra ovenstående kan det anskues som værende problematisk.

Fælles værdier i systemerne

Når den sygemeldte borger befinder sig i krydsfeltet mellem to systemer, der arbejder mod hinanden, betyder det, at borgeren risikerer at opleve pres og forvirring over, hvilken strategi, der er mest hensigtsmæssig for behandlingen af depression og genvindelse af habituel status, hvilket udledes af Kirstens beskrivelse af at stå imellem systemerne: *”Altså det var forvirrende. Hvem skulle man lytte på? De sagde jo to forskellige ting. Men jeg følte jo, at det var min læge, der i sidste ende bedst forstod, hvordan jeg havde det”*. Det er teoretisk underbygget, at større konsensus i form af fælles værdier systemerne imellem kan bidrage til en bedre borgeroplevelse hos socialt udsatte borgere der er i et behandlingsforløb hos både social- og sundhedssystemet (Juil & Riskjær (32)).

En rapport kaldet 'Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte' illustrerer, at mange socialt udsatte borgere oplever sig negativt behandlet i mødet med systemerne. Målgruppen er socialt udsatte, der ikke kan leve op til samfundets krav om funktionsduelighed og succes. Rapporten retter sig mod personalet i det sociale- og sundhedsfaglige system, hvilket sidestilles med nærværende projekts aktører. Rapportens borgergruppe findes relevant, da sygemeldte borgere med depressive symptomer eller depression anses som en socialt udsat

gruppe, mens de er sygemeldte og derved ikke bidrager til det samfundsmæssige arbejdende fællesskab, men i stedet modtager understøttelse. Rapporten inddrages, da den tilsigter at fremme nogle fælles værdier, der kan danne referenceramme i mødet mellem udsatte borgere og samfundet frem for at tilføje nye reglementer til en i forvejen regeldomineret social praksis. Det fastslås i projektets analyse, at socialrådgivere ofte har svært ved at tilrettelægge individuelle borgerforløb med udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang, da lovgivning om blandt andet tidsfrister dominerer praksis, hvorved praksis fremstår ensartet. I rapporten beskrives endvidere vigtigheden af socialarbejderens dømmekraft som værende udgangspunkt for det gode sociale arbejde. Der må være plads til, at socialarbejderen kan foretage retfærdige og individuelle valg i de konkrete forløb, hvor hensyn til den enkelte borger og dennes livshistorie inddrages (Juil & Riskjær (31). Projektets empiriske socialrådgiver Sara giver udtryk for, at netop denne praksis udføres i hendes kommune: *”...Det er ikke bare et klassifikationsarbejde. Bestemt ikke. Det er meget individuelt, hvordan vi strikker tingene sammen, og det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte...”*. Sara udtrykker altså, at det sociale arbejde i hendes kommune har et markant fokus på individuelle borgerforløb, hvorimod analysens teori beskriver et klassifikationsarbejde med fravær af individualitet i det sociale system. Dette fører til undring over, hvorvidt socialsystemets klassificerende arbejdsmetoder netop er med til at sikre borgeren den individuelle behandling, da denne sættes i en boks under en passende kategori. Det fremkommer af projektets analyse, at reglementer i det sociale system dominerer og er medvirkende til at fjerne fokus fra individualiteten i sygedagpengeforløb.

Alt andet lige slår rapporten fast, at konsensus mellem social- og sundhedssystemets værdier har en positiv indflydelse på socialt udsatte borgeres oplevelse af forløbet i de to systemer således, at sagsbehandlingen kan forløbe mere struktureret og knap så forvirrende for den enkelte, hvilket må være efterstræbelsesværdigt i særdeleshed for borgernes skyld.

5.1.2 Opsamling af beskæftigelsestilgange

Fordele og ulemper ved opretholdelse af kontakt til arbejdsmarkedet for sygemeldte borgere med psykiske lidelser giver anledning til sammenstød af forskellige argumenter fra flere synsvinkler. Mens Nørup og Mik-Meyer argumenterer for, at

sygemeldte skal have en pause fra beskæftigelse under deres sygemelding, argumenteres der af de øvrige fagfolk i diskussionen, for, at sygemeldte bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet for blandt andet at undgå isolation ved social kontakt. Fagfolkene er enige i vigtigheden af aktivitet under sygemelding, mens Mik-Meyer og Nørups fund lægger vægt på, at arbejde ikke er den slags aktivitet, der påtænkes. Det eksisterer altså uenighed om, hvilken tilgang til behandlingen af sygemeldte og beskæftigelse, der er den mest optimale for borgere sygemeldt med depression og diffuse lidelser.

På baggrund heraf må det konkluderes, at der er brug for mere sikker evidensbaseret viden herom således, at der er overensstemmelse mellem systemernes forståelser og tilgange til behandlingen af den depressive borger. Det kan endvidere diskuteres, hvilken viden, der er den mest gyldige viden, når der eksisterer evidensbaseret viden både for og imod tilknytning til arbejdsmarkedet under sygemelding. Dette vil formentlig give anledning til yderligere konflikter i forsøget på at skabe fælles viden og værdier. Der kan desuden stilles spørgsmålstejn ved, om de fælles værdier, der beskrives i rapporten 'Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte' vil kunne udføres i den daglige praksis, eller om dette vil blive problematisk på baggrund af systemernes forskellige forståelser og videnskabelige baggrunde.

Større konsensus vil angiveligt sikre et mere velfungerende samarbejde, der ikke sætter borgeren i midten af systemerne med modsatrettede tilgange, der beskrives som henholdsvis sygdomsforværende og beskæftigelsesangste. Dette kan risikere at bidrage til et uhensigtsmæssigt samarbejde, hvilket rejser problemstillinger for individet. Førnævnte rapport viser, at det er vigtigt for socialt udsatte borgeres kontakt med social- og sundhedssystemet, at der er konsensus i systemernes værdier. Fælles værdier vil bidrage til kvalitetsmæssigt bedre forløb for borgerne (Juil & Riskjær (32).

5.2 Moderne diagnosepraksis

Omdrejningspunktet i dette projekt er krydsfeltet, der opstår i samarbejdet mellem det sociale- og sundhedsfaglige system omkring sygemeldte borgere med depression, og

hvilke problemstillinger dette krydsfelt rejser for individet. Med afsæt i ovenstående del af diskussionen af systemernes forskellige tilgange til sygdom og arbejde, ønskes videre diskuteret, hvilke konsekvenser depressionsdiagnosen kan have for individet. Derudover diskuteres stigmatisering som følge af depressionsvæksten set i lyset af Brinkmanns to forklaringer herpå for, at skitsere sammenhængen mellem diagnosekultur og stigmatisering.

5.2.1 Depression og stigmatisering

I projektets analysedel behandles den voldsomme stigning i antallet af psykiatriske diagnoser (Etisk Råd (38) ud fra forskellige teorier, hvor præstationssamfundets medvirken til øget menneskelig sårbarhed, træder frem som afgørende faktor. Analysen leder frem til, at diagnoser, herunder depression, spiller en særlig rolle både for individet og i samfundets institutioner.

Anskuelsen af diagnoser som adgangsbillet til ydelser i socialsystemet giver anledning til flere undrende problemstillinger, der ikke udfoldes i denne diskussion. Men det retter alt andet lige blikket mod måden, der diagnosticeres på og konsekvenser heraf i samfundet. Projektets empiriske undersøgelse viser ud fra projektets borger Kirsten, hvorledes stigmatisering optræder i stigende grad og fremhæves som en slags bivirkning ved at blive diagnosticeret med en depression. Der inddrages hertil relevant litteratur af Erving Goffman om begrebet stigmatisering samt en aktuel rapport fra Etisk Råd om diagnoser. Slagsider og konsekvenser, der forbindes med psykiatriske diagnoser, ønskes belyst i en diskussion. Der opstilles en diskuterende kontekst af det samfundsmæssige paradoks, der udledes i analysen, hvor præstationssamfundet er med til at gøre individerne syge, hvorfor der diagnosticeres flere samtidig med, at der eksisterer en patologiserende tendens, der sandsynligvis påvirker diagnosepraksis.

Etisk Råd skriver i rapporten ”Diagnosen – som det bedste og det værste”, at begrebet depression er blevet hvermandseje og omtales i hverdagsproget. Diagnoser har generelt mange hensigtsmæssige funktioner, men har altså samtidig en række uhensigtsmæssige følger. Ifølge Etisk Råd er stigmatisering et begreb, der ofte forbindes med diagnoser. Særligt inden for det psykiatriske område optræder stigmatisering som et problem. Stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom

er et stort problem for de mennesker, der oplever det og for samfundet generelt (KORA (39)).

Stigma er græsk og betyder 'mærke', i overført betydning 'socialt stempel' (Etisk råd (38)), hvilket kan relateres til den empiriske betragtning af diagnoser som en markør, som Kirsten udtaler. Hun angiver derudover, at stigmatisering følger med depression: *"Altså udover jeg ser den som markør for mistriksel, fører den også en anden komplikation med sig. Ja. Fordommene ved diagnosen er vel en slags bivirkning?"*

Erving Goffman er canadisk-amerikansk sociolog og tog oprindeligt stigmabegrebet til sig, da han forsøgte at udvikle en teori om stigmatisering (Jacobsen & Kristiansen (12)). Han definerer stigma som "en egenskab, der er dybt miskrediterende". Videre mener Goffman, at stigma kan betragtes som en diskrepans mellem et menneskes 'tilsyneladende' og 'faktiske' sociale identitet (ibid.). Uddifferentiering og kategorisering af mennesker med bestemte adfærdsformer er ifølge Goffman indbegrebet af stigmatisering, hvor bestemte stereotype forståelser af medlemmernes personlige karakteristika hører til sådanne uddifferentierede grupper. Stigmatiserede mennesker ekskluderes fra den almindelige respekt, der tilkommer såkaldte 'normale' mennesker i samfundet, der ikke stigmatiseres (ibid.). Det fremgår endvidere af Etisk Råd, at stigmatisering tillægger personer en stereotyp opfattelse, hvorfor personen identificeres som den gruppe, denne tilhører (Etisk Råd (38)). Dette underbygges empirisk af informanten Kirstens oplevelse af fordomme i forbindelse med sin depression: *"Så virker det som om, at de nu opfattes som en af dem der. Konstant trætte, nedtrykte og ugidelige. Ja, alle fordommene ved depression"*. De normer, der eksisterer for psykisk sundhed er stigmatiserende, hvilket har indflydelse på identitetsdannelsen (Brinkmann (4)), og supplerer Goffmans teori om stigmatiseringens betydning for den sociale identitet. Stigmatisering er negativt ladet, hvorfor mennesker, der stigmatiseres, påvirkes af ikke at blive set som et helt og individuelt menneske, hvilket er en problematisk følge af psykiatriske diagnoser, da diagnosen kan komme til at skygge for personen (Etisk Råd (37)). Det, at en diagnose kan skygge for mennesket bag, udledes i analysen, hvor socialsystemet ikke altid formår at inddrage psykosociale faktorer i sagsbehandlingen af en borger, der er sygemeldt med depression, grundet en dominerende lovgivning, der har diagnosekategorisering og evnen til arbejde i fokus.

5.2.2 Diagnosepraksis og risiko for stigmatisering

I Svend Brinkmanns bog ”Det diagnosticerede liv” fremgår, at personer med psykiske lidelser stigmatiseres, og det beskrives at, at diagnosticere er at stigmatisere (Brinkmann (4)). Stadig større dele af befolkningen diagnosticeres og således stigmatiseres. Brinkmann pointerer, at der eksisterer et problem i manglen på forsigtighed ved diagnosticering af psykiatriske diagnoser. Han beskriver en overdiagnosticering som konsekvens heraf (ibid.). En psykolog udtaler i ”Diagnosen – det bedste og det værste”, at det ikke er diagnoserne i sig selv, der er problemet. Det er måden, de anvendes på, hvilket stemmer overens med Brinkmanns kritik af diagnosepraksis. Der kommer hele tiden flere diagnoser til, og kriterierne for at bruge dem bliver fortsat bredere. Han slår fast, at det er essentielt at tage udgangspunkt i, hvordan de anvendes (Brinkmann, (4)). Det findes på baggrund heraf interessant at diskutere, hvorledes diagnosevækst kan forklares, og hvorvidt diagnosepraksis forværrer stigmatisering.

Svend Brinkmanns to forklaringer på diagnosevæksten, der anvendes i analysen, inddrages ligeledes i en diskussion af sammenhængen mellem måden, der diagnosticeres på og stigmatisering.

Kulturelle normer om, hvad der betragtes som acceptabel og ønskelig adfærd, er i høj grad med til at bestemme, hvornår noget betegnes som psykiatrisk sygdom. Da kulturelle normer er knyttet til overordnede værdier og opfattelser af mennesket og samfundet, må psykiatriske diagnoser siges at være omskiftelige, de kulturelle værdier ændrer sig betragteligt over tid. Der er i den aktuelle kultur fokus på individets selvbestemmelse og selvkontrol, hvilket sidestilles med Brinkmanns epidemiske forklaring på diagnosevæksten. Det kan diskuteres, om den aktuelle diagnosekultur bidrager til at forværre stigmatisering, da epidemiforklaringen fremhæver konsekvensen af samfundets stigende krav til individerne, hvilket fører til øget diagnosticering. Brinkmanns beskrivelse af en overdiagnosticering er formentlig med til at forværre forekomsten af stigmatisering, hvilket underbygges empirisk af Kirstens oplevelse af stigmatisering; *”...Også fordi sygdommen er så udbredt efterhånden. Alle kender til den. Så det er jo klart, at fordommene følger med. Det var tydeligt, da jeg var på besøg på min arbejdsplads, at de dømte mig. Altså de tænkte sikkert, at jeg var lige som alle andre deprimerede”*.

Brinkmanns anden forklaring på diagnosevæksten, patologiseringsforklaringen, kan ligeledes anvendes som argument for, at diagnosepraksis bidrager til stigmatisering. Den patologiske samfundsmæssige tendens præger menneskers opfattelse af, hvad der er normalt og sygt, hvorfor en tendens til stigmatisering af mennesker med depression kan formodes at være en konsekvens heraf. Når de normale menneskelige træk og livsbegivenheder, patologiseres, bliver flere mennesker sygeliggjort og diagnosticeret, hvilket desuden kan hænge sammen med, at kriterierne for anvendelse af diagnoser fortsat udvides (Brinkmann, (4)). Således passer flere mennesker med depressive symptomer ind i depressionsdiagnosen, hvorfor antallet af diagnoser stiger og formentlig fører til øget stigmatisering.

På den anden side kan patologiseringsforklaringen anvendes som argument imod, at diagnosepraksis forværrer stigmatisering, da stigmatisering kan antages at udeblive som konsekvens af overdiagnosticering eftersom patologiske træk normaliseres og dermed ikke nødvendigvis betragtes som afvigende. Ligesom epidemiforklaringen ligeledes kan argumentere mod diagnosekulturens forværring af stigmatisering, idet den epidemiske vækst af depressionsdiagnosen medfører en normalisering af den psykiske lidelse, hvorfor stigmatisering antages at være uvæsentlig ud fra Goffmans beskrivelse af stigmatiserede mennesker som afvigende fra 'det normale' (Jacobsen & Kristiansen (12)). Stigmatisering forekommer ved afvigende træk, hvilket depression ikke ansues at være, hvis tilstanden normaliseres.

Den tiltagende patologisering af almindelige menneskelige følelser er så udbredt, at mange efterhånden stempler helt små afvigelser som noget sygeligt (Brinkmann (4)). Mennesker diagnosticeret med depression oplever stigma ved at føle sig ansvarlige for lidelsen og herved frygte at blive oplevet som 'sindssyge', 'svage' eller 'en der ikke slår til' (ibid), hvilket skildres i det empiriske materiale, hvor informanten Kirsten beskriver sin oplevelse af ikke at slå til: *"... Der havde jeg også et stigende pres fra flere steder lige pludselig. Man kan vel godt kalde det personlige præstationer. Og altså det er jo ens egen skyld hvis ikke man kan følge med og præstere i dag...Alle mennesker skal jo præstere i dag. Vi må ikke bare stå stille...Der er ikke noget at sige til, at folk. At så mange går ned"*. I projektets analyse indgår Petersens teori om depression som nutidens utilstrækkelighedspatologi, og diagnosers

effekt fremhæves som svækkende på den menneskelige modstandskraft gennem patologisering. Når der er tale om diagnosevækst og overdiagnosticering må omfanget af diagnosers slagsider ligeledes udbredes.

Den patologiske forklaring relateres til rapporten ”Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom”, der beskriver stigmatisering som følge af depressionsdiagnosen, hvor omgivelserne ikke tager diagnosen alvorligt, men tyder på at betragte den som sygeliggørelse af almindelige menneskelige følelser som eksempelvis nedtrykthed (KORA (39)). Det må siges at være et problem, når en alvorlig sygdom som depression ikke anerkendes tilstrækkeligt grundet en patologiserende tendens i samfundet. Omvendt kan der med udgangspunkt i ovenstående diskussion af diagnosepraksis og Brinkmanns forklaringer argumenteres for et kritisk blik på den stigende forekomst af depressionsdiagnoser. Behovet for tydeliggørelse af skellen mellem naturlig menneskelig adfærd og patologisk adfærd, som Brinkmann netop efterlyser, underbygges (Brinkmann (4)). På den måde vil diagnosevækst formodentlig tæmmes i form af revideret og opstrammet diagnosepraksis, ligesom forekomsten af stigmatisering i forhold til depression vil begrænses i takt med et færre antal depressionsdiagnoser.

Sundhedsprofessionelle kritiserer anvendelsen af diagnoser i andre systemer, som det sociale, og foreslår implementering af større viden hos medarbejderne om diagnoser, anvendelsesmuligheder og begrænsninger for at øge kvaliteten af diagnosepraksis. Dette forslag understøtter den efterspørgsel, nærværende projektets empiriske informanter har om større vidensdeling mellem socialsystemet og sundhedsvæsenet for kvalitetsmæssigt at optimere begge systemers tilgang til sygemeldte borgers forløb og samtidig forbedre samarbejdet. Denne vidensdeling skaber større forståelse og indsigt i hinandens arbejdsopgaver, samt teori og argumenter, der ligger til grund for disse.

5.2.3 Opsamling af risiko for stigmatisering

Diagnoser har mange essentielle og uundværlige funktioner, men der eksisterer desuden adskillige skyggesider ved dem, særligt stigmatisering ved de psykiatriske diagnoser er et dominerende samfundsmæssigt problem, hvilket Goffman beskriver som havende en negativ indvirkning på samfundet og særligt på individet.

Spørgsmålet er naturligvis ikke, hvorvidt diagnoser skal eksistere eller ej, men hvordan man bedst griber de problematikker an, som diagnoser medfører i et præstationssamfund, hvor psykiatriske diagnoser dominerer mere og mere. I denne diskussion er diagnosers slagsider skildret, og der er rejst et kritisk perspektiv på diagnosepraksis som bidragende til stigmatisering og patologisering i samfundet. Brinkmanns epidemiske og patologiserende forklaring er begge relevante bud på forklarende årsager til diagnosevæksten, og de mekanismer, der er på spil i samfundet.

6.0 Konklusion

I projektet kombineres perspektiver fra socialsystemet og sundhedssystemet med borgerperspektivet. De tre aktørperspektiver har hver sit udgangspunkt i krydsfeltet, hvori de mødes, hvilket projektets analyse sammenholder.

Der kan på baggrund af projektets kvalitative undersøgelse formuleres følgende svar på problemformuleringen.

Det konkluderes, at social- og sundhedssystemets forskellige tilgange til behandlingen af sygemeldte borgere med depressive og diffuse lidelser bidrager til samarbejdsvanskeligheder. Socialrådgivere betragter læger som beskæftigelsesangste, mens læger oplever socialrådgivere som potentielt sygdomsforværende. Disse oplevelser af krydsfeltet afspejles i den måde hvorpå, aktørerne hver især forholder sig til beskæftigelse og behandling af depressive borgere. Socialsystemets beskæftigelsesorienterede tilgang understøtter opretholdelse af arbejdsmarkedstilknytning under sygemelding, mens læger i sundhedssystemet fremhæver en pause fra arbejdsmarkedet som en del af behandlingen således, at den sygemeldte skærmes fra samfundets krav og får ro til at komme sig. Dette strider imod socialsystemets overbevisning, der fastslår, at den sygemeldte undgår isolation og kommer i kontakt med andre mennesker ved at være på arbejdsmarkedet, hvilket forstås som en af de mest essentielle faktorer for en optimal behandling mod depression. De repræsenterede aktørers forskelligartede anskuelser af krydsfeltet, opfattes som udslagsgivende i det udfordrede samarbejde, hvilket i høj grad influerer på borgerens forløb, der præges uhensigtsmæssigt.

Sygemeldte borgere med depressive og diffuse lidelser bekræfter et dysfunktionelt samarbejde gennem beskrivelse af de modsatrettede tilgange i systemerne og udtrykker en konsekvens deraf. Borgere oplever, at det er forvirrende og frustrerende at befinde sig i krydsfeltet mellem to de systemer, da differentierede tilgange skaber en skævvridning af fokus i borgerforløbet. Der beskrives af informanten Kirsten en oplevelse af usikkerhed i forhold til, hvem af aktørerne i behandlingen, hun skulle rette sig efter. Kirstens beretning af sit sygedagpengeforløb optræder som empirisk eksempel på, at socialrådgivere fokuserer på arbejdsmarkedsparted i så høj grad, at de ikke altid formår at inddrage faktorer som psykosociale i helhedsvurderingen, hvilket kan opfattes pressende af den sygemeldte borger. Der udledes en skjult form

for magt mellem Kirsten og hendes socialrådgiver, da socialrådgiveren fremstår magtfuld i sygedagpengeforløbet styret af socialsystemets pressende krav om beskæftigelse. Lægens beskyttende funktion over for borgeren bekræftes endvidere empirisk, da den sundhedsfaglige tilgang i højere grad anvender et holistisk syn i behandlingen af borgeren. Samarbejdsvanskelighederne konkluderes at forringe kvaliteten af sygedagpengeforløbet, hvor udgangspunktet i den enkelte borger og dennes individuelle behov risikerer at blive overset i socialrådgiverens forsøg på at efterleve lovgivende tidsfrister. Fra strukturelt niveau ønskes, at flest mulige bidrager til fællesskabet, hvorfor socialrådgivere lovgivningsmæssigt nødsages til at rette fokus på borgerens arbejdsevne og besværliggøres i tilrettelæggelsen af et individuelt forløb, mens borgerens tilstand og helbred alene udgør lægers udgangspunkt. Der fremhæves et fremtrædende behov for øget dialog systemerne imellem, hvor anerkendelse af og større indsigt i hinandens arbejdsmetoder og regler efterlyses i forsøget på et mere velfungerende samarbejde. Aktørerne beskriver vanskeligheder ved at tyde hinandens fagsprog, hvilket dialog anses for at kunne imødekomme. I projektets undersøgelse findes grundlag for forbedring af systemernes samarbejde, hvorunder et væsentligt redskab fremkommer som værende større viden om systemernes interne praksis.

Diagnoser konkluderes at have stor betydning på flere samfundsmæssige niveauer. I socialsystemet fungerer diagnoser som styrepind og udgangspunkt for tilrettelæggelsen af sygedagpengeforløb, hvorved samarbejdet systemerne imellem fremstår mere velfungerende. Omvendt vanskeliggøres samarbejdet i forløb med diffuse lidelser, hvor borgerens subjektive oplevelse af sine diffuse symptomer er sygemeldingsgrund, men ikke passer i en diagnosekategori. Selvom borgerens subjektive lidelser ikke bekræftes af objektive fund og kan diagnosticeres, må det konkluderes at være relevant, at disse medtænkes som væsentlig faktor sammen med andre sociale og psykosociale faktorer i tilrettelæggelsen af sygedagpengeforløbet.

På baggrund af projektets teori og empiri tyder det på, at psykiatriske diagnoser kan være adgangsgivende til sociale ydelser. Af det sundhedsfagligt repræsenterede materiale fastslås, at diagnoser stilles på baggrund af patologiske fund, men det antydes at være nødvendigt at revurdere eventuelt diagnosticering med henblik på at sikre borgerens muligheder for et mindre kompliceret sygedagpengeforløb, selvom de depressive symptomer ikke i tilstrækkelig grad findes patologiske. Diagnosticering

kritiseres af socialrådgivere for at være klassifikationsarbejde gennem afgørende lægeattester og disses betydning for tilrettelæggelsen af sygedagpengeforløb, hvorved det sundhedsfaglige system bestemmer borgerens videre vej gennem systemerne.

Det er ikke kun i de samfundsmæssige systemer, at depressionsdiagnosen har væsentlig betydning. I befolkningen udbredes diagnosen i stigende grad. Nutidens præstationssamfund fordrer stadig større krav til individerne, hvilket forårsager et stigende antal mennesker, der ikke i tilstrækkelig grad kan leve op til disse forventninger. Samfundsstrukturene er med til at definere individets vilkår. Brinkmanns epidemiske forklaring på depressionsvækst optræder som en del af en forklaring på den diagnostiske udvikling, hvilket ligeledes involverer måden, hvorpå diagnoser stilles. Diagnosepraksis er central i væksten og udbredelsen af depressionsdiagnosen i samtiden og medvirker formentlig til en stigende forekomst af stigmatisering, hvilket fremkommer af projektets diskussion.

Brinkmanns beskrivelse af den patologiserende tendens betragtes som særlig relevant i forklaringen på, hvad der er på spil i den aktuelle diagnosekultur. Når almindelig menneskelig adfærd og følelsesmæssige oplevelser sygeliggøres fremhæves en øget menneskelig sårbarhed og mindre modstandskraft som konsekvens, hvorfor et stigende antal mennesker vil betragtes som syge. Brinkmann påpeger fraværet af en skelnen mellem det, der tidligere betragtes som naturlige menneskelige følelser og patologisk adfærd. Individet, der ser sig selv som værende utilstrækkeligt, er i øget risiko for at blive diagnosticeret med depression, der af Petersen betegnes som en social patologi, hvor diagnosen anses for at være præstationssamfundets modstykke samt en reaktion på presset herfra. Samfundskulturens ubehag opsamles i depressionsdiagnosen som en patologisk kategori. At få stillet en depressionsdiagnose kan opleves som en lettelse, da den forklarer individets afvigende og patologiske adfærd, hvilket ligeledes fremhæves som resultatet af den empiriske undersøgelse. Derudover er diagnosen en legal forklaring på, hvorfor det deprimerede menneske ikke i tilstrækkelig grad lever op til samfundets normer og forventninger i form af blandt andet deltagelse på arbejdsmarkedet. Diagnosen legitimerer individets fravær fra hverdagens forpligtelser og bidrager til en almen forståelse af depressionens udbredelse, hvor den ligeledes kan ses som kategorisk mærkat. Lundemark Andersen pointerer, at symptomer skal forstås som noget, der opstår i kombination af forskellige sociale faktorer og borgerens egne oplevelser. Individets subjektive oplevelser af sine

psykiske lidelser, må desuden betragtes som virkelige for den enkelte uanset, om symptomerne anerkendes af lægevidenskaben som patologisk. Dette underbygges af informanten Kirsten, der udtrykker frustration over manglende anerkendelse af sine subjektive oplevelser af depressive symptomer, selvom hendes læge i første omgang ikke vurderede hendes tilstand som patologisk og diagnosekrævende.

Alt andet lige kan diagnoser fremstå som et slags screeningsredskab, hvorigennem sygemeldte borgere kategoriseres, og hvor systemernes behandling bindes op omkring diagnosen som udgangspunkt uden betydelig inddragelse af alle tre aktørperspektiver. Det kunne være interessant i et fremtidigt projekt at undersøge, hvorvidt der eksisterer lignende undersøgelser, hvor andre former for screeningsredskaber anvendes i samarbejdet. Der påtænkes et mere alsidigt screeningsredskab, der inkluderer faktorer omkring det hele menneske, baseret på alle aktørperspektivers synspunkter og fælles værdier som grundlag for et velfungerende samarbejde.

I projektets undersøgelse findes grundlag for forbedring af systemernes samarbejde således, at borgeren oplever et kvalitetsmæssigt bedre behandlingsforløb. Den rette tilgang og behandling til sygemeldte borgere med psykiske lidelser indebærende fælles værdier danner grundlag for stadig diskussion fagfolk og eksperter imellem.

7.0 Perspektivering

7.1 Innovativt forslag til implementering af nye indsatser i det sociale arbejdes praksis

I analysen skildres perspektiver fra projektets tre centrale aktører, hvor borgerperspektivet tyder på at overskygges af socialsystemet i sygedagpengeforløbet, hvorfor dette perspektiv danner omdrejningspunkt for projektets perspektiverende innovative afsnit. I det innovative afsnit præsenteres en teoretisk begrundet indsats i det sociale arbejde, der tilsigter styrkelse af netværk hos sygemeldte borgere med psykiske lidelser i sygedagpengeforløb. Slutteligt vil samarbejdet mellem social- og sundhedssystemet anskues i et nyt perspektiv.

På baggrund af projektets diskussion fremstår sygemeldte borgere på overførselsindkomst som værende u hensigtsmæssige for samfundet i form af økonomisk belastning, men også for den enkelte, der kan opleve en distance til det omgivende arbejdende samfund, hvor en meningsfuld dagligdag og tilbagevenden til arbejdsmarkedet kan være svær. For at afkorte borgere med psykiske lidelsers sygedagpengeforløb således, at de hurtigere kommer sig tilstrækkeligt over sin lidelse og bliver arbejdsmarkedsparate, findes det relevant at inddrage teori om netværk. Undersøgelsesresultater fra Århus Kommune om diffuse lidelser, som tidligere er anvendt i dette projekt, benyttes som bidrag til argumentation for relevansen af et øget fokus på sygemeldtes netværk.

Undersøgelsen fra Århus Kommune havde to overordnede mål; at udvikle kvaliteten af sygedagpengeforløbene samt nedbringe antallet af langvarige forløb (Discus (30)). Af resultaterne fremgår, at sidstnævnte mål ikke er opnået, hvorfor det vurderes relevant at lægge større vægt på den enkelte borger og dennes livsverden i form af ressourcer og netværk, for at afkorte forløbene. 80 % af projektdeltagerne giver udtryk for, at de i høj grad havde store forventninger til dem selv som betydende aktør i afklaringen af deres arbejdssituation, mens 87 % forventede, at det private netværk ville have betydning i høj eller nogen grad (ibid). Nogle af deltagerne begrundede deres tilfredsstillelse med forløbet med sagsbehandlerens forståelse af lidelsen samt det, at blive inddraget i iværksatte tiltag og handleplan (ibid). Behovet for selv at blive inddraget i forløbet ligeledes i form af sygemeldtes netværk fremkommer således som

et betydningsfuldt behov for borgeren i sagsbehandlingen. Dette understreges af teori om borgerperspektivet som udgangspunkt i sociale analyser, hvor Maja Lundemark Andersen fremhæver borgerens egne oplevelser og italesættelser disse som afsæt for det socialfaglige systems analyse og vurdering (Andersen (1)).

Netværksbegrebet udfoldes derfor med fokus på sociale relationer og netværks betydning for helbredet og sygedagpengeforløbet. Menneskers helbred og sundhedsadfærd viser sig at være påvirkelig af sociale relationer (Lund & Nilsson (18)). Det sociale netværk influerer på sundhedsvaner, compliance og prognose i forbindelse med sygdom. Det er derfor særdeles relevant at interessere sig for typen af sociale relationer. Svage sociale relationer kan øge risikoen for flere depressive symptomer, som påvirker helbredet i en negativ retning. Modsat kan individet få bedre selvtillid, øget kontrol og stabilitet gennem positiv interaktion med andre mennesker, hvilket kan påvirke sundhedsadfærd positivt og føre til et større mentalt overskud (ibid.). Dette må siges at være gavnligt for borgere, der er sygemeldte med depression, da denne lidelse i projektets analysedel beskrives som værende udtryk for en utilstrækkelighedspatologi i samfundet, hvorved oplevelsen af ikke at slå til er en særlig karakter ved at være deprimeret. Hvis man derudover er sygemeldt fra arbejdsmarkedet og i et sygedagpengeforløb, hvilket er aktuelt for nærværende projekts målgruppe, fremgår det endvidere af analysen, at oplevelse af at stå uden for fællesskabet og være utilstrækkelig medfølger. I det moderne samfund fremstår desuden en betragtning, hvor dét at være ledig anskues som noget, der har med det enkelte individ at gøre og ikke ligeså markant ses som et samfundsmæssigt anliggende (Guldager & Skytte (6)). *Main-effect-modellen* omhandler og beskriver netværk og påpeger, at gode sociale relationer altid vil have en positiv effekt og bidrage til en positiv støtte, uafhængigt af personens stressniveau (Lund & Nilsson (18)). Anvendelse og inddragelse af modellen må derfor siges at være potentielt givende i et sygedagpengeforløb omhandlende depressive og diffuse lidelser.

På baggrund af denne sammenhæng mellem sociale relationers betydning for sundhedsadfærd og helbred, findes det særligt relevant at inddrage aspektet om netværk i dette projektet. For at skabe bedre vilkår for det sociale arbejde med diffuse lidelser må betydningen af netværk medtænkes i sagsbehandlingen. En innovativ og

ny indsats i det sociale arbejde kan være en kortlægning af den sygemeldtes sociale netværk med særligt fokus på det strukturelle aspekt som et led i sagsbehandlingen. Hvis sagsbehandleren ved forløbets begyndelse får indsigt i borgerens sociale relationer og netværk, vil der formentlig skabes et mere helhedsorienteret billede af borgeren.

Der præsenteres, ud over main-effect-modellen, en dansk model over sociale relationer af Due et al.. Begrebet sociale relationer omhandler den kontakt, man har til andre mennesker (ibid.). Modellen tager udgangspunkt i sociale relationer som et begreb, der omfatter det strukturelle og det funktionelle aspekt. Due et al. deler det strukturelle aspekt op i formelle og uformelle sociale relationer. De uformelle dækker over familiære og følelsesmæssige forhold, mens formelle relationer betegner personer, som man har et forhold til gennem deres funktion i ens liv (ibid.). Menneskers sociale netværk ændres over tid og påvirkes både af individuelle og samfundsmæssige faktorer. Betydningen og funktionen af de personer, der er i menneskers netværk kan ligeledes forandres og mobilisere sig mellem kategorierne formelle og uformelle (ibid.).

Sygemeldtes netværk må tages i betragtning i tilrettelæggelsen af en individuel handleplan. Som eksempel kan nævnes et svækket formelt relationelt netværk under Dues strukturelle aspekt (ibid.), hvor den sygemeldte stort set ikke ser andre mennesker end de, der indgår i de uformelle relationer. Et udvidet formelt netværk antages at have en potentiel gavnlige effekt på den sygemeldte. Når helbred og overskud tillader det, kan sygemeldte hjælpes eller guides af sagsbehandleren til at opsøge en nærliggende og relevant frivillig forening, der beskæftiger sig med eksempelvis depression. Det frivillige netværk kan skabe erfarings- og vidensformidling (ibid.).

Et større formelt netværk vil give sygemeldte adgang til rådgivning og til at kunne starte i en lokal selvhjælpsgruppe, der kan bidrage med andre perspektiver på tilværelsen og håb på bedring, hvor den sygemeldtes habituelle tilstand genvindes i form af ressourcer og livsmod samt arbejds- og funktionsevne. Implementering af et styrket frivilligt netværk i kombination med det private netværk antages at have en anden gennemslagskraft på sygemeldte end krav om arbejdsmarkedsorienterede forventninger fra beskæftigelsessystemet. Sagsbehandleren, der kan opfattes som

statens forlængede arm og lægen med diagnosticeringsretten, indgår i det professionelle netværk og opfattes ikke som værende på linje med borgeren på samme måde som et privat og frivilligt netværk. Disse anskues som værende mere i øjenhøjde med borgeren og således i højere grad at udfylde en betydningsfuld social relation i sygemeldtes netværk, der kan fremme helbredstilstanden. Det frivillige netværk forventes at indgå i et dynamisk samspil med de andre netværk således, at sygemeldte kan trække på og inddrage nyttige ressourcer fra flere netværk og samtidig selv være aktivt deltagende i sygedagpengeforløbet, hvilket udtrykkes som et vigtigt aspekt i projektets empiriske materiale.

Sociale relationers påvirkning af helbred, sygdomsprognoсе og sundhed er veldokumenteret, ligesom helbredet også kan indvirke på sociale relationer (ibid.). Kortlægning af sociale netværk og adfærd foregår ofte gennem spørgeskemaer. Kendskab til formelle og uformelle typer af relationer i det sociale netværk, kan nemlig give informationer og adgang til ressourcer hos den enkelte. Når dette omsættes til konkret praksis, må man klarlægge, hvilke typer af netværk, man fra det sociale systems side ønsker at undersøge hos den enkelte sygemeldte (ibid).

Når tiltaget skal omsættes i praksis, udformes det i et konkret spørgeskema, der fungerer som en obligatorisk indsats ved et sygedagpengeforløbs begyndelse. Besvarelsen heraf vil skitsere et billede af borgerens sociale netværk, hvilket den pågældende sagsbehandler kan tage afsæt i, i samarbejde med borgeren og fastslå hvor, der er behov for en styrkende indsats. Dette kan med fordel figurere som et punkt på dagsordenen i det indkaldelsesbrev borgeren modtager, som det fremgår af projektet fra Århus Kommune. Her må det medtænkes, at nogle borgere eksempelvis kan være ordblinde eller lignende, hvorfor det nøje må overvejes på hvilken måde, borgerne adresseres. Det obligatoriske møde med centerteamet giver anledning til at benytte lejligheden til at inddrage borgerens besvarelse af netværksspørgeskemaet på baggrund af det, der i fællesskab med pågældende sagsbehandler er talt om. Herved kan borgeren spørges uddybende ind til tanker om netværk og sociale relationer.

Man taler om tre forskellige former for netværk, hvoraf det professionelle indebærer eksempelvis læge, psykolog og sagsbehandler. Det private netværk drejer sig om det selvvalgte netværk. Det tredje netværk omhandler frivillige i det sociale arbejde. Det

professionelle netværk formodes i en sag med diffuse lidelser at være stærkt idet, der ofte er mange fagpersoner involveret (ibid.).

Der er altså allerede noget eksisterende viden omkring opbygning og vedligeholdelse af netværk (ibid.), men yderligere forskning inden for området udledes som værende særlig relevant, så borgeres netværk kan styrkes og bidrage til at hjælpe sygedagpengemodtagere med diffuse psykiske lidelser. Ud fra den allerede eksisterende viden, tyder det altså på, at gode relationer har et stort potentiale i bedringen af sygemeldtes situation, hvilket formentlig påvirker dennes sygdomsperiode og sygemelding. Dette må uanfægtet være det rette skridt på vejen til raskmelding og eneste hensigtsmæssige måde at afslutte en sygedagpengesag både for samfundets og den enkelte borgers bedste. Netværk ses altså som et relevant tiltag i relation til nærværende projekts borger-/patientgruppe, hvor det sociale arbejde fokuserer på at få sygemeldte borgere raske og beskæftigelsesparate i det omfang det er muligt.

Kritisk perspektiv på implementeringsforslaget

Når implementeringen af styrkende netværksindsatser ses i et kritisk perspektiv, må der påmindes om, at samfundets sociale og sundhedsfaglige institutioner som professionelle netværk spiller en altoverskyggende rolle i forhold til at hjælpe sygemeldte tilbage på rette vej. Etablering af nye sociale relationer vil i praksis afhænge af mange andre vilkår i den enkeltes liv, hvorved succesraten af

netværksstyrkende indsatser kan være varierende alt efter, hvem og hvilket udgangspunkt, det drejer sig om. Menneskets personlighedstræk er en afgørende faktor for dannelse og vedligeholdelse af sociale relationer (Lund & Nilsson (18), hvilket også må medtænkes. Der vil således være nogle faldgrupper, hvor evnen til at danne nye relationer og mestre den grad af udadvendthed der kræves ved etablering af nyt netværk, er utilstrækkeligt.

7.2 Samarbejde i et nyt perspektiv

Med udgangspunkt i analysens fund, der viser, at der eksisterer et dysfunktionelt samarbejde socialsystemet og sundhedssystemet imellem, findes det relevant at inddrage supplerende teori som baggrund for styrkende tiltag i den sociale praksis. I analysen opnåedes viden fra aktørperspektiver på oplevelsen af barrierer i samarbejdet mellem socialsystemet og sundhedssystemet. Det var særligt mangel på indsigt i hinandens arbejdsområder. Derudover fremhæves manglen på dialog aktørerne imellem, hvilket ses som et tiltag til at styrke samarbejdet.

Der er udviklet flere forskellige metoder til at optimere et samarbejde, hvor ”samskabelse” er en nyopstået model inden for nyere metoder til samarbejde. Samskabelse er demokratisk, da det er en form for samarbejde, der indebærer, at alle parter både er *ligeværdige* og lige værdige. Ved samskabelse har begge parter et ønske om at definere formål og løsninger til en problemstilling, der strækker sig på tværs af flere organisationer (Holdt et al. (10)).

Organisationers og enkeltpersoners viden og ressourcer kobles for at skabe nye løsninger på aktuelle, samfundsmæssige problemer. Alle involverede parter må dele interessen i samarbejdet ligeværdigt samt anse alle parterens viden som en ressource. I samskabelse leverer parterne ikke løsninger til målgruppen, de udarbejder løsninger sammen med målgruppen med udgangspunkt i de behov, målgruppen og de involverede parter definerer (ibid.). Det altså centralt, at den sygemeldte borger kontinuerligt inddrages, ligesom ovenstående netværksteori lægger op til. Herved træffes ikke beslutninger hen over hovedet på borgeren uden dennes deltagelse. Rundbordssamtaler, der beskrives i det empiriske materiale, er et oplagt eksempel på samskabelse. Både læger og socialrådgiver taler positivt om rundbordssamtaler, hvor begge aktører samt borgeren geografisk er samlet og har mulighed for at diskutere borgerens forløb med involvering af alle parter, hvor der ligeledes er gode betingelser for dialog parterne imellem. Projektets empiriske læge Jens omtaler rundbordssamtalerne som følgende: ”... *Dét der med at have åbenhed og så tage telefonen og snakke sammen, det tror jeg betyder rigtig meget. I stedet for at lade det gå igennem en tredje person, som skal tolke de gensidige behov. Det skaber usikkerhed*”. Jens fremhæver en tryghed i det nære samarbejde og antyder endvidere risikoen for oplevelsen af usikkerhed både blandt faggrupperne, men også hos borgeren. Ved rundbordssamtaler samarbejdes, i tråd med modellen om samskabelse

om at finde løsninger sammen med målgruppen og med inddragelse af denne. Jens beskriver videre om samtalerne: *”...og hvis man så mødes alle tre parter og sætter sig ned og siger, hvad kan vi gøre her, så er vi fri for både løgnhistorierne og omskrivningerne, fortolkningerne, hvad det nu er, og så kan vi tale lige ud af posen, og så sidder man der ligesom som læge som den, der skal garantere patientens sikkerhed i det og så. Der har jeg faktisk haft nogle rigtig gode samtaler. Det er vejen frem.”* Der beskrives desuden et stort behov for mere dialog læge og socialrådgiver imellem. Jens udtaler endvidere: *”..vi skal faktisk have et møde, et dialogmøde med kommunen, hvor vi vil prøve at fremme forståelsen for, at dialogmøder eller rundbordssamtaler er rigtig godt. Fordi det både er noget, som kommunen og praktiserende læger burde gøre noget mere i, altså dialogmøderne...”* mens projektets socialrådgiver Sara udtrykker behovet således: *”Det giver sig selv, at jo tættere et samarbejde vi kan have, jo mere kan vi komme hele vejen rundt. Jo bedre er det for borgeren...”, ”...Mere og bedre dialog mellem os og lægerne...”*.

Rundbordssamtaler vurderes som vigtigt at prioritere i samarbejdet mellem social- og sundhedssystemet, da de tilsigter at give plads til alle involverede parter, så der kan opnås det bedst mulige forløb for den sygemeldte borger. Det gensidige behov for dialog, der fremgår af empirien systemerne imellem, vil ligeledes tilgodeses i forbindelse med disse rundbordssamtaler. Samskabelse kan bidrage til effektive løsninger på komplekse sociale og sundhedsmæssige udfordringer, hvilket sager med sygemeldte borgere med diffuse lidelse, ofte er.

Begrebet samskabelse fremstår desuden som værende ressourcekrævende, da det kræver personlige relationer parterne imellem, hvor fokus må holdes på at bevare tillid. Det kan være vanskeligt for parterne at bidrage med viden og erfaring, hvis den anden part virker dominerende eller styrende (ibid.). Herved ligger en overvejelse i, i hvor høj grad samskabelse kan udføres i praksis, da der kan opstå forskellige problemstillinger, hvis den ene part er styrende. Dette ses i projektets undersøgelse, hvor sundhedssystemet mener, at socialsystemet gennem sin lovgivning er for styrende i sygemeldte borgeres sygedagpengeforløb.

8.0 Referenceliste

Anvendt referencesystem: Vancouver

Bøger

- 1) Andersen M. Borgerperspektiver som drivkraft i sociale ydelser. In: Harder M, Nissen M., editor. Socialt arbejde i en foranderlig verden. København K: Akademisk Forlag; 2015. P. 105-117.
- 2) Birkler J. Videnskabsteori. København: Gyldendal Akademisk; 2008.
- 3) Brinkmann S, Petersen A. Diagnoser: Perspektiver, kritik & diskussion. Aarhus: Forlaget Klim; 2015.
- 4) Brinkmann S. Det diagnosticerede liv. Aarhus: Forlaget Klim; 2010.
- 5) Dalberg-Larsen J. Lovene og livet – En rettsociologisk grundbog. 6. udgave. København K: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2014.
- 6) Guldager J, Skytte M. Socialt Arbejde: Teorier og perspektiver. København: Akademisk Forlag; 2013.
- 7) Guldager J. Videnskabsteori: En indføring for praktikere. København K: Akademisk Forlag; 2015.
- 8) Healy K. Socialt arbejde i teori og kontekst: En grundbog. København: Akademisk Forlag; 2009.
- 9) Hermansen M, Løw O, Petersen V. Kommunikation og samarbejde: I professionelle relationer. København K: Alinea; 2004.
- 10) Holdt M, Hygum H, Gerber H, Hunt J, Boll F, Nielsen S. Samskabelse eller samarbejde? Forskelle, fordele og fremgangsmåder. København: Ingerfair; 2014.
- 11) Hutchinson G, Oltedal S. Modeller i socialt arbejde. 2. udgave. København: Hans Reitzels; 2006.

- 12) Jacobsen M, Kristiansen S. Stigmatisering i sundhedsvæsenet. In: Niklasson G, editor. Sundhed, menneske og samfund. København: Samfundslitteratur; 2014. P. 211-230.
- 13) Järvinen M, Mortensen N, Larsen J. Det magtfulde møde mellem system og klient. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2002.
- 14) Juul S, Pedersen K. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. København: Hans Reitzels; 2012.
- 15) Juul S. Sårbarhedsskabende træk i det moderne samfund. København: Socialforskningsinstituttet; 1996.
- 16) Jørgensen C. Danmark på briksen. København: Hans Reitzel; 2012.
- 17) Kvale S, Brinkmann S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. Udgave. København: Hans Reitzels; 2014
- 18) Lund R, Nilsson C. Sundhed og sociale netværk. In: Niklasson G, editor. Sundhed, menneske og samfund. København: Samfundslitteratur; 2014. P. 271-294.
- 19) Lunde I, Ramhøj P. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag; 2003.
- 20) Mik-Meyer N, Johansen M. Magtfulde diagnoser & diffuse lidelser. København: Samfundslitteratur; 2009.
- 21) Petersen A. Depression – selvets utilstrækkelighedspatologi. In: Willig R, Østergaard M, editor. Sociale Patologier. København: Hans Reitzels; 2005. P. 61-78.
- 22) Petersen A, Jacobsen M. Selvrealisering, autonomi og personligt ansvar. In: Petersen A, Jacobsen M, editor. Samfundsteorier & Samtidsdiagnoser. København. Forlaget Unge pædagoger og forfattere; 2012. P. 297-309
- 23) Torfing J. Det stille sporskifte i velfærdsstaten: En diskursteoretisk beslutningsprocesanalyse. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2004.
- 24) Trost J, Jeremiassen L. Interview i praksis. København K: Hans Reitzels Forlag; 2010.

Lovmateriale

25) Retssikkerhedsloven, Lov nr. 4. Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, LBK 1052 af 08/09/2015.

26) Sygedagpengeloven. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, LBK 48 af 13/01/2016.

Onlinepublikationer

27) Beskæftigelsesministeriet. Hvad er ressourceforløb? [Internet]. København: Beskæftigelsesministeriet; 2013 [cited 2016 March 20]. Available from:

<http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Ressourceforloeb/Hvad%20er%20ressourceforloeb.aspx>

28) Beskæftigelsesministeriet. Bredt politisk flertal har vedtaget reform af førtidspension og fleksjob. [Internet]. København: Beskæftigelsesministeriet; 2013 [cited 2016 April 12]. Available from:

<http://bm.dk/da/Aktuelt/Pressemeddelelser/Arkiv/2012/12/Bredt%20politisk%20flertal%20har%20vedtaget%20reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob.aspx>

29) Caswell D, Dall T, Madsen M. Social- og beskæftigelsespolitikken på vej ud af jernburet. [Internet]. København: Dansk Socialrådgiverforening; 2011 [cited 2016 May 10]. Available from:

<http://www.socialraadgiverne.dk/Files/Filer/10-Publikationer/UdenForNummer/30-UdenForNummer.pdf>

30) Discus. Slutevaluering af projektet ”Når arbejdsdagen skal generobres”. [Internet]. Aarhus: Discus; 2010 [cited 2016 Marts 13]. Available from:

file:///D:/Dokumenter/Socialt%20Arbejde/Modul%205/Eksamensopgave/Case%201%20-%20Jobcenter%20Aarhus.pdf (skal ikke med)

31) Jobcenter Silkeborg. Rundbordssamtale. [Internet]. Silkeborg: Jobcenter Erhverv i Silkeborg; 2015 [cited 2016 April 02]. Available from:

<https://jobcenter.silkeborgkommune.dk/Erhverv/Sygefravaer-og-fastholdelse/Redskaber-til-fastholdelse-af-medarbejder/Rundbordssamtale?ca=true>

32) Juul S, Riskjær E. Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte. [Internet]. Aalborg; Juul S, Riskjær E; 2012. [cited 2016 May 09]. Available from:

http://vbn.aau.dk/files/196339781/Rapport_faelles_vaerdier_2012.pdf

33) Kommunernes Landsforening. Psykisk syge falder ud af arbejdsmarkedet. [Internet]. København: Kommunernes Landsforening; 2013 [cited 2016 May 12]. Available from:

<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2013-15-2-id138837/>.

34) Sundhedsstyrelsen. Registrering af diagnoser. [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2001. [cited 2016 May 03]. Available from:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2002/faellesindhold2002/kap04.htm>

35) Aagaard. Arbejde er et vigtigt middel mod depression. [Internet]. København: Dagens Medicin; 2014. [cited 2016 May 11]. Available from:

<http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/arbejde-er-et-vigtigt-middel-mod-depression/>

Publikationer fra organisationer

36) Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø. Sygemeldte med depression har større risiko for langvarigt sygefravær end sygemeldte med stress. København: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø; 2011.

37) Etisk Råd. Diagnosen som det bedste og det værste. København: Etisk Råd; 2016.

38) Etisk Råd. Diagnosen som begreb og praksis. København: Etisk Råd; 2016.

39) KORA – Det nationale institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom. København: KORA; 2013.

40) WHO. ICD-10: Version 2016. Geneva: WHO; 2016.

Artikler

41) Brinkmann et al, 2014. Diagnosekultur – et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr. 51, s. 692-697

Artikler fra internettet

42) Hansen M. Diagnoser er blevet adgangsbilletten til sociale ydelser. Kristeligt Dagblad. [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 20]

<http://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/diagnoser-er-blevet-adgangsbilletten-til-sociale-ydelser>)

43) Hvilsom F. Depression rammer titusindvis: Her kan spares lidelse og mange penge. Politiken. [Internet]. 2015 [cited 2016 April 23].

(<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2588615/depression-rammer-titusindvis-her-kan-spares-lidelse-og-mange- penge/>)

44) Nørup I. Iver efter beskæftigelse overtrumfer evidensen. Politiken. [Internet]. 2015 [cited 2016 April 10].

<http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2628127/iver-efter-beskaeftigelse-overtrumfer-evidensen/>

45) Petersen, A. Autencitet i kapitalismens nye ånd. [Internet]. 2011. [cited 2016 April 17]. Dansk Sociologi.

[file:///C:/Users/Mig/Downloads/3558-13609-1-PB%20%25281%2529%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mig/Downloads/3558-13609-1-PB%20%25281%2529%20(1).pdf).

46) Rasmussen L. Sundhedsdirektør: Kommunerne kræver alt for ofte en diagnose for at hjælpe. Politiken. [Internet]. 2016 [cited 2016 March 7].

<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE3133110/sundhedsdirektoer-kommunerne-kraever-alt-for-ofte-en-diagnose-for-at-hjaelpe/>

47) Rasmussen L. Professor: patienter med depression skal bevare kontakten til arbejdet. Politiken. [Internet]. 2015 [cited 2016 March 20].

<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2586410/professor-patienter-med-depression-skal-bevare-kontaktet-til-arbejdet/>

48) Rønsholdt J, Bech E. Det er ikke sygt at have følelser. Politiken. [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 12].

<http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2021270/det-er-ikke-sygt-at-have-foelelser/>

9.0 Bilag

9.1 Tematisering

Med afsæt i de fire kvalitative semistrukturerede interviews, der udgør projektets empiriske materiale, udformes syv temaer på baggrund af centrale fænomener, der er fremkommet dominerende heri. Tematiseringen fungerer som et strukturerende redskab til analysen og besvarelsen af problemformuleringen. Det første tema *Lovgivning* omhandler den dominerende lovgivning, der eksisterer i forbindelse med sygedapengeforløb. *Patientens advokat* har fokus på, at læger ofte ses som havende en beskyttende advokatrolle over for sygemeldte patienter. Denne rolle opstår særligt i forhold til socialsystemets beskæftigelsesrettede tiltag, der fungerer som tredje tema, kaldet *Beskæftigelse*. *Diagnosens betydning* er fjerde tema og beskriver diagnosers betydning og funktion i samfundet. I det femte tema *Samfundsmæssige forventninger* fortæller empiriens informanter om de samfundsmæssige krav, der stilles til individerne i dag samt konsekvensen heraf. *Samarbejde* er sjette tema, hvilket omhandler det positive samarbejde og det mindre positive samarbejde systemerne imellem. Det sidste tema *Velfungerende nye tiltag* drejer sig om informanternes oplevelser med tiltag bidragende til et mere velfungerende samarbejde lægerne og socialrådgiverne imellem. Disse 7 temaer findes særligt væsentlige at arbejde videre med, da de er centrale og betydningsfulde for udarbejdelsen af analysen samt besvarelse af problemformuleringen.

Informanter:

Lotte: Praktiserende læge

Jens: Praktiserende læge

Sara: Socialrådgiver

Kirsten: Borger med depression

Lovgivning

- Socialrådgiver Sara fortæller hvordan alting i patienter/borgeres sygedagpengeforløb bindes op på lægeerklæringer: ”... Men det er jo fordi, at man vælger fra lovgivers side at binde alting op på lægeerklæringer nu om dage”. Sara tilføjer: ”...Vi får simpelthen ikke de erklæringer, og derfor kan vi ikke tildele borgeren ydelsen, hvilket jo kan ende med, at borgeren så ender på kontanthjælp, fordi vi jo så ikke har mulighed for at træffe en kvalificeret afgørelse, fordi der står i lovgivningen, at vi skal have den skide attest”. Lovgivningen opleves af Sara dominerende og afgørende for borgerens ret til ydelser. Hun udviser forståelse for lægernes frustration omkring det markante antal af lægeerklæringer: Sara: ”...Altså jeg kan virkelig godt forstå, hvis lægerne kan være hængt op og kan opleve det som om, at vi ringer hele tiden og kræver de attester”. Hun fortæller i hvor høj grad lægens ord vægter: ”Jamen vi bliver da påvirket. Fordi vi tilrettelægger jo forløbet alt efter, hvad lægen noterer”. Empiriens ene læge Jens stemmer i: ”... Behovet for lægeerklæringer er eksploderet... Så der er meget mere fokus på, hvad patienten fejler og netop det der med, at der er rigtig mange, der føler et behov for at få en diagnose, fordi så fejler man noget rigtigt. Og når man fejler noget rigtigt, så åbner der sig nogle døre.”. Både Sara og Jens oplever, at lægeerklæringer har en dominerende plads i samfundet i dag.
- Empiriens anden læge Lotte udtaler om socialsystemet: ”Jamen det er jo svært – også fordi de har deres love og deres tidsbegrænsning og hist og pist...”. Lotte siger, at det sommetider kan være svært med borgerforløb, hvor sundhedsvæsenets behandling trækker ud.
- Sara: ”Men ellers synes jeg faktisk, at vi har en beskæftigelseslovgivning, som er lavet for de syge mennesker”. Hun ser ikke at socialrådgiveres arbejde bærer et dominerende præg af, at være underlagt en lovgivning: ”Det er ikke bare et klassifikationsarbejde. Bestemt ikke. Det er meget individuelt, hvordan vi strikker tingene sammen, og det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte”. Hun oplever, at socialrådgivere er gode til at sikre borgerne individuelle forløb.

- Jens: ”...Og der skal også helst stå en konklusion, fordi det bliver også lidt en facitliste, ikke? Altså okay, han fejler dét, hvad er det så for nogle skånehensyn, og hvor længe. Er det varige skånehensyn, og er der andre ting, vi skal gøre i denne her sammenhæng. Altså der er sådan meget lineær tænkning i socialmedicinen efterhånden”. Jens oplever, at det sociale system har en meget lineær tankegang, hvor der ikke er plads til afvigelser. Han taler desuden om lovgivning i forhold til de mere uafklarede og diffuse forløb: ”Jamen altså, det der med at vente og se, det er ikke så godt. Det er jo netop fordi, at der er de, der terminer hos socialrådgiverne, altså der er de der 8 uger, hvor man derefter skal komme til kontrol, og hvor der skal forelægge en eller anden handleplan, og så skal vi i gang med et ressourceforløb eller et eller andet. Så der skal vi helst have nogle lægelige oplysninger, der passer ind i det, men det er jo ikke altid, at vi kan det. Det er jo ikke specifikt, så nogle gange må vi sige at, jamen det er jo sådan livet også er, så det må vi vente og se. Og det duer ikke rigtig, det er ikke sådan, det der med at vente og se, det er ikke godt for dem. Altså for socialrådgiverne, fordi det kan de ikke bruge til noget i forhold til de krav, de har de skal leve op til”. Det kan være vanskeligt med de mere uafklarede forløb, hvor der kræves tid, hvis denne tidsmæssige periode overskrider socialrådgivernes lovgivningsmæssige terminer.
- Lotte taler ligeledes om dominerende lovgivningsmæssige krav i socialsystemet: ”De mennesker fra kommunen, der sidder på pengekasen, det er jo også mennesker trods alt. Så når man taler i telefon, er man nok, begge parter, interesseret i at hjælpe personen. Men de bliver nødt til at læne sig op ad loven og den pengekasse”. Jens siger i samme stil: ”...Jeg tror også, at der er mange socialrådgivere, som føler sig presset selv. Altså de sidder og skal implementere et eller andet, som de egentlig ikke har det specielt godt med, fordi de ved sgu godt, at denne her patient ikke får noget ud af at komme i et ressourceforløb...”. De to læger beskriver en lovgivning som de fornemmer kan være svær for socialrådgivere at arbejde under.

Empiriens to læger og socialrådgiver udtrykker alle, at kravet om forelæggelse af lægeerklæringer i sygedagpengeforløb er eksploderet og spiller en dominerende rolle.

Patientens/borgerens advokat

- Lotte spørges til sin funktion i sygedagpengeforløb: *"Altså, jeg skal jo stadig være patientens advokat i forhold til kommunen"*. Hun fortæller dog, at det sker sjældnere, at hun må fungere som patientens advokat i forhold til tidligere. Hun siger desuden: *"For hvis der er noget psykiske patienter ikke har brug for, så er det at blive mødt med sådan en masse stillen krav..."*. Lotte ser det som et problem, når hun oplever socialsystemet som værende for beskæftigelsesorienterede, hvilket kan være uhensigtsmæssigt for en syg borger. Hun pointerer lægernes tilgang til det holistiske menneskesyn: *"...Vi forsøger jo at tage det hele menneske ind, eller det gør jeg i hvert fald"*. Jens siger ligeledes: *"...for det er jo sådan dét, vi prøver at slå os op på, og det vi prøver at være. Det er dem, der ligesom kan se patientens samlede situation"*. Lotte spørges specifikt til beskæftigelseskrav: *"Ja nemlig, sådan en pressen på. Så går det ikke hurtigere"*. Jens siger, i stil med Lotte, at sygemeldte ikke kan gå på arbejde og derfor må have en pause: *"Jamen nogle gange er det jo oplagt, altså folk de bliver jo syge og kan ikke gå på arbejde, det ligger jo i sygdomsbegrebet, det er jo uarbejdsdygtighed."* Socialrådgiver Sara nævner ligeledes lægernes beskyttende rolle som en form for advokat over for deres patienter: *"... lægerne er meget omsorgsfulde og beskyttende over for deres patienter"*.
- Sara beretter, hvorledes lægerne kan få rollen som borgerens advokat ved borgere med diffuse lidelser *"...og vi har også sådan nogle læger, som godt kan finde på at skrive til os ved, det er ved de diffuse. Vi føler os noget jagtede, jeg og patienten af jobcentret. Det er en vending, jeg så i sidste uge fx"*.
- Sara: *"Så også når vi taler om psykiske ting, så betyder det jo også, at man ikke kan håndtere det pres. Altså stress er jo ikke sådan en rigtig psykiatrisk diagnose endnu, men det er jo nok det, vi ser allerflest sygemeldinger med efterhånden. Dét, at man ikke kan håndtere de udfordringer, så nytter det jo ikke noget at sende folk på arbejde altså."* Sara medgiver, at der findes tilfælde, hvor beskæftigelsesmæssige tiltag er ikke hensigtsmæssige.

Empiriens informanter giver et billede af den beskyttende rolle som den praktiserende læge ofte får over for patienter i sygedagpengeforløb. Lægen kommer i mange tilfælde til at agere advokat for patienten.

Beskæftigelse

- Empiriens borger Kirsten: *"Jamen som sagt var hun sød og rar. Men jeg kunne da også godt fornemme, at hun gerne ville have mig tilbage på arbejde. Og gerne hurtigst muligt. Altså hun respekterede min depressionsdiagnose og det, den gjorde ved mig. Specielt i den første tid. Efter lidt tid kunne jeg sagtens mærke, at det drejede sig om at gøre mig klar til at komme på arbejde i en fart. Selvom de forsøgte at pakke det ind i alle mulige tiltag, som skulle tage udgangspunkt i mig. Men det ved jeg sgu ikke helt, om det så gjorde..."*. Kirsten oplevede en meget beskæftigelsesorienteret socialrådgiver, der ikke altid tog udgangspunkt i hendes situation og ressourcer på daværende tidspunkt. Praktiserende læge Lotte har ligeledes haft oplevelsen af, at socialrådgiverne har presset borgerne: *"...men tidligere synes jeg godt nok, at de blev presset. Det er ikke noget, der gør, at man hurtigt bliver rask, hverken depression eller stress eller. Det er noget med en gulerod i stedet for en pisk"*.
- Kirsten beskriver socialrådgiveren som meget styrende, da hun ikke havde energien og overskuddet: *"...Men jeg må ærligt sige, at undervejs var det nu bare min sagsbehandler, der styrede forløbet. Altså på en måde var det rart i forhold til, at jeg ikke selv var i stand til at tage styring på ret mange områder i mit liv på det tidspunkt..."*. Konsekvensen af, at socialrådgiveren tog styring blev ifølge Kirsten et forløb, hun ikke så som værende optimalt for sin situation. Hun siger ligeledes: *"...Men hun gjorde det jo bare fordi, hun skulle. Altså socialrådgiverne skal. Og jeg fulgte bare med, for altså, hun måtte jo vide bedst, ikke?..."*. Kirsten har en opfattelse af, at det er en del af socialrådgiverens arbejde at være den styrende over for borgeren, og hun oplevede det derfor naturligt, at hun tog denne rolle på sig.
- Sara mener, at det er mest hensigtsmæssigt for sygemeldte borgere at have en form for kontakt med arbejdsmarkedet: *"... Ofte så får vi jo at vide, at*

borgeren helst skal gå hjem og gå i noget tid og have ro og ro og ro, men det genererer altså ikke det overskud, som man tror... Fordi den der ro, den er egentlig bare med til at skabe angst for at komme af sted". Og tilføjer: "...det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte". Hun argumenterer for årsagen til, at borgere må bevare kontakten til arbejdsmarkedet: "... Jeg har da sådan en grundlæggende tro på, at det er godt for mennesker at have en værdi, ikke bare qua det, de er som mennesker, men også qua det, de laver... Og det bekræfter jo også, hvor stor en del af beskæftigelsen er af identiteten". Sara fremhæver en værdi i at være i arbejde som en stor del af identiteten.

- Sara taler om praktiserende læger som værende beskæftigelsesskræmte. Både socialsystemet og psykiatrien fokuserer mere på skånehensyn, hvor de praktiserende læger er af den holdning, at patienten/borgeren må have en reel pause: *"Psykiatrien ikke er så beskæftigelsesskræmte, som de praktiserende læger er, der har jeg egentlig bare indtryk af, at man nærmere angiver nogle psykiske skånehensyn, hvor de praktiserende læger ofte skriver noget med førtidspension..."*. Hun mener, at lægerne udtaler sig i højere grad end de burde, om beskæftigelsesmæssige foranstaltninger: *"...Til trods for, at der står i det lægelige-kommunale samarbejde, at de ikke skal udtale sig om ydelser"*. Lotte udtrykker om socialrådgiverne, at de er bevidste om læger og socialrådgiveres kompetencer: *"...Jeg synes, at de fleste socialrådgivere ved, hvem hvem der kan hvad"*.
- Jens taler om langvarig sygemelding og fravær fra arbejdsmarkedet: *"Altså allerede efter 8 uger og en eller anden psykisk tilstand, så er risikoen for aldrig at komme tilbage kæmpe stor. Men det er jo rigtigt, og det har været kendt et stykke tid, og der er det så nogle gange, man tænker. Hmm, jamen er det fordi, det reelt medfører en kronificering, altså at man bliver kronisk syg af denne her tilstand, eller er det fordi man ryger ud af arbejdsmarkedet og så har svært ved at komme ind igen? Eller er det simpelthen bare fordi, at det her viser sig at være en kronisk sygdom? Altså skizofreni fx, jamen det bliver man jo ikke sådan rask af. Der er rigtig mange, som er syge, og som har så mange*

bivirkninger af det, at de ikke kan gå på arbejde. Så er det dét, der betyder noget, eller er det dét, at man ikke har været på arbejdsmarkedet et stykke tid og derfor har svært ved at komme tilbage igen. Det ved jeg ikke, men jeg tænker lidt at det er en kombi mellem de to ting". Han tydeliggør, at det ikke nødvendigvis er distancen fra arbejdsmarkedet, der besværliggør at vende tilbage i arbejde, men at det også kan skyldes borgerens dårlige helbredsmæssige tilstand og kronificering.

Diagnosens betydning

- Lotte, praktiserende læge, fortæller om diagnosens betydning for patientens/borgerens sygedagpengeforløb: *"Men principielt synes jeg, at det er træls at sætte folk i bås, og det er jo den konflikt, vi har mellem socialmyndighederne og så os. Altså, vi ønsker, eller jeg ønsker ikke at sætte folk i en bås, men det bliver vi nødt til at gøre for at folk kan få deres dagpenge og deres dit og dat.. og flexjob og så videre. Altså en diagnose er jo en form for bås. Det kan være en behandlings.. en måde at behandle folk på, ikke? Men set i sociale sammenhænge kan den give adgang til ydelser".* Lotte ser en diagnose som værende en form for uhensigtsmæssig bås.
- Lotte udtaler, at patienter/borgere, der ikke får en diagnose, ikke kan få en pause fra arbejdsmarkedet: *"Altså hvis ikke de kan få en diagnose, så kan de ikke få en pause".*
- Kirsten, borger med depression, spørges til, om hun forestiller sig, at man som sygemeldt skal forklare sig yderligere hvis man har symptomer, men ikke en egentlig diagnose, hvortil hun svarer: *"Det forestiller jeg mig. Jeg har også hørt det flere steder. Blandt andet på min arbejdsplads. Men sådan som mit forløb meget havde fokus på min depressionsdiagnose, så kan jeg let forestille mig, at det må være endnu mere op af bakke, hvis man bare har symptomerne og ikke en diagnose at skrive i panden".* Kirsten er af den klare opfattelse, at diagnosen har en stor betydning for en borgers sygdomsforløb: *"Helt klart. Altså det lyder måske lidt forkert. Men jo, det tror jeg faktisk, at jeg oplever. Ikke at man skal have en diagnose, hvis ikke man er rigtigt syg. Men det er*

som om, socialrådgiveren krydser af, når man har dianosen, også går der et bestemt system i gang”. Socialsystemet fremstilles af Kirsten som firkantet og diagnoseafhængigt.

- Lotte tilkendegiver, at diagnosers betydning er stor, når det drejer sig om psykiske lidelser, særligt hos børn. Diagnosen forklarer den anderledes adfærd hos barnet: *”Der er der en diagnosejagt. Og så fordi man håber på at få en behandling ud fra en diagnose og en forklaring på adfærden”*. Socialrådgiver Sara fortæller om at der generelt eksisterer en diagnosejagt: *”...altså at der er en læge, der giver adgang til offentlige ydelser qua diagnostikken, og så bliver det til en diagnosejagt for rigtig mange”*. Gennem en diagnose får borgerne nemmere adgang til sociale ydelser.

- Kirsten fik først diagnosen depression et halvt år efter, hun startede med at opleve depressive symptomer og fortæller om bekymringen ved ikke at få diagnosen på trods af de depressive symptomer: *”Selvom det frustrerede mig, når jeg jo oplevede alle symptomer på en depression. Jeg blev faktisk endnu mere bekymret der.”* Diagnosen var en lettelse for både Kirsten og hendes familie: *”Igen en slags lettelse samtidig med at jeg måske var chokeret over, at det nu skulle ramme mig. Man hører jo hele tiden om nogle, der er er deprimerede og ikke kan arbejde. Men da jeg endelig fik diagnosen efter en lille halvt år med symptomerne, tror jeg også min mand og familie blev lidt lettet”*. Kirsten fortæller videre om lettelsen ved at få en diagnose: *”... en slags lettelse samtidig med at jeg måske var chokeret over, at det nu skulle ramme mig. Man hører jo hele tiden om nogle, der er deprimerede og ikke kan arbejde. Men da jeg endelig fik diagnosen efter en lille halvt år med symptomerne, tror jeg også min mand og familie blev lidt lettet. Måske lidt mere forstående..”*. Hun siger videre: *”Jeg blev lidt ked af det...fordi..jeg mener, så var det jo en depression jeg havde. Men samtidig lettet. Så var det ikke bare mig, der var blevet skør. Eller jo. Det var det jo. Så var der jo en grund til, at jeg havde det så elendigt. Mit humør og min energi var væk. Følte ikke jeg kunne leve op til noget som helst. Mor, kone, leder af min børnehave*

osv.”. Dette citat illustrerer, at diagnosen forklarer Kirstens adfærd i en tid, hvor hun troede, at hun var ved at blive skør.

- Lotte har en opfattelse af, at diagnoser vil lette socialrådgivernes arbejde specielt, når det kommer til diffuse lidelser: *”Over for kommunen vil det helt klart lette arbejdsgangen, hvis man skriver depression, det tror jeg i forhold til alle de andre der.. de mere diffuse”*.
- Kirsten fortæller om, hvordan hun ser, at en diagnose vil lette sagsbehandlingen i et sygedagpengeforløb: *”Men jeg kunne godt forestille mig, at det måtte være svært, hvis ikke lægen havde stillet diagnosen. Symptomerne var invaliderende, og jeg havde brug for at vide præcist, hvad det skyldtes. At få en forklaring på, over for folk..hvorfor jeg var, som jeg var. Altså så det gav mening for andre også. Og mig selv. Min socialrådgiver har også hele tiden taget udgangspunkt i depressionen. Gad vide, hvad vi skulle have arbejdet ud fra i forløbet, hvis ikke jeg havde en diagnose? Så havde de måske ikke troet på mig? Det ved jeg ikke. Jeg var i hvert fald lettet og næsten glad for min diagnose, når jeg skulle til møde med socialrådgiveren. Så skulle jeg ikke forklare eller forsvare så meget. Det var mere lovligt, at jeg ingenting kunne finde ud af den tid”*. Kirsten oplevede, at hendes socialrådgiver brugte depressionsdiagnosen som udgangspunkt for forløbet. Hun beskriver diagnosen som en lovlig undskyldning for, at hun ingenting kunne.
- Socialrådgiver Sara siger, at en diagnose fungerer som styrepind i et sygedagpengeforløb og medvirker til et tilrettelagt behandlingsforløb: *”Jamen man kan sige, hvis det er et spørgsmål om, at man er diagnosticeret med en depression, så vil der som regel være et eller andet tilrettelagt behandlingsforløb. Og så er det jo det, der langt hen ad vejen vil være styringspind for det, man gør eller ikke gør...”*.
- Lotte mener, at der i socialsystemet eksisterer den holdning, at stress ikke anses som værende hverken en diagnose eller en reel sygdom: *”...Vi får nogle*

gange af vide nede fra kommunen, at stress ikke er en diagnose, at det er ikke en sygdom” og videre: ”Kommunen er ikke glad for, at vi bruger ordet stress eller bruger ordet akut belastningsreaktion. Det opfatter de ikke som en sygdom, men jeg bruger den alligevel”.

- Lotte beskriver, hvordan hun ser og oplever en central forskel på at arbejde i det sociale system og det sundhedsfaglige system: *Men socialrådgiverne, de sidder jo med deres, de har altid loven, de refererer altid til, at loven den siger sådan og sådan. Og som praktiserende læge, arbejder man ikke i så firkantede nogle bokse” og videre ”...praktiserende læge, familielægen, og vi er ikke så diagnosefikserede”.* Hun oplever det sociale system som havende et større fokus på diagnoser end sundhedssystemet, fordi der her er behov for sætte borgerne i kasser. Hun siger ligeledes: *”... Altså i hvert fald, hvis man skriver en større attest til kommunen, så vil de meget gerne have nogle diagnoser på, ikke også? Men de ringer jo fra kommunen og brokker sig ellers....”.*
- Praktiserende læge Jens fortæller om dengang, lovgivningen med ressourceforløb blev indført, hvor meningen var, at diagnoser skulle fylde mindre, da man skulle tage større udgangspunkt i patienternes individuelle ressourcer: *”...altså hele den der reform, der var omkring sociallovgivningen på det tidspunkt, og der var det netop, at nu skulle diagnoser ikke fylde noget og altså...”.* Jens tilføjer: *”...Men der er sket det stik modsatte...”.* Han har en oplevelse af, at der tværtimod er kommet et større fokus på diagnoser.
- Socialrådgiver Sara fortæller om borgerforløb, hvor der er tale om diffuse lidelser, hvorfor der ikke er stillet en diagnose: *”Hvis det er et spørgsmål om diffuse lidelser, jamen så bruger man jo utrolig meget tid på at få afdækket... om de fejler.. og det trækker simpelthen en sag ud. Den bliver utrolig lang på grund af det.. Så der bliver rigtig tit sat en stopklods i, når det er diffust på grund af udredning, og når man har med en borger at gøre, som går og er væk fra arbejdsmarkedet og derfor bliver det alt andet lige et langt sejt træk at få den borger tilbage på arbejdsmarkedet”.* Forløb med diffuse lidelser opleves af Sara som at være mere krævende og langvarige, end forløb hvor

borgeren er diagnosticeret. Jens fortæller ligeledes, at forløb med diffuse lidelser er mere krævende: ”.. Manglen på diagnoser gør det sværere, det et mit indtryk. Så hvis en patient har en eller anden sådan rimelig alvorlig diagnose, end hvis man ikke har det, så er det i hvert fald nemmere. Hvis man har en akut belastningsreaktion eller er spændt for på mange måder og belastet i mange sammenhænge, det er ikke ligeså godt, som hvis man har en rigtig depression. Fordi den rigtige depression, så er de jo syge og skal have medicin og sådan noget, men det er de samme problemstillinger den patient har, som har fået diagnosen depression, som hvis man har belastningsreaktioner..”.

Alle empiriens informanter giver udtryk for at diagnoser har en dominerende plads i samfundet. Sygedagpengeforløb, hvor der er en diagnose, opleves at forløbe lettere og som regel tidsmæssigt hurtigere end forløb med borgere med diffuse lidelser. Diagnoser fremstilles som en billet til sociale ydelser.

Samfundsmæssige forventninger

- Lotte svarer på, om hun tror, at der rent faktisk er flere mennesker, der bliver syge i dag, og at det ikke kun handler om den patologiserende tendens, hvor flere stemples som syge: ”Ja, det kunne det være. Men som du siger, det kunne også sagtens være fordi at følelser ikke er acceptable i dag. Det er ikke i orden at være ked af det. Fordi så kan man ikke leve op til det man skal”. Lotte mener, at der kan være tale om en patologiserende tendens, men hun oplever samtidig, at der eksisterer samfundsmæssige krav, der ikke tillader individerne at være kede af det, fordi de så ikke lever op til det, de skal. Lotte siger videre om patologiseringen: ”Jamen det fører jo til flere problemstillinger i praksis. Forventer patienter hurtigere eller lettere tilgang til diagnosticering, fordi der opstår flere og flere symptomer, der førhen slet ikke var symptomer i lægefagligt sprog men snarere naturlige reaktioner på de ting, mennesket oplever”.
- Kirsten fortæller, hvordan hun oplever de samfundsmæssige krav: ”Altså man skal jo efterhånden bare det hele. Være med alle vegne. Hjemmet skal skinne

og være pænt, børnene, og man skal huske at udvikle sig. Det var nok også derfor, jeg sagde ja til at løbe det maraton. For at udfordre mig selv. Er det ikke det, man skal hele tiden? Og derfor jeg heller ikke tvivlede på, at jeg ville tage imod den lederstilling i børnehaven, selvom jeg måske godt vidste, at jeg egentlig ikke havde overskuddet til alt det, der fulgte med lige på det tidspunkt". Kirsten ser tilbage og udtrykker, at hun på nuværende tidspunkt godt kan se at hun sagde ja til mere, end hun kunne overkomme, fordi hun følte at det burde hun. Hun siger videre: "Også alle andres forventninger til mig og til at være den, jeg plejer at være".

- Kirsten lod sig rive med af de samfundsmæssige forventninger, hun følte hun skulle leve op til og glemte sig selv i processen: *"Jamen jeg blev et offer. Eller det er måske så meget sagt. Men jo, jeg tænkte ikke over, hvad min mave sagde, og hvad jeg egentlig gerne ville inderst inde".* Kirsten negligerede sin mavefølelse, fordi presset udefra dominerede. Hun siger eftertænksomt: *"Hvem gjorde jeg lykkelig ved at gøre alle de andre ting, som jeg troede gjorde andre tilfredse?".* Hun fortæller om oplevelsen af et stort individuelt ansvar, der ligger hos samfundets individer: *"I dag er der jo uendelige valgmuligheder. Det er jo dejligt. Men også skræmmende og overvældende. Angsten for at vælge forkert følger jo med. Man kan altid og hele tiden komme til at tænke på sit liv, hvis man nu havde valgt sådan og sådan i stedet for de valg, man har truffet. Det er jo dem, der former ens individuelle liv. Og det værste er. Eller det sværeste er, at man ene og alene selv er ansvarlig for alt. Ansvarlig for sit livs succes, kan man vel sige."* Hun siger desuden: *"... Det lyder jo helt trist. Hvis livet skal være en iscenesættelse? Så er det da klart, at det er svært at være lykkelig! ... Den periode, jeg havde op til, at jeg blev syg. Der havde jeg også et stigende pres fra flere steder lige pludselig. Man kan vel godt kalde det personlige præstationer. Og altså det er jo ens egen skyld hvis ikke man kan følge med og præstere i dag...eller det er i hvert fald den følelse jeg får. Det er alt eller intet. Alle mennesker skal jo præstere i dag. Vi må ikke bare stå stille og nyde. Fremad, fremad, skal vi. Puha. Der er ikke noget at sige til, at folk. At så mange går ned. Vi kan ikke holde til det...".* Kirsten fortæller om det præstationspres, til individerne fra samfundsmæssig

side, at det ikke tilgodeses at stagnere og være tilfreds med det, man har opnået. Man må hele tiden forbedre sig og præstere mere.

- Sara medgiver tendensen i samfundet til at stille stigende krav til borgerne og til idealbilledet af, hvad individet skal præstere: *"... at tingene eskalerer fuldstændig vanvittigt og i en uhensigtsmæssig grad. Fordi vi sygeliggør simpelthen hinanden, fordi man ikke længere kan acceptere, at borgere er mennesker, at de er kede af det, fordi de fx har mistet en ægtefælle. Det bliver pludselig til en diagnose, der hedder et eller andet med psykisk belastning."* Sara ser en sygeliggørelse i samfundet, der skaber flere marginaliserede og syge borgere, som før i tiden ikke ville betragtes som syge. *"Altså og det er jo én tendens. Jeg synes, der er rigtig mange mennesker, der bliver diagnosticeret med en let depression, hvor jeg tænker, at de reagerer på at have haft et dårligt liv, en skilsmisse eller... hvor jeg tænker, jamen de er kede af det, og det synes jeg er forståeligt og naturligt, men så bliver det pludselig sygt."* Hun tilføjer: *"...Fordi vi sygeliggør simpelthen hinanden, fordi man ikke længere kan acceptere, at borgere er mennesker, at de er kede af det, fordi de fx har mistet en ægtefælle"*.
- Jens nikker ligeledes genkendende til denne samfundsmæssige udvikling: *"Ja, der er ikke plads til de der skæve ting, der er ikke plads til, at man engang imellem er nødt til at tage et par dage væk eller kun arbejde lidt"*. Han sammenligner den nuværende samfundskultur med den tidligere: *"...folk, som garanteret havde et eller andet syndrom eller havde en psykisk sygdom, de kunne godt gå og feje gulve nede hos den lokale tømrermester...uden at man behøvede at stille en diagnose på dem. Det går jo ikke længere, altså nu skal man helst have været udredt psykiatrisk..."*. Tidligere, som Jens udtrykker det, var det acceptabelt at være lidt speciel, der var der plads til at de der var anderledes kunne passe sig selv og gøre det de var i stand til, i dag skal man udredes.

Samtlige af empiriens informanter beskriver et nutidigt samfund der er præget af diagnoser og krav til individet om at være fleksibelt og konstant i udvikling og hvor

der ikke er plads til hverken stagnering for en periode, eller til individer der er anderledes og ikke kan leve op til de samfundsmæssige krav. Flere informanter har en opfattelse af, at det ikke er velanset at reagere med almindelige menneskelige følelser, herved sygeliggøres man. Empiriens borger Kirsten oplevede, i forbindelse med sin sygdomsperiode, at føle sig utilstrækkelig og selv være skyld i ikke at kunne leve op til samfundets krav og forventninger.

Samarbejde

- Sara beretter, hvordan det ofte kan være svært for socialrådgivere at tyde lægefaglige begreber, særligt på lægeerklæringer: *"...vi har også brug for en hjælper til at tolke lægelige begreber"*. I den kommune Sara er tilknyttet er iværksat et tiltag med en lægefaglig konsulent der, ud fra Saras oplevelse, bidrager til et mere positivt samarbejde læger og socialrådgivere imellem. Jens er tværtimod af en negativ holdning omkring tiltaget med den lægefaglige konsulent: *"Altså det er fuldstændig skørt. Det der har jeg hørt, altså jeg synes det er, det er virkelig risikabelt, fordi nu sidder der så bare endnu en sagsbehandler, som tilfældigvis også er læge og vurderer, at det behøver vi ikke spørge en læge om det der..."*. Jens er i stedet tilhænger af en direkte dialog som han mener bidrager til et velfungerende samarbejde: *"...Og i mange tilfælde har jeg et godt samarbejde med socialrådgiveren, som man kan ringe, til eller de ringer til én, det synes jeg godt om, jeg kan godt lide det samarbejde. Og det er vigtigt med godt samarbejde"*. Han tilføjer: *"...Det er ikke den måde, vi skal bedre samarbejdet på, vi skal møde dem og vi skal se nogle ansigter..."* Jens slår fast, at dialog og møder, hvor parterne mødes ansigt til ansigt, er den bedste måde at få et velfungerende samarbejde. Lotte udtrykker ligeledes positivitet omkring rundbordssamtaler, hvor der er mulighed for at møde hinanden og have en åben dialog. Sara fortæller med ærgelse i stemmen, at lægerne ikke har tiden til rundbordssamtaler: *"...Vi har jo ikke sådan for vane at kunne få dem med på rundbordssamtaler og den slags, fordi det har de simpelthen ikke tid til. Så det bliver jo meget et attest-samarbejde, vi har"*. Attestarbejdet hvor læge og socialrådgiver kommunikerer igennem attester oplever Sara som det dominerende i

samarbejdet, frem for rundbordssamtaler med mulighed for dialog. Sara fortæller om samarbejdet med psykiatrien: *”Det giver sig selv, at jo tættere et samarbejde vi kan have, jo mere kan vi komme hele vejen rundt. Jo bedre er det for borgeren”*. Sara lægger vægt på, at et jo tættere et samarbejde er mellem faggrupper, des bedre bliver borgerens forløb.

- Sara beskriver et punkt, hvor hun ser, at samarbejdet med lægerne halter: *”...Et helt simpelt eksempel er, at lægerne skal bibringe en forståelse for, hvor vigtige, de der attester, er for os”*. Sara tilføjer: *”...Vi har haft godt samarbejde, men vi har ikke haft på det overordnede plan”*. Sara mangler en forståelse fra lægerne for de lovgivningsmæssige rammer socialrådgiverne er underlagt. Mangel på forståelse påvirker den professionelle relation til lægerne og derved samarbejdet. Sara udtaler at socialrådgiverne sommetider ringer til lægerne og fortæller at de kan stykke borgerens sygedagpengeforløb sammen på en helt bestemt måde i forbindelse med, at lægerne mener at socialrådgiverne presser borgeren. Hertil spørges hun om lægerne er åbne for dette, hvortil hun svarer: *”Jaa, ikke alle sammen. Der er nogle, der simpelthen synes, at vi er noget fanden har skabt...”*.

Empiriens læge Jens og socialrådgiver Sara er ikke enige i, hvilke tiltag, der medvirker til et velfungerende samarbejde. Begge læger og socialrådgiver Sara lægger dog vægt på dialogen som et vigtigt element for et velfungerende samarbejde. Sara beskriver en mangel på forståelse fra lægers side omkring socialsystemets krav til lægeerklæringer, hvilket kan bidrage til en negativ påvirkning af samarbejdet læger og socialrådgivere imellem.

Velfungerende nye tiltag

- Lotte beskriver nye tiltag, der er sat iværk hos kommunen, hvor bl.a. en psykolog tilknyttedes tidligt i sygedagpengeforløbet. Lotte oplever, at det har en positiv effekt på, hvordan de sygemeldte bliver modtaget af socialrådgivere i kommunen samt generelt for forløbet: *”Og lige nu har de haft et projekt omkring den psykiske stress, og patienterne bliver egentlig taget rimelig godt*

hånd om nede på kommunen, synes jeg. De snakker med en socialrådgiver, og så snakker de med en psykolog samtidig, så jeg synes egentlig, at de er blevet rimelig modtaget”.

- Lotte giver udtryk for en positiv effekt på borgernes/patienternes sygedagpengeforløb, når de har kontakt med en psykolog. Hun beskriver i denne forbindelse psykologer og praktiserende læger som ”runde mennesker” og udtaler, at det har en væsentlig betydning, om de sygemeldte mødes med positive mennesker, der ikke går så højt op i lovgivningen, men ser det hele menneske, eller om de mødes med en mur af regler: *”at hvis de har haft kontakt med nogle ordentlige, positive mennesker, nogle runde mennesker, det er jo helt anderledes end hvis de bliver mødt af den der mur”.* Lotte sætter det på spidsen ved at sige: *”Altså når du kan putte folk i en kasse, så er det for sent, så ligger de i en kiste. Man skal fange dem før de skal i en kasse”.*
- Lotte fortæller om ”rundbordssamtaler”, som kommunen kan indkalde til, hvor borgerens sygdomsproblem og arbejdssituation diskuteres. Her deltager borgeren, socialrådgiveren, borgerens praktiserende læge, evt. arbejdsgiver og en konsulent fra jobcentret. (Jobcenter Silkeborg (30). *”...Nogle gange sker det, at vi har en rundbordssamtale, det er jo noget man kan blive indkaldt til engang imellem, og det er egentlig ret okay. Hvor patienten er med, og socialrådgiveren og sådan...”.* Hun fortæller, at hun har en oplevelse af, at der fokuseres på patienten/borgerens funktionsniveau: *”Der bliver der ikke snakket så meget diagnose, der bliver der egentlig snakket mere fremadrettet om, hvad patienten kan”*
Jens er ligeledes begejstret for rundbordssamtalerne *”...Super godt...”, ”...og hvis man så mødes alle tre parter og sætter sig ned og siger, hvad kan vi gøre her, så er vi fri for både løgnhistorierne og omskrivningerne, fortolkningerne, hvad det nu er, og så kan vi tale lige ud af posen, og så sidder man der ligesom som læge som den, der skal garantere patientens sikkerhed i det og så. Der har jeg faktisk haft nogle rigtig gode samtaler. Det er vejen frem. Til de der komplekse ting”.* Jens taler endvidere om det positive ved en dialog kommunen og de praktiserende læger imellem: *”...Vi skal faktisk have et møde, et dialogmøde med kommunen, hvor vi vil prøve at fremme forståelsen*

for, at dialogmøder eller rundbordssamtaler er rigtig godt. Fordi det både er noget, som kommunen og praktiserende læger burde gøre noget mere i, altså dialogmøderne...”. Dialog og rundbordssamtaler er tiltag, som Jens oplever fungerer, og som han ser som vejen frem i samarbejdet mellem social- og sundhedssystemet.

Empiriens læger Lotte og Jens udtrykker begge stor begejstring for rundbordssamtaler, hvor alle parter har mulighed for at mødes ansigt til ansigt og have en fornuftig dialog. Dialog opleves af begge informanter som et bærende element i det velfungerende samarbejde. Lotte beskriver et tiltag med en psykolog, der er tilknyttet de individuelle sygedagpengeforløb, som hun oplever bidrager til kvalitetsmæssigt bedre og ligeledes mere individuelle sygedagpengeforløb.

9.2 Transskription – Interview 1 (praktiserende læge)

I denne interviewguide ser spørgsmålene lidt anderledes ud end i den oprindelige interviewguide. Vi har anvendt en semistruktureret spørgemetode, hvor det hverken har været en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema (Kvale & Brinkmann (17)). Derfor har vi holdt os til de oprindelige emner, men har samtidig forfulgt emner hos informanten som vi har fundet det relevant at dykke dybere ned i.

I: Interviewer

L: Lotte (navnet er fiktivt, da informanten optræder anonymt)

Lotte har fungeret som praktiserende læge siden 1993. Hun er 62 år gammel.

I: ”Vi sendte jo lidt materiale med i mailen, hvor der stod lidt om hvad interviewet handler om, altså med betydningen af diagnoser i det sociale system og i sundhedssystemet og samarbejdet mellem disse systemer”

L: ”Ja. Men altså.. Når de kommer og skal have lavet de der attester til kommunen, i dag er det efter 8 uger, så skal man jo have lavet en attest. Og så skal man skrive en eller anden diagnose eller et eller andet. Kommunen er ikke glad for, at vi bruger ordet stress eller bruger ordet akut belastningsreaktion. Det opfatter de ikke som en sygdom, men jeg bruger den alligevel. Det gør jeg. Jeg skriver ikke altid depression, hvis ikke jeg mener, det er en depression. Jeg gør det, som jeg synes, det skal være. Når vi er til møde med dem, så siger de, jamen det er jo ikke en diagnose. Men det er sjældent, at det er et problem egentlig. Men socialrådgiverne, de sidder jo med deres, de har altid loven, de refererer altid til, at loven den siger sådan og sådan. Og som praktiserende læge, arbejder man ikke i så firkantede nogle bokse. Men det gør de jo. Arbejder i firkantede bokse. Altså ét er at være sygehuslæge, noget andet er at være praktiserende læge. Vi forsøger jo at tage det hele menneske ind, eller det gør jeg i hvert fald. De fleste ønsker den praktiserende læge, familielægen, og vi er ikke så diagnosefikserede. Tror jeg”

I: ”Jeg tager første spørgsmål. Flere psykologer taler om en sygeliggørende tendens i samfundet, hvor antallet af psykiatriske diagnoser er eksploderet. Kan du nikke

genkendende til det i din almene praksis? Hvis ja, hvilke oplevelser eller erfaringer har du fra din praksis i den forbindelse?”

L: ”Ja, jeg kan godt nikke genkendende til det...Jamen det fører jo til flere problemstillinger i praksis. Forventer patienter hurtigere eller lettere tilgang til diagnosticering, fordi der opstår flere og flere symptomer, der førhen slet ikke var symptomer i lægefagligt sprog men snarere naturlige reaktioner på de ting, mennesket oplever. Jeg sætter ikke diagnosen depression på folk for enhver pris. Det gør jeg i de tilfælde, hvor jeg starter medicin, men der er jo et stykke vej til at starte medicin i forhold til nogle former for nedtrykthed, krise, depression, et eller andet stressagtigt. Hvis det så udvikles til en depression eller hvis det er en reel depression, så får de diagnosen. Men hvis det er de andre ting, så giver jeg ikke diagnosen”

I: ”Tænker du på fx stess, som jo faktisk indgår i de her mere diffuse lidelser, altså hvor man har symptomerne, men hvor det er svært at stille en diagnose?”

L: ”Ja, nemlig. Altså hvis folk er kede af det eller er stressede, det er heller ikke en depression”

I: ”Men du kan godt genkende denne her tendens til at flere forventer...at det er blevet lettere at få en depression? Hvor engang, var det mere noget mystisk som de færreste fik, så det var mere sjældent at nogle fik en depression, hvorimod vi i dag alle kan relatere til det”

L: ”Der er mange flere diffuse psykiske lidelser, som du siger, end der var for flere år siden. Jeg tror det psykiske arbejdsmiljø for mange.. Det er stressende. Vi kører med computere, vi har gang i 117 ting hele tiden, ikke også? Så det psykiske miljø som sådan, tror jeg ikke er specielt sundt for mennesket. Det tror jeg ikke. Og nogle kan klare det, og nogle kan ikke”

I: ”Så man kan sige, måske er det ikke altid denne her tendens til at almindelige menneskelige følelser bliver gjort til noget sygt i dag, måske er det også, fordi flere bliver syge?”

L: ”Ja det kunne det være. Men, som du siger, det kan også sagtens være, fordi at følelser ikke er acceptable i dag. Det er ikke i orden at være ked af det. Fordi så kan man ikke leve op til det man skal. Men principielt synes jeg, at det er træls at sætte folk i bås, og det er jo den konflikt, vi har mellem socialmyndighederne og så os.

Altså, vi ønsker, eller jeg ønsker ikke at sætte folk i en bås, men det bliver vi nødt til at gøre for at folk kan få deres dagpenge og deres dit og dat.. og flexjob og så videre. Altså en diagnose er jo en form for bås. Det kan være en behandlings.. en måde at behandle folk på, ikke? Men set i sociale sammenhænge kan den give adgang til ydelser”

I: ”Oplever du en form for pres, eller pres, det er det måske ikke?”

L: ”Jo jo, jamen det er et pres. Men det er så et pres fra kommunen og i forhold til patienten. Og vi gør det jo så, altså for patientens skyld, ikke også? For måske at fremme at de måske kan få et eller andet hvis de skal have en pension, eller flexjob eller et eller andet.. hvad de nu skal have”

I: ”Kan man sige at I nogle gange får en form for beskyttende rolle over for patienten i det sociale system? Eller er det for meget sagt?”

L: ”Neej, det. Altså jeg har været praktiserende læge i mange år, siden 93’, det kan jeg da huske, at dengang var der sådan mere krig på kniven end der er nu, altså blandt praktiserende læger og socialrådgivere. Jeg er jo i en kommune, hvor de kører op og ned. Altså socialrådgiverne, de har en masse projekter. Og lige nu har de haft et projekt omkring den psykiske stress, og patienterne bliver egentlig taget rimelig godt hånd om nede på kommunen, synes jeg. De snakker med en socialrådgiver, og så snakker de med en psykolog samtidig, så jeg synes egentlig, at de er blevet rimelig modtaget. Og det har været godt, men så går der et år, og så er det projekt i kommunen færdigt, og så er det der ikke mere, og så kommer der noget andet. Men trenden har været på det seneste, at der bliver taget lidt mere pænt imod de psykiske synes jeg”

I: ”Så der har været et tværfagligt samarbejde mellem en psykolog og socialrådgiveren i kommunen?”

L: ”Ja, det har der, men det tror jeg ikke, der er alle steder. Sådan at nogle af de patienter, der kommer egentlig føler sig rimelig godt taget imod af socialrådgiveren, og sådan har det ikke altid været. Og det er ikke sikkert at det bliver ved med at være sådan, men sådan har det været i en periode”

I: ”Så du har oplevet at det har haft en positiv effekt?”

L: ”Ja. Altså tidligere har det været sådan, at de skulle ruste sig lidt til mødet med socialrådgiveren, fordi hun sad på en anden stol og så tingene fra en anden side, og hun sad jo på kommunekassen og sådan.. Det behøves jeg egentlig ikke at sige til dem nu”

I: ”Altså patienterne?”

L: ”Ja, jeg siger til dem, at du skal snakke med din socialrådgiver og hun plejer egentlig at have rimelig forståelse”

I: ”Så umiddelbart virker det som et godt tiltag med en psykolog?”

L: ”Ja, når sygdommen drejer sig om noget psykisk. Det synes jeg. For hvis der er noget psykiske patienter ikke har brug for, så er det at blive mødt med sådan en masse stillen krav og snakken ned til”

I: ”Og forventninger til at skulle tilbage på arbejdsmarkedet?”

L: ”Ja nemlig, sådan en pressen på. Så går det ikke hurtigere”

I: ”Men det lyder da til at være et godt tiltag”

L: ”Ja, for normalt er kommunen ikke kendt for at være særlig velanskreven blandt patienter og i forhold til sociale ydelser. Det er den faktisk ikke. Altså i det hele taget. Det er noget med, hvor meget skat folk betaler, og hvor meget de skal skære ned hist og pist. Men alle kommuner har åbenbart sådan nogle projekter, og lige det der kører faktisk okay. De vil også gerne have folk i gang med nogle aktiviteter, det kan være noget mindfulness eller noget fysisk aktivitet, fx en fysioterapeut og noget coaching, hvor man snakker om hvad det er at have angst eller stress”

I: ”For at give sygdomsindsigt?”

L: ”Ja, og det er jo godt. Det har jeg oplevet mange, der synes. Men altså, jeg er egentlig sådan lidt i forhold til kommunen.. Men man skal jo også sige, når noget er godt”

I: ”Kan du beskrive med et par ord, hvordan du har det med kommunen?”

L: ”Altså, jeg skal jo stadig være patientens advokat i forhold til kommunen. Sådan har det været og er det da også stadigvæk, men jeg synes ikke at jeg har brug for det ligeså meget”

I: ”Og er det i sammenhæng med de nye tiltag med psykologisk støtte, at du ikke bruger det ligeså meget?”

L: ”Ja, hvor jeg føler, at folk bliver snakket ordentligt til nede fra kommunen. Når man får patienten tilbage, og de har været nede at snakke med kommunen, og de har egentlig oplevet det som okay, så behøves jeg jo faktisk ikke at være advokat, vel? Men altså. Kommunen står og sidder jo på en pengekasse, og de har en lov. Det er jo det de arbejder med, ikke? Jeg sidder jo ikke på nogle penge, og jeg har jo ikke en lov, jeg skal rette mig ind efter. Ikke på samme måde i hvert fald”

I: ”Det er lidt i stil med noget af det ovenstående. Oplever du, at diagnoser kan optræde som en slags adgangsbillet til sociale ydelser, så borgeren herved passes ind i bestemte kategorier i det sociale system, hvis denne er så belastet af sine lidelser eller symptomer og har behov for en pause fra arbejdsmarkedet, men ikke kan diagnosticeres?”

L: ”Altså hvis ikke de kan få en diagnose, så kan de ikke få en pause”

I: ”Hvis nu du vurderer, at en patient er så belastet af sine symptomer, at han trænger til en pause for en periode, men du vil ikke sige, at han har en depression, men at han af andre grunde, krise, stress, skal have en pause for at komme sig, men du vil ikke give ham en diagnose”

L: ”Jamen, så bruger jeg de andre diagnoser, så skriver jeg stress eller nedtrykthed eller et eller andet. Jeg føler mig ikke tvunget til at skrive depression, hvis ikke jeg mener det er en depression”

I: ”Den her funktion diagnoserne kan få, at de kan optræde som en adgangsbillet, hvad tænker du om det?”

L: ”Jamen det tror jeg, de kan. Altså i hvert fald, hvis man skriver en større attest til kommunen, så vil de meget gerne have nogle diagnoser på, ikke også? Men de ringer jo fra kommunen og brokker sig ellers. Eller de ringer. Og spørger. Der plejer egentlig at være en okay tone mellem os. De mennesker fra kommunen, der sidder på pengekassen, det er jo også mennesker trods alt. Så når man taler i telefon, er man nok, begge parter, interesseret i at hjælpe personen. Men de bliver nødt til at læne sig op ad loven og den pengekasse”

I: ”Du har været lidt inde på det. Hvordan vil du beskrive samarbejdet med sagsbehandleren fra det socialfaglige system, når udredning og sygdomsforløb hos en patient trækker ud eller bliver kompliceret?”

L: ”Jamen det er jo svært – også fordi de har deres love og deres tidsbegrænsning og hist og pist. Og så får de ikke dagpenge.. Patienterne. Der er mange ting, som jeg ikke har forstand på, og pludselig går tiden. Men jeg synes egentlig, at det er rimelig okay. Det er sjældent, der er problemer, men der kan være nogle, der overskrider. Altså jeg ved ikke, om det er sygedagpenge eller sådan et eller andet, og så skal der ske noget andet. Nogle gange sker det, at vi har en rundbordssamtale, det er jo noget man kan blive indkaldt til engang imellem, og det er egentlig ret okay. Hvor patienten er med, og socialrådgiveren og sådan. Sådan en 4-5 mennesker. Der bliver der ikke snakket så meget diagnose, der bliver der egentlig snakket mere fremadrettet om, hvad patienten kan. Hvad der er muligt af støtte og hjælp. Og hvad kommunen kan og hvad jeg kan gøre”

I: ”Har du en god erfaring med sådan en rundbordssamtale?”

L: ”Ja, det er ikke så tit, vi har dem, måske 5 gange om året. Det er noget, kommunen ønsker. Som regel kommunen. Jeg kan godt skrive en status til dem, hvor jeg foreslår en rundbordssamtale, men det er kommunen, der skal rekvirere den”

I: ”Oplever du, at du nogle gange mister din eneret til diagnosticeringen – ift., at skulle ”dele” retten til at stille en diagnose med andre fagpersoner, der giver sit besyv med?”

L: ”Nej, det synes jeg egentlig ikke. Jeg synes at de fleste socialrådgivere ved, hvem hvem der kan hvad. Nej, jeg synes ikke de kommer og siger..”

I: ”At de bidrager med nogle synspunkter til, hvorfor patienten fejler det og det?”

L: ”Nej, jeg synes ikke at det er sådan, de går mig i bedende. Jeg føler mig ikke sådan trådt over tærne”

I: ”Har du erfaringer med sygedagpengeforløb, hvor patienten har følt sig presset hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet end vedkommende var parat til ift. sin depression eller depressive symptomer?”

L: ”Ja det har jeg nok. Det har jeg. Men jeg synes som sagt, at de har haft rimelig forståelse for det gennem de senere år. Det synes jeg faktisk”

I: ”Gennem de senere år, tror du det er i forbindelse med de nye tiltag hos kommunen?”

L: ”Ja, det vil jeg sige. Det tror jeg”

I: ”Så har vi to spørgsmål der drejer sig lidt mere om patienten. Oplever du en forandring i dine patienters ”interesse eller opsathed” på at få en diagnose?”

L: ”I forhold til børn er der jo meget. I forhold til forældre og til børn der på en eller anden måde ikke er helt normale ovre i skolen, der er der er pres for at få en diagnose”

I: ”Fra forældre?”

L: ”Ja.. Fra forældre som er bekymrede for deres børn. Altså vi kan jo ikke stille diagnoser, der skal de igennem børnepsykiatrisk eller PBR. Men der oplever man ofte pres. Og det er nok også i forhold til, at diagnoser giver nogle ekstra lærere, eller hvad ved jeg”

I: ”Ja, det kan måske også ses som en form for sociale ydelser, bare i en anden forstand”

L: ”Ja, ja, nemlig. Det er jo også forfærdeligt, at have et barn som ikke trives. Der er der en diagnosejagt. Og så fordi man håber på at få en behandling ud fra en diagnose og en forklaring på adfærden”

I: ”Oplever du en forandring i forhold til år tilbage?”

L: ”Ja, men det er så også pga. ADHD, og alt det der er kommet”

I: ”Hvilken betydning oplever du, at en diagnose, herunder depressionsdiagnose, har for patienten når du stiller den?”

L: ”Over for kommunen vil det helt klart lette arbejdsgangen, hvis man skriver depression, det tror jeg i forhold til alle de andre der.. de mere diffuse. Det vil helt klart være lettere for forløbet, det tror jeg. Men jeg sætter ikke diagnosen på, hvis ikke jeg mener at det er en depression. Man kan måske sige, at hvis de diffuse lidelser blev lidt mere accepterede, ville de blive lidt lettere at arbejde med, det ville da være

dejligt. Det ville være en god ting. At jeg på mine attester kan skrive, det drejer sig om stress uden at skulle omformulere det og forklare det og sådan. Men arbejdsmedicinerne siger, at stress ikke er en diagnose. Vi får nogle gange af vide nede fra kommunen, at stress ikke er en diagnose, at det er ikke en sygdom. Men så er det som regel ikke en psykolog de har talt med, det er måske, der hvor de kun har talt med en socialrådgiver”

I: ”Men det er over for kommunen, hvad med over for patienten? At diagnosen måske forklarer en adfærd”

L: ”Det kunne den godt gøre, helt sikkert. Man har jo nogle negative tanker, hvis man har en depression, og så kan diagnosen godt forklare, hvorfor man har disse tanker, så det er jo en lettelse kan man sige, og det er jo noget du bliver rask af igen”

I: ”Og måske også en lettelse i forhold til det sygedagpengeforløb, man kommer i? At man kommer med den her diagnose, noget der giver anledning til en accept af, at man ikke kan arbejde”

L: ”Jo, sådan kan man sagtens bruge den. Jeg synes bare ikke, at man skal sætte en diagnose på folk, hvis ikke det er en diagnose”

I: ”Når du ikke stiller den diagnose, fordi det er stress eller nedtrykthed, hvordan er din erfaring med, hvordan disse sygedagpengeforløb udformer sig?”

L: ”Altså der er som sådan ikke mere respekt, hvis der stilles en diagnose frem for, hvis nu der ikke stilles en diagnose, men jeg synes egentlig også, de forstår når man skriver, at det er en stressreaktion eller en krisereaktion. Det synes jeg egentlig også, de kører igennem med. Jeg synes også, at patienten møder forståelse. Man er jo heller ikke kørt ned med stress og krise eller nedtrykthed i mange mange måneder vel, så må man sige, at så går vi over til noget andet ikke også? Tænker jeg”

I: ”Så du vil sige, at du føler stadig at du har retten til at diagnosticere og at socialrådgiveren har et klart syn på hvem der kan hvad?”

L: ”Ja, det synes jeg”

I: ”Men det er mere komplekst med psykiske lidelser?”

L: ”Ja, det er det. Og der er jo en forskel på det der mere firkantede system og så det runde system. Det er ikke altid de passer sammen”

I: "Og du er det runde system?"

L: "Ja, det mener jeg. Jeg har ikke alle de der paragraffer, jeg skal forholde mig til. Det firkantede, det er jo DJØF'erne, det er dem der ruller.. Altså når du kan putte folk i en kasse, så er det for sent, så ligger de i en kiste. Man skal fange dem før de skal i en kasse. Faktum er, at en person har det dårligt, det er jo der, problemet er. Det firkantede og det runde system. Nogle socialrådgivere, som ikke er helt så firkantede, men som bare repræsenterer det firkantede system.. trods alt, ikke også?"

I: "Ja, ligesom at du er et menneske, er de også?"

L: "Ja, nogle af dem. Det er ikke allesammen. Men det er blevet bedre. Men det har ikke altid været sådan, det ligger år tilbage. Der har de været værre. Men jeg synes ikke at det er sådan mere. Jeg synes, at de fleste bliver ordentligt behandlet"

I: "Og som måske er i forbindelse med tiltagene eksempelvis med psykologen?"

L: "Ja, jeg synes, at hvis de har haft kontakt med nogle ordentlige, positive mennesker, nogle runde mennesker, det er jo helt anderledes end hvis de bliver mødt af den der mur"

I: "En psykolog har også indsigt og forståelse i sygdommen på en anden måde en socialrådgiveren?"

L: "Ja, det har de da"

I: "Og hvis de så samtidig lærer noget om sygdommen?"

L: "Ja, samtalen har de jo med psykologen. Og så er der de der tiltag, fordi de syge patienter skal jo aktiveres på en eller anden måde. Der går ikke særlig lang tid, før de skal i en aktivering"

I: "Er det sådan nogle arbejdsprøvningskurser?"

L: "Ja, og så er der den aktivering inden, kurser som er sådan noget mindfulness. Det er garanteret noget, loven siger, at de skal aktiveres. Men det kan jo være noget udemærket aktivering. Altså det har jeg fået tilbagemelding om, at det der mindfulness fx har været rigtig godt for nogle, selvfølgelig ikke alle har gavn af det. Der er nogle, der ikke vil det ene eller det andet"

I: "Er der noget du ellers gerne vil sige?"

L: ”Neej, jeg er egentlig overrasket over, hvor lidt negativ jeg er over for kommunen”

I: ”Er det fordi, at det har været sådan en gængs oplevelse før de nye tiltag med psykologen osv., altså et mere negativt ry?”

L: ”Om det er tiltagene der gør forskellene alene, det ved jeg ikke, men tidligere synes jeg godt nok, at de blev presset. Det er ikke noget, der gør, at man hurtigt bliver rask, hverken depression eller stress eller. Det er noget med en gulerod i stedet for en pisk”

I: ”Men alt andet lige, må det vidne om at den pågældende kommune har haft god effekt med tiltagene?”

L: ”Ja absolut. Tiltagene har haft en positiv effekt, det må jeg sige”

9.3 Transskription – Interview 2 (borger)

I denne interviewguide ser spørgsmålene lidt anderledes ud end i den oprindelige interviewguide. Vi har anvendt en semistruktureret spørgemetode, hvor det hverken har været en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema (Kvale & Brinkmann (17)). Derfor har vi holdt os til de oprindelige emner, men har forfulgt emner hos informanten som vi har fundet det relevant at dykke dybere ned i.

I: Interviewer

K: Kirsten (navnet er fiktivt, da informanten optræder anonymt)

Kirsten på 41, gift på 11. år, uddannet pædagog, har to mindre børn.

I: ”Vi starter bare med det første spørgsmål. Hvornår oplevede du depressive symptomer? Og i hvilken forbindelse/livssituation?”

K: ”Det gjorde jeg for et års tid siden i forbindelse med, at jeg pludselig skulle være leder for den børnehave, jeg arbejder i. Den daværende leder stoppede, og jeg blev udpeget som den nye samtidig med, at jeg skulle gennemgå et lederkursus. Jeg ville gerne have den stilling, men alting blev for meget. Og min søn havde problemer i skolen, og i fritiden var jeg ved at træne til et maraton. Samtidig blev min svoger ramt af uhelbredelig kræft. Jeg kunne slet ikke følge med. Begyndte at få sådan nogle underlige, for mig, ukendte symptomer. Jeg var så træt hele tiden, havde ingen energi om morgenen. Eller heller ikke op af dagen jo...jeg havde bare ingen energi. Følte mig virkelig deprimeret, men det var jeg jo åbenbart ikke det første halve år. Altså dette her startede for et års tid siden. Men min læge mente ikke, at jeg havde en depression på det tidspunkt. Han sagde, at det var en almindelig reaktion på alle de ting, der foregik i mit liv. Alt det var helt naturligt. Selvom jeg selv var ret bange for, at det alligevel var en reel depression”

I: ”Hvordan oplevede du omgivelsernes reaktion og forståelse på, hvordan du havde det?”

K: ”Det var forskelligt. Mine nærmeste forstod mig selvfølgelig. Uanset om jeg havde diagnosen eller ej. Men folk lidt længere ude viste ikke helt samme forståelse. Eller anerkendelse, eller hvad vi nu skal sige. Blandt andet nogle af mine kolleger og andre på min arbejdsplads forstod ikke, hvorfor jeg var lidt ustabil og ikke rigtig mig selv. Jeg havde også oftere sygedage. Men når jeg nu havde været hos lægen, og jeg ingenting fejlede. I hvert fald ikke diagnosemæssigt. Hvis man kan sige det? Ved ikke om I forstår mig?”

I: ”Tror du, det havde oplevedes lettere for dig dengang, hvis du ”blot” kunne fortælle omverdenen, at du havde fået stillet en depressionsdiagnose?”

K: ”Altså ja. Helt klart, det tænker jeg da. Selvom jeg selvfølgelig dengang også var lidt glad for ikke at være ”rigtig” syg på den måde. Set i bakspejlet kan jeg jo i dag sagtens se, hvad det var, min læge mente med, at jeg det første halve års tid, bare reagerede på, at alting blev for meget for mig. Og for hvad et menneske generelt kan klare. Det giver jo mening”

I: ”Hvornår fik du stillet diagnosen?”

K: ”Det gjorde jeg for lidt over et halvt år siden. Og det kan godt være, at min læge alligevel havde ret i, at jeg det første halve år til at begynde med ikke havde den depression, som jeg jo selv troede. Jeg var faktisk skuffet over ikke at få diagnosen til at begynde med, fordi jeg havde det, som jeg havde det. Det endte jo så bare ud i en rigtig depression. Måske fordi jeg heller ikke selv ville erkende behovet for at drosle ned dengang. Men det så jeg jo ingen grund til, når min læge sagde, at jeg ikke var syg. Selvom det frustrerede mig, når jeg jo oplevede alle symptomer på en depression. Jeg blev faktisk endnu mere bekymret der. Jeg havde ikke bare diffuse lidelser, selvom ingen ved, om der er forskel på, hvordan man har det med eller uden diagnosen. Jeg havde en depression. Troede jeg. Hvem ved. Det havde jeg nok heller ikke til at begynde med.”

I: ”Hvordan vil du beskrive oplevelsen af at få diagnosen?”

K: ”Jeg blev faktisk lidt ked af det...Fordi. Jeg mener, så var det jo den depression, jeg havde. Men samtidig lettet. Så var det ikke bare mig, der var blevet skør. Eller jo. Det var det jo. Så var der jo en grund til, at jeg havde det så elendigt. Mit humør og min energi var væk. Følte ikke jeg kunne leve op til noget som helst. Mor, kone, leder af

min børnehave osv. Også var der jo det, at det rent faktisk blev lettere at forklare min situation over for alle dem, der ikke rigtig kunne forholde sig til det før, det var faktisk en lettelse...det var rart”

I: ”Følte du ikke, du kunne leve op til dine forventninger til at være mor og kone?”

K: ”Hva, nej. Nej slet ikke. Men ikke kun mine egne forventninger. Også alle andres forventninger til mig og til at være den, jeg plejer at være”

I: ”Hvor langt lang tid har dit sygedagpengeforløb strakt sig over?”

K: ”Knap et halvt år. Jeg blev jo først sygemeldt længerevarende, da jeg fik en depressionsdiagnose. Jeg er trods alt glad for, at jeg ikke nåede at ende i sådan et forløb, mens jeg kun havde de her mere...diffuse symptomer”

I: ”Hvad tænker du på med det?”

K: ”Jamen bare hvordan mon man skulle få forståelse for, at man altså ikke kunne arbejde og alting. Altså det, de beder en om. Så havde jeg jo ikke det der stempel fra lægen om, at jeg faktisk var syg og havde en diagnose. Godt jeg har det bedre nu. Og jeg er tilbage på arbejde igen, godt nok på nedsat tid, men stadig. Altså det går da fremad”

I: ”Kan du beskrive, hvilken betydning din diagnose har haft for dit forløb i jobcentret sammenlignet med, hvis du ikke havde fået en diagnose?”

K: ”Nu har jeg ikke prøvet at være i et forløb hos kommunen før, så jeg har kun prøvet denne gang med min depressionsdiagnose. Men jeg kunne godt forestille mig, at det måtte være svært, hvis ikke lægen havde stillet diagnosen. Symptomerne var invaliderende, og jeg havde brug for at vide præcist, hvad det skyldtes. At få en forklaring på, over for folk. Hvorfor jeg var, som jeg var. Altså så det gav mening for andre også. Og mig selv. Min socialrådgiver har også hele tiden taget udgangspunkt i depressionen. Gad vide, hvad vi skulle have arbejdet ud fra i forløbet, hvis ikke jeg havde en diagnose? Så havde de måske ikke troet på mig? Det ved jeg ikke. Jeg var i hvert fald lettet og næsten glad for min diagnose, når jeg skulle til møde med socialrådgiveren. Så skulle jeg ikke forklare eller forsvare så meget. Det var mere lovligt, at jeg ingenting kunne finde ud af den tid”

I: ”Tror du, man som sygemeldt skal forsvare og forklare sig yderligere, hvis ikke

man har en diagnose men stadig er mærket psykisk?”

K: ”Det forestiller jeg mig. Jeg har også hørt det flere steder. Blandt andet på min arbejdsplads. Men sådan som mit forløb meget havde fokus på min depressionsdiagnose, så kan jeg let forestille mig, at det må være endnu mere op af bakke, hvis man bare har symptomerne og ikke en diagnose at skrive i panden”

I: ”Oplever du, at diagnoser kan optræde som adgangsbillet til de sociale ydelser?”

K: ”Helt klart. Altså det lyder måske lidt forkert. Men jo, det tror jeg faktisk, at jeg oplever. Ikke at man skal have en diagnose, hvis ikke man er rigtigt syg. Men det er som om, socialrådgiveren krydser af, når man har diagnosen, også går der et bestemt system i gang. Altså hvad man skal og hvornår. Og hvornår og hvor længe man får fred og ro. Men hun var sød.. altså det var slet ikke det.”

I: ”Ja, hvordan oplevede du din sagsbehandler?”

K: ”Jamen som sagt var hun sød og rar. Men jeg kunne da også godt fornemme, at hun gerne ville have mig tilbage på arbejde. Og gerne hurtigst muligt. Altså hun respekterede min depressionsdiagnose og det, den gjorde ved mig. Specielt i den første tid. Efter lidt tid kunne jeg sagtens mærke, at det drejede sig om at gøre mig klar til at komme på arbejde i en fart. Selvom de forsøgte at pakke det ind i alle mulige tiltag, som skulle tage udgangspunkt i mig. Men det ved jeg sgu ikke helt, om det så gjorde. Tror bare jeg fulgte sådan et standardiseret program for folk med en moderat depression, må jeg indrømme. Igen der gjorde diagnosen en forskel. Tror altså jeg var skubbet ud på arbejde noget tidligere, hvis ikke der stod depression i panden af mig. Eller. Altså, ved I hvad jeg mener?”

I: ”Oplevede du, at du selv var med til at afgøre og tilrettelægge dit sygedagpengeforløb hos kommunen?”

K: ”Tja. Joo, det var jeg måske lidt i starten gennem den der opstartssamtale, eller hvad den hed. Men jeg må ærligt sige, at undervejs var det nu bare min sagsbehandler, der styrede forløbet. Altså på en måde var det rart i forhold til, at jeg ikke selv var i stand til at tage styring på ret mange områder i mit liv på det tidspunkt. Men på den anden siden kunne jeg heller ikke overkomme, at nogen anden end min mand og min mor, der tog styringen for mig. Nogle gange oplevede jeg, at hun måske styrede lige rigeligt i forhold til, hvad jeg kunne magte og overkomme. Altså jeg var jo

deprimeret. For alvor. Også kunne det godt virke lidt pressende. Men hun gjorde det jo bare fordi, hun skulle. Altså socialrådgiverne skal. Og jeg fulgte bare med, for altså, hun måtte jo vide bedst, ikke?”

I: ”Kan du prøve at uddybe, hvordan du oplevede et pres fra din socialrådgiver?”

K: ”Jamen altså hun forsøgte jo at skubbe mig tilbage i arbejde hurtigst muligt. På en pæn måde. Men altså. Jeg var slet ikke i tvivl om, at det var det, der var intentionen. Problemet var bare, at jeg ikke var klar. Jeg kunne slet slet ikke overskue at vende tilbage endnu. I de situationer var det faktisk rart at have min læge. For han mente bestemt ikke at jeg skulle andet end at holde mig i ro derhjemme og lave ingenting. Så selvom jeg følte presset fra den sociale forvaltning, fornemmede jeg alligevel, at min læge ville hjælpe mig, hvis det var. Altså holde hånden over mig.”

I: ”Samfundets krav til befolkningen er stigende, som du også har fortalt har berørt din situation. Der er krav om selvrealisering og konstant udvikling blandt andet, så man altid stagnerer et sted i livet. Hvilken oplevelse har du af, at mennesket i dag kan opleves som et selviscenesættelsesprojekt, hvor personlige præstationer bliver et livsprojekt?”

K: ”Ja altså. Det lyder jo helt trist. Hvis livet skal være en iscenesættelse? Så er det da klart, at det er svært at være lykkelig! Men jo. Altså som jeg fortalte om den periode, jeg havde op til, at jeg blev syg. Der havde jeg også et stigende pres fra flere steder lige pludselig. Man kan vel godt kalde det personlige præstationer. Og altså det er jo ens egen skyld hvis ikke man kan følge med og præstere i dag...eller det er i hvert fald den følelse jeg får. Det er alt eller intet. Alle mennesker skal jo præstere i dag. Vi må ikke bare stå stille og nyde. Fremad, fremad, skal vi. Puha. Der er ikke noget at sige til, at folk. At så mange går ned. Vi kan ikke holde til det. Gid man levede tidligere”.

I: ”Hvad tænker du på med at leve tidligere?”

K: ”Jamen før i tiden var samfundet jo ikke sådan. Der var man bare glad for tilfreds. Eller det var man jo nok ikke hele tiden. Men der var ikke de samme krav, man skulle leve op til. Man nød tilværelsen mere, som den var, og lod tiden gå uden så mange bekymringer. Det var godt nok det man gjorde...og kunne”.

I: ”Hvad tror du, psykiske diagnoser som depression betyder for det samfund, vi lever i i dag så?”

K: ”Jamen det er vel en markør for den del af befolkningen, som jo er stigende, der ikke kan holde til det. Eller følge med. Så kan man lige få lov at puste ud med det skrevet i panden. Men altså. Diagnoser fører vel også bare til flere fordomme.”

I: ”Hvordan oplever du disse fordomme? Altså. På hvilken måde oplever du fordomme i forhold til din depression?”

K: ”Alle har jo en holdning til depression. Det er blevet så udbredt. Og så er der den der med, om man nu egentlig er rigtigt syg og deprimeret.”

I: ”Har du oplevet nogen form for mistillid?”

K: ”Ja ja, helt klart. Man kan jo sagtens fornemme på folk, når det er nogle, der tænker det. Altså sådan om det bare er, fordi man er lidt doven eller nedtryk i tiden. Især på min arbejdsplads. Fordi der går det udover andre, når nogle er syge. Og der kunne jeg sagtens mærke nogle af mine kollegers og måske lidt min leders fordomme om depression. Så virker det som om, at vi nu opfattes som en af dem der. Konstant trætte, nedtrykte og ugidelige. Ja, alle fordommene ved depression. Altså udover jeg ser den som markør for mistrivsel, fører den også en anden komplikation med sig. Ja. Fordommene ved diagnosen er vel en slags bivirkning”

I: ”Er det korrekt forstået, hvis du opfatter fordomme og stigmatisering som en eftervirkning af at få stillet diagnosen depression?”

K: ”Helt klart ja. Også fordi sygdommen er så udbredt efterhånden. Alle kender til den. Så det er jo klart, at fordommene følger med. Det var tydeligt, da jeg var på besøg på min arbejdsplads, at de dømte mig. Altså de tænkte sikkert, at jeg var lige som alle andre deprimerede. Det var jeg nok også. Men det skal ikke underkendes”

I: ”Du fortalte lidt om det i begyndelsen, men kan du beskrive, hvilken rolle diagnosen ellers har spillet i dit hverdagsliv?”

K: ”Igen en slags lettelse samtidig med at jeg måske var chokeret over, at det nu skulle ramme mig. Man hører jo hele tiden om nogle, der er er deprimerede og ikke kan arbejde. Men da jeg endelig fik diagnosen efter en lille halvt år med symptomerne, tror jeg også min mand og familie blev lidt lettet. Måske lidt mere forstående, selvom han jo hele tiden har taget det alvorligt. Det var altså ikke bare

fordi, jeg var blevet doven eller en dårlig mor. Også tør jeg slet ikke tænke på et forløb hos kommunen uden at have en diagnose at læne sig op af. Eller du ved, som i sig selv kunne forklare min situation”

I: ”Oplevede du, at det i større grad nu var okay bare at holde ro og koncentrere dig om at få det bedre?”

K: ”Ja. Jeg oplevede faktisk mere ro. Altså inden i mig selv. Jeg bebrejdede ikke mig selv lige så meget. Men det var svært over for mine børn, synes jeg”

I: ”Nutidens samfund stiller større krav til det enkelte menneske som eksempelvis at være fleksibel og i højere grad at bidrage til fællesskabet i form af at være på arbejdsmarkedet. Hvordan har du oplevet de samfundsmæssige forventninger?”

K: ”Altså man skal jo efterhånden bare det hele. Være med alle vegne. Hjemmet skal skinne og være pænt, børnene, og man skal huske at udvikle sig. Det var nok også derfor, jeg sagde ja til at løbe det maraton. For at udfordre mig selv. Er det ikke det, man skal hele tiden? Og derfor jeg heller ikke tvivlede på, at jeg ville tage imod den lederstilling i børnehaven, selvom jeg måske godt vidste, at jeg egentlig ikke havde overskuddet til alt det, der fulgte med lige på det tidspunkt. Men jeg var jo nødt til at gribe chancen”

I: ”Hvad tror du, der ville der ske ved ikke at tage chancen?”

K: ”Åååh jamen det ved jeg ikke. Måske ikke noget tænker jeg nu. Men sådan er vi jo ikke i dag. Man skal jo tage chancen? Det burde man. Eller gør man? Det synes jeg ikke mere. For så bliver jeg syg igen, tror jeg. Jeg kan ikke længere bare det hele, bare fordi det lyder godt, og jeg burde”

I: ”Hvilke faktorer i samfundet, tror du, kan være med til at stresser mennesker og måske endda gøre dem mere syge i dag end tidligere?”

K: ”I dag er der jo uendelige valgmuligheder. Det er jo dejligt. Men også skræmmende og overvældende. Angsten for at vælge forkert følger jo med. Man kan altid og hele tiden komme til at tænke på sit liv, hvis man nu havde valgt sådan og sådan i stedet for de valg, man har truffet. Det er jo dem, der former ens individuelle liv. Og det værste er. Eller det sværeste er, at man ene og alene selv er ansvarlig for alt. Ansvarlig for sit livs succes, kan man vel sige.”

I: ”Det sidste spørgsmål er i forlængelse af det, du lige har fortalt. I hvilket omfang har det berørt din situation?”

K: ”Jamen jeg blev et offer. Eller det er måske så meget sagt. Men jo, jeg tænkte ikke over, hvad min mave sagde, og hvad jeg egentlig gerne ville inderst inde. Det har jeg tænkt over i mit sygdomsforløb. I sidste ende ønsker jeg jo bare at være en god mor og sørge for, at mine børn og min familie trives. Hvem gjorde jeg lykkelig ved at gøre alle de andre ting, som jeg troede gjorde andre tilfredse? Ja, ej, det er slut. Jeg vil kun gøre mig selv tilfreds. Det lyder lidt egoistisk. Men det er jeg nødt til. Min psykolog har virkelig hjulpet mig med at kunne sige de ting. Og mene dem. Jeg skal passe på mig selv.. også for at kunne passe på min familie”

I: ”Er der andet du kommer til at tænke på, som du ønsker at fortælle her til sidst?”

K: ”Neej... nej det tror jeg ikke”

9.4 Transskription – Interview 3 (socialrådgiver)

I denne interviewguide ser spørgsmålene anderledes ud end i den oprindelige interviewguide. Vi har anvendt en semistruktureret spørgemetode, hvor det hverken har været en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema (Kvale & Brinkmann (17)). Derfor har vi holdt os til de oprindelige emner, men har i høj grad forfulgt emner hos informanten som vi har fundet det relevant at dykke dybere ned i.

I: Interviewer

S: Sara (navnet er fiktivt, da informanten optræder anonymt)

Sara er 36 år gammel, gift og blev uddannet socialrådgiver i 2003. Hun har 12 års erfaring som socialrådgiver.

I: ”Igår hørte du jo lidt om, hvad det handler om, så vi starter bare med første spørgsmål. Hvordan arbejder du med en sygemeldt borger, der er diagnosticeret sammenlignet med en borger, der ikke er diagnosticeret, eksempelvis en borger med diffuse symptomer?”

S: ”Jamen man kan sige, hvis det er et spørgsmål om, at man er diagnosticeret med en depression, så vil der som regel være et eller andet tilrettelagt behandlingsforløb. Og så er det jo dét, der langt hen ad vejen vil være styringspind for det, man gør eller ikke gør. Hvis det er et spørgsmål om diffuse lidelser, jamen så bruger man jo utrolig meget tid på at få afdækket...om de fejler, om de har gigt eller det ene og det andet, og det trækker simpelthen en sag ud. Den bliver utrolig lang på grund af det. Fordi vi jo ofte har med en borger at gøre, der jo selvfølgelig har smerter og føler sig enormt begrænset, og en læge, der ikke nødvendigvis ved, om der kunne være en bindevævslidelse eller noget som kunne være af mere alvorlig karakter, og derfor går de selvfølgelig i gang med at udrede det. Så der bliver rigtig tit sat en stopklods i, når det er diffust på grund af udredning, og når man har med en borger at gøre, som går og er væk fra arbejdsmarkedet og derfor bliver det alt andet lige et langt sejt træk at få den borger tilbage på arbejdsmarkedet”

I: ”Så ved diffuse lidelser, hvor diagnosticeringen er besværlig og vanskelig, der bliver sygedagpengeforløbet mere kompliceret?”

S: ”Ja, det gør det, fordi det er utrolig svært at sætte noget meningsfuldt i gang faktisk, fordi hvis borgeren. Borgeren har selvfølgelig en oplevelse af at fejle et eller andet, og hvis borgeren er enormt frustreret over ikke at kunne få at vide, jamen hvad er det, jeg fejler, eller jeg kan få en behandling, så jeg kan få det bedre.. Og det bliver jo gerne nogle gange de der langvarige, ja nogle gange årelange forløb”

I: ”På hvilken måde oplever du, at sundhedssystemet og lægen er dominerende i forhold til I, socialrådgiveres forståelse af på den pågældende borgers sundheds- og sygdomstilstand?”

S: ”Jamen vi bliver da påvirket. Fordi vi tilrettelægger jo forløbet alt efter, hvad lægen noterer. Men derfor lader vi os jo ikke fuldstændig påvirke, fordi vi som regel også har vores egen opfattelse. Men derfor er lægens ord jo udgangspunktet”

I: ”Du startede med at sige, at når lægen har stillet en diagnose, nu er det depression vi fokuserer på, så kan man godt sætte et lighedstegn mellem, at diagnosen bliver den styringspind, som du selv sagde for jeres sygedagpengeforløb i forhold til aktiviteter og de tiltag, I iværksætter?”

S: ”Jamen lige præcis, fordi alt efter hvad grad af depression, man har. Hvis man har en let depression, så siger WHO jo, eller er det Sundhedsstyrelsen, det kan jeg ikke helt huske. Men der har man jo nogle generelle anbefalinger for en let depression, at så er det faktisk rigtig fint, at man er i en tilknytning til arbejdsmarkedet. Nogle vil faktisk stadigvæk være i et fuldtidsarbejde, og nogle kan fint arbejde delvist, eller de kan være i gang med en praktik, så vi ligesom bevarer tilknytningen, og sideløbende med kører der så et behandlingsforløb, så man har det der gode parallelforløb, hvor vi sikrer, at der er en tilknytning til arbejdsmarkedet og samtidig, at der kan fås psykologhjælp og medicinsk behandling, som er med til at bedre den samlede situation. Så er det meget nemmere at komme rundt om borgeren, fordi det hjælper utrolig sjældent, at man er derhjemme.. Hele tiden, fordi det skaber angst for at komme ud, og det skaber isolation og altså, jeg tror ret meget på, at det at være ude på en almindelig arbejdsplads, hvor man har nogle kollegaer, man griner med, og alle de gevinster, der ligger i, at man har et tilhørsforhold, det mister man jo, når man går derhjemme”

I: ”Næste spørgsmål, det er stadig i samme forbindelse. Hvordan oplever du samarbejdet med de praktiserende læger, når borgeren får stillet en diagnose? Vil du

uddybe det gode og det dårlige samarbejde? Og det er i denne her forbindelse med, som du også beskriver, at I er meget afhængige af lægen og sundhedsvæsenet både i et sygedagpengeforløb, hvor man får en diagnose, men da også i særdeleshed, når det handler om diffuse lidelser, hvor man ikke bare lige kan stille en diagnose”

S: ”Jamen jeg synes, vi er lidt udfordrede på læger i vores kommune, fordi der ikke er nok. Og det betyder, at vi har fået sådan nogle regionsklinikker, hvor det simpelthen er læger, der tager sådan nogle turnusordninger på, hvor jeg tror det er seks uger de tager, så rigtig rigtig mange af vores borgere, har ikke den samme læge i et sygdomsforløb. Det trækker jo også lidt tingene i langdrag, og vi har også sådan nogle læger, som godt kan finde på at skrive til os ved, det er ved de diffuse. Vi føler os noget jagtede, jeg og patienten af jobcentret. Det er en vending, jeg så i sidste uge fx”

I: ”Så det skriver lægen i journalen eller statusattesten?”

S: ”Ja, lige præcis. Jeg tænker, hvis han skriver sådan, så tør jeg slet ikke at tænke på, hvordan de kan have talt om det, og det kan jo skabe utrolig meget sådan noget rysten i gravene mellem os og lægerne. Fordi dybest set så tænker jeg jo, at vi gerne vil det samme, vi vil gerne have en borger, som får det bedre. Men men, der er jo sådan en stor kulturtilstødning, eller hvad man nu skal kalde det, jobcentrene og rigtig mange læger imellem, som gør, at nogle læger synes, at det er utrolig synd, når vi tænker arbejde, når vi tænker beskæftigelse”

I: ”Du siger noget, der lægger sig op ad litteratur, der siger, det med at lægen kan få sådan en beskyttende advokatrolle over for sin patient i forhold til at beskytte borgeren mod jer, det socialfaglige system, hvis lovgivning siger, at vi har nogle tidsfrister, og du skal tilbage på arbejde”

S: ”Lige præcis, lægerne er meget omsorgsfulde og beskyttende over for deres patienter. Og det er jo ikke nogle rammer, som vi har lavet, det er nogle rammer som den, til enhver tids siddende regering, har lavet. Og så forvalter vi jo ligesom dem efter evne. Men vi gør det jo også for at.. altså jeg har da sådan en grundlæggende tro på, at det er godt for mennesker at have en værdi, ikke bare qua det, de er som mennesker, men også qua det, de laver. Vi hører jo ofte.. jeg har i en periode for nogle år siden haft kontroller af førtidspensioner, det vil sige, at man er blevet tilkendt en pension og så er den tilkendt i måske 3 år, og så skal vi tage den op igen. Og det borgerne, de siger, det er.. jamen jeg havde da ingen forventning om, at jeg bare blev

parkeret. Men det er jo det, der sker, fordi altså, så er der jo ikke nogen, der henvender sig til én, og man oplever også i sociale sammenhænge, at når man bliver spurgt, om hvad man laver. Jamen jeg er pensionist, så stopper samtalen faktisk, fordi så ved folk ikke hvad de skal stille op.. øhh jamen nå. Altså vi spørger jo ikke hinanden om, hvem er du så, vi spørger jo hinanden, om hvad vi laver, så derfor vil dét at være i en lille bitte grad af beskæftigelse altid være bedre end ingenting. Og det bekræfter jo også, hvor stor en del beskæftigelsen er af identiteten. Men altså, det er jo svært at sidde og sige til en borger undervejs i forløbet, fordi vi prøver jo at tale med borgeren om det, men det nytter jo ikke noget, at vi kommer og synes, at vi ved, hvad det gode liv, det er. Det er jo noget, som borgeren selv skal definere. Jeg vil også lige sige, at vi har altså utrolig meget konstruktivt samarbejde med nogle læger også, men det kan være utrolig svært at komme i dialog med lægerne, de er utrolig hægt op. Lægerne heroppe har 3 gange så mange patienter, som de har på Sjælland. Vi har jo ikke sådan for vane at kunne få dem med på rundbordssamtaler og den slags, fordi det har de simpelthen ikke tid til. Så det bliver jo meget et attest-samarbejde, vi har”

I: ”Bare med statusattester frem og tilbage?”

S: ”Lige præcis. Vi har også.. Det er bare lige i forhold til depressionsramte, der har vi også et samarbejde med psykiatrien. Og det er sådan et stort samarbejde, og det fungerer egentlig også fint, synes jeg”

I: ”Hvad gør det ved sygedagpengeforløbet, eller, borgerens.. altså det er selvfølgelig dine erfaringer med det, men hvordan oplever du at borgeren.. hvad får borgeren ud af, at I har det her tætte samarbejde med psykiatrien, som jo har fokus på den psykiske sygdom?”

S: ”Det giver sig selv, at jo tættere et samarbejde vi kan have, jo mere kan vi komme hele vejen rundt. Jo bedre er det for borgeren. Det samme gælder med hensyn til lægerne. Mere og bedre dialog mellem os og lægerne. Altså, psykiatrien konstaterer jo rigtig mange ting, som vi ikke gør her, fordi de har borgeren inde i en time til samtale. Og de har måske været indlagt. Og ja, de ved jo selvfølgelig meget mere om borgeren. Det er faktisk også min oplevelse, at psykiatrien ikke er så beskæftigelsesskræmte, som de praktiserende læger er, der har jeg egentlig bare indtryk af, at man nærmere angiver nogle psykiske skånehensyn, hvor de praktiserende læger ofte skriver noget

med førtidspension. Til trods for, at der står i det lægelige-kommunale samarbejde, at de ikke skal udtale sig om ydelser”

I: ”Så du vil egentlig sige, at det mest er den praktiserende læge, der har denne her angst for beskæftigelse, mens psykiatrien, der måske groft sagt, har mere viden om og indsigt i depressionsdiagnosen, at de egentlig er mere åbne over for at bevare denne tilknytning til arbejdsmarkedet under sygemeldingen?”

S: ”Ja, det synes jeg faktisk. På en eller anden måde. Det er egentlig min oplevelse. Med fare for at komme til at tale alt for meget.. Der er jo et forsøg der hedder IPS, jeg ikke ved, om I kender det? Det er et internationalt forskningsforsøg, som man kører, som går ud på at man tager folk direkte fra psykiatrien, altså det vil sige folk med maniodepressivitet og svær depression, og så placerer man dem direkte ud på arbejdsmarkedet i forbindelse med indlæggelsen. Man har simpelthen fundet ud af, at det der med beskæftigelse og tæt behandling selvfølgelig, går helt hånd i hånd, det er bare rigtig godt. Ofte så får vi jo at vide, at borgeren helst skal gå hjem og gå i noget tid og have ro og ro og ro, men det genererer altså ikke det overskud, som man tror... fordi den der ro, den er egentlig bare med til at skabe angst for at komme af sted”

I: ”Så roen, eller det der.. nu siger du skånehensyn, og det at lægen gerne vil beskytte borgeren mod presset fra jer og arbejdsmarkedet, så man kan få ro og gå derhjemme og komme sig.. at det egentlig ikke får den optimale effekt, fordi det kan føre til en frygt for arbejdsmarkedet i stedet for, fordi man kommer for langt væk?”

S: ”Altså, man kommer jo i massiv isolation. Altså, det er jo meget almindeligt at man angiver skånehensyn, både fra psykiatrien og fra egen læge.. Hvis man har en depression er det måske vigtigt, at man ikke er udsat for stress og pres og kan arbejde i et roligt arbejdsmiljø.. Der kan være mange rigtig gode skånehensyn, som vi kan tage til os og finde en lille rolig arbejdsplads og altså. Så jo mere specifik man fra behandlingssystemet kan være omkring, hvad borgeren har brug for, for at kunne være på arbejdspladsen, jamen jo bedre, fordi så har vi noget at arbejde med”

I: ”Så I vægter, eller du gør, ikke at skåne borgeren fuldstændig fra arbejdsmarkedet, men at tage hensyn til hvilke behov har han med hensyn til, at du så prøver at finde et arbejde der passer individuelt til borgeren?”

S: ”Meget. Det er det vi laver hele tiden. Det er ikke bare et klassifikationsarbejde. Bestemt ikke. Det er meget individuelt, hvordan vi strikker tingene sammen, og det er altid med udgangspunkt i de skånehensyn, der er beskrevet for den enkelte. For det er jo netop sådan, at hvis man har en depression, den kan jo se ud på mange forskellige måder og alt afhængig af, hvordan man er stykket sammen indvendigt, så har man nogle forskellige skånehensyn. Så man kan ikke sådan sige, at fordi man har en depression, så har man én type af skånehensyn. Det vil være individuelt. Det er ikke nødvendigvis alle, der skal være på et lille sted. En lille arbejdsplads fordi de har en depression fx. Men rigtig mange vil have skånehensyn over for nedsat tid og ingen stress og pres, fordi det kan være med til at forværre symptomerne”

I: ”Men I prøver i hvert fald, lyder det til, så vidt muligt at rette jer efter de her nye forskningsresultater i forhold til, at borgeren skal ikke for lang tid væk fra arbejdsmarkedet på trods af, hvad den praktiserende læge skriver i denne her statusattest?”

S: ”Ja, vi udfordrer jo også de praktiserende læger, når nu de skriver et eller andet.. Så ringer vi ned til dem og siger, jamen er du bevidst om, at vi faktisk kan stykke det sådan og sådan sammen? Så er der jo også mange, der siger, jamen okay, det lyder jo egentlig fornuftigt nok. Men det kræver noget mere dialog”

I: ”Så lægerne er faktisk, når I kontakter dem og informerer dem yderligere om jeres tilbud, så er de jo egentlig åbne over for det?”

S: ”Jaae, ikke allesammen. Der er nogle, der simpelthen synes, at vi er noget fanden har skabt. Nu, her d. 7. April skal jeg holde et oplæg for lægerne, det er jeg meget spændt på. Hvor jeg ligesom fortæller dem, hvorfor er det, vi skal have de lægeerklæringer, hvordan er det, vi anvender dem, hvad er det for en lovgivning og rammer, vi er underlagt. Og egentlig også lidt omkring værdierne omkring, fordi.. Jeg tror virkelig ikke... Selvfølgelig er der masser af mennesker, der skal have en pension, sådan er det heller ikke.. Og hvis de ikke kan, skal de selvfølgelig have en pension. Men det er jo ikke noget, vi bare skal give, fordi det er jo på mange måder en falliterklæring. Det er jo en måde at sige til et menneske på.. Jamen du kan så ikke bruges. Og hvis man så skal blive endnu mere kompleks, så kan man sige.. Jamen de her mennesker, de har jo også børn, og så vil de børn vokse op og ikke have en arbejdsmarkedsidentitet at spejle sig i. Altså, jeg tænker, at den sociale slagside, der er

ved at være uden for, den er så stor. Vi ser jo også mennesker som havde et lille misbrug, inden de fik en pension, de drikker jo sig selv ihjel, efter de fik en pension. Det er faktisk sjældent, at man ser den der opblomstring. Der er mennesker, der siger, jamen jeg har brug for fred, hvor det er, vi siger, jamen okay, hvad er det du har brug for fred for? Hvad ville du gøre, hvis du fik fred i morgen? Altså prøve at snakke med dem om det, ikke?”

I: ”Tror du, at det, de mener med fred, er fred fra, at socialrådgiveren ringer og siger, nu skal du deltage i det og det? Er det dét, de mener fred fra?”

S: ”Ja, det er så. Og når det så er sagt, så har vi sådan en aktiveringsstrategi, hedder det heroppe, at vi ringer ikke og siger, nu skal du sådan og sådan. Vi går ind og snakker med dem om, at den lovgivningsmæssige ramme er sådan, at hvis du ønsker en pension, så skal man have en arbejdsgivende afklaring, og det betyder praktik, hvad tænker du om det? Jamen, det er jo et langt stykke hen ad vejen borgeren, der selv skal træffe beslutningen om, hvad de vil. Vi skal arbejde på, at folk kommer tilbage i beskæftigelse, det giver sig selv, men de folk der sygemeldes, de er ikke nødvendigvis så langt fra beskæftigelse, men det kan de jo så komme undervejs. Altså, vi er ikke sådan en skruetvingeagtig i forhold til praktik, og det er vi jo så alligevel. Fordi nogle gange er konsekvensen, at der skal praktik til, ellers har vores borger ikke nogen forsørgelse, men der er noget omkring, hvordan man ligesom leverer de budskaber på. Vi siger ikke, enten går du i praktik, eller også har du ingen forsørgelse. Vi gør alt for at tale rundt om det og gør alt for at forsøge at opfylde de ønsker, borgeren nu måtte have”

I: ”Det er noget med at sikre borgeren og borgerens ønsker?”

S: ”Ja, det er noget, vi går utrolig meget op i heroppe. Fordi det giver sig selv, at hvis det er meningsfuldt for en borger at komme i en praktik, så bliver det en bedre praktik, og så får det en bedre effekt. Vi sender jo ikke borgere i praktik bare fordi, de skal af sted. Vi gør det jo fordi, der er et mål med det. Og de mål bruger vi jo også rigtig meget energi på at få defineret, jamen hvorfor er det, vi skal gøre det her. Er det fordi, du skal tilbage til a-kassen og skal præstere en eller anden form for rådighed, eller er det fordi, vi skal afklare om, du kan være revalideringsberettiget, eller er det fordi.. Altså der kan jo være mange mål med en praktik. Det er vigtigt, at man er enig om det mål, inden man går i gang”

I: ”I denne her øgede indsigt, I forsøger at give borgeren i forløbet, både i sin sygdom, det antager jeg, at man også får, i hvert fald gennem psykiatrien, men at I også sikrer borgerens indsigt i, hvorfor I forlanger eller forventer hvorfor de skal deltage i de her ting, det kan også have en positiv hensigtsmæssig effekt på jeres aktiviteter?”

S: ”Jamen fuldstændig afgørende faktisk. Fordi hvis man ikke forstår et eller andet, så har man også ulysten, fordi det, synes man, ikke giver mening. Men hvis man godt kan se, at dette kunne gå i en retning, der godt kunne give mening for mig, så er man også langt mere villig til så at sige, jamen okay så, så giver vi det en chance. Jeg er mega nervøs, og hvad stiller vi op med det? Jamen så kan det være, at vi aftaler, at så får man besøgt virksomheden nogle gange, inden man skal derud, og vi har måske en mentor derude, der følger op. Så man sådan kan fjerne noget af den ængstelighed, der er omkring at skulle ud, fordi den er sådan set elementær menneskelig, synes jeg, og forståelig”

I: ”Jeg tænker på denne her indsigt i forbindelse med, at du skulle undervise de her praktiserende læger, forestiller du dig, at en øget indsigt – gensidigt mellem socialrådgiverne og lægerne – altså, at I forsøger at fortælle lægerne om, hvorfor I gør, som I gør, og at det måske ikke behøves at være så firkantet, og at I har nogle individuelle tilbud, forestiller du dig at en øget indsigt i og kendskab til hinandens arbejdsområder og tanker bag, at det kan føre til et bedre samarbejde, eller et mere konstruktivt forløb med borgeren eller?”

S: ”Jamen helt klart, ja til det hele. Vores nyeste tiltag er jo at vi faktisk har ansat en læge i jobcentret, fordi vi jo rigtig gerne vil. Jamen dels skal vi jo bruge en lægekonsulent som lovgivningsmæssig forpligtigelse, og vi har også brug for en hjælper til at tolke lægelige begreber, men en stor del af hendes arbejde er faktisk også at være bindeled mellem os og lægerne, så vi er begyndt med, at når der kommer en eller anden mærkelig attest, og vi tænker, hvad skete der dér, så ringer hun ud til lægerne, for det er alt andet lige nemmere, når det er læge til læge, og vi oplever at...Vi kan i hvert fald se, at vi bliver taget mere vel imod, når det er hende, der ringer, end når det er os. Fordi der er simpelthen en eller anden form for respekt og anerkendelse, når det er en inden for ens fag”

I: ”Ja og de taler også samme sprog, altså inden for diagnosesprog og...”

S: ”Lige præcis. Og hun vil også begynde at se på, om vi anmoder om for mange attester. Så er der nogle steder, hvor vi faktisk... Kan man sige, belemrer lægerne med noget, som vi ikke burde gøre, det er noget, som hun skal være med til at observere”

I: ”Hvor I ikke ved bedre, fordi I har en anden referenceramme?”

S: ”Lige præcis. Det der er lidt uheldigt er, at nu er der nogle borgerorganisationer deroppe, der tænker, åh nu har de ansat en læge, og hvad skal hun nu, og det er til skade for os, men det er jo ikke anderledes end, at man i tidligere tider har haft ansat lægekonsulenter en dag om ugen, de var jo også aflønnet af os, ligesom lægekonsulenten er. Fordelen er bare at vi kan bruge hende meget bredere nu, og vi har virkelig ønsket om at blive dygtigere i forhold til borgerne, det er virkelig ikke, fordi vi ønsker at skade nogen. Vi vil bare gerne kvalificere vores arbejde bedst muligt og opnå det bedste mulige samarbejde med de praktiserende læger”

I: ”Ja, og I sparer tid og penge på ikke at rekvirere noget der ikke er nødvendigt, eller måske at det bliver mere gnidningsfrit?”

S: ”Jamen, og så noget af det, hun kan, som jo selvfølgelig alle lægekonsulenter kan, men det er det der med at få samlet det lægelige og få oversat det for os, som sagt på baggrund af de der.. Nogle gange så får man jo en journal fra sygehuset, hvor der faktisk står, at borgeren er døende af cancer, og det kunne vi faktisk ikke se, at der stod. Altså, så er det jo virkelig væsentligt, at man har en faguddannet, som kan sige, jamen der står faktisk. I udgangspunktet er vi jo på ingen måde sundhedsfagligt personale, vi er beskæftigelsespersonale”

I: ”Kan man sige, at jeres lægekonsulent, at hun måske sikrer, at I får større kendskab til sundhedssystemet eller lægernes arbejdsgrundlag, og I forsøger jo så at vise dem, fortælle dem tilbage, ved at undervise dem?”

S: ”Ja. Lige præcis. Vi har haft godt samarbejde, men vi har ikke haft på det overordnede plan... Der er noget, der hedder KLU, som er kommunalt-lægeligt udvalg, det er noget, som alle kommuner faktisk skal have, som er et samarbejde kommunalt, altså mellem kommunen og praktiserende læger. Det er dels ligesom for at begynde at nærme os hinanden, og vi har hyret psykiater til at komme og fortælle om psykiatrien, fordi vi får rigtig mange psykiske diagnoser.”

I: ”Så ud fra hvad du fortæller, lyder det som om, at i jeres kommune har det fået lov til at eskalere i forhold til, at I arbejder i hver jeres system, og samarbejdet har hængt i en tynd tråd, uden det KLU-udvalg, så der bliver et større og større skel imellem jer, hvilket jo så sandsynligvis ikke gavner borgeren og sygedagpengeforløbet?”

S: ”Et helt simpelt eksempel er, at lægerne skal bibringe en forståelse for, hvor vigtige, de der attester, er for os, fordi i lovgivningen står der eksempelvis, at hvis du skal kunne tildele en pension, en revalidering, et flexjob, så skal der forelægge en lægeerklæring. Hvis ikke den ligger, så må vi ikke træffe en afgørelse, og vi har sager, hvor vi har ventet 8 måneder på en erklæring. Vi får simpelthen ikke de erklæringer, og derfor kan vi ikke tildele borgeren ydelsen, hvilket jo kan ende med, at borgeren så ender på kontanthjælp, fordi vi jo så ikke har mulighed for at træffe en kvalificeret afgørelse, fordi der står i lovgivningen, at vi skal have den skide attest. Det her er et helt lavpraktisk problem. Og så kan vi ende med, at vi så efter 8 måneder får en erklæring, der er super dårligt udfyldt. Vi ender så med at træffe en beslutning alligevel, fordi vi er nødt til at hjælpe borgeren”

I: ”På grund af ventetid fra lægen, kan det risikere at ende med at borgeren ender på kontanthjælp, fordi tidsfristen på forløbet overtrædes eller hvad det hedder?”

S: ”Ja, det er en mulighed. Altså jeg kan virkelig godt forstå, hvis lægerne kan være hængt op og kan opleve det som om, at vi ringer hele tiden og kræver de attester. Men det er jo fordi, at man vælger fra lovgivers side at binde alting op på lægeerklæringer nu om dage. Altså engang der var der ikke de proceskrav, som det hedder, at før du må tage det næste skridt, så skal der ligge den og den lægeerklæring, sådan var det ikke engang. Der skulle det selvfølgelig være lægeligt belyst, men der stod ikke, at det skulle være den og den erklæring, og sådan er det jo blevet inden for de sidste 3 år, i sygedagpengeloven. Der er det sådan, at når vi holder den første opfølgning hos borgeren, så skal der vedlægges en bestemt paragraf, og hvis ikke den ligger, så følger den opfølgning ikke i vores system. Altså vi holder selvfølgelig samtalen, men vi må ikke sådan træffe nogen afgørelse i sagen før den ligger. Og jeg har fuld forståelse for, at lægerne bare bliver bombarderet, jeg tør ikke tænke på, hvor mange de får om ugen fra os. Og samtidig så tænker jeg engang imellem, så ansæt dog en socialrådgiver fordelt i 4 lægeklinikker og få hende til at komme og hjælpe med de attester, fordi hun ville vide hvad der skulle stå, så de ikke bliver bedt om så mange”

I: ” Men det, du siger med, at alting efterhånden bindes op på lægeerklæringer og lægeattester fra lovgivningens side i dag, tror du, at det kunne hænge sammen med en øget mistillid eller en øget bureaukrati, og alting skal testes og bekræftes og kontrolleres i forhold til, er det nu rigtigt, at borgeren oplever det og det, og skal hun nu have lov til at holde pause fra arbejdsmarkedet, eller hvad forestiller du dig der kan ligge til grund for at alt er afhængig af lægens syn/vurdering?”

S: ”Jamen, altså.. Vi lever jo i denne her diagnosetid.. Og for 8 år siden da jeg sad med det her, der synes jeg jo rigtig meget, at det var det sociale arbejde i forhold til det der med at et liv jo er mere end en diagnose. Så det blev meget sådan mig, der skulle lave den der profil dengang i forhold til kvalificering ud fra en helhedsorienteret beskrivelse af borgerens liv. Hvor det i dag, vi må jo skrive en udtalelse til rehab som rådgiver, det skal være baseret på lægeerklæringer og beskrivelser af virksomhedspraktikker og.. Altså der er taget rigtig meget ud af det sociale arbejde med den beskæftigelsesreform, der trådte i kraft. Men jeg synes, at det sociale arbejde på nogle måder er udvandet, fordi det er jo tit ikke lægen, der ved, at der er et misbrug derhjemme, det er jo tit os, der finder ud af det, fordi de møder fuld op i en praktik eller sådan noget. Og det er jo ikke fordi, at det ikke også stadigvæk tæller i en sag, men alting bliver ligesom bremset, hvis ikke man er diagnostisk udredt og tilstanden er stationær, og alle de der ting, som der står i lovgivningen, at tingene skal være”

I: ”Det fremkommer lidt som om, at diagnosens betydning er afgørende for et forløb? For hastighed og for hvor kompliceret det bliver og hvor let tilgængeligt det bliver for jer og lægen og borgeren? Et spørgsmål er nemlig også om du oplever, at diagnoser kan optræde som adgangsbillet til sociale ydelser?”

S: ”Men der er jo ingen tvivl om, som han også sagde, Anders Petersen, at der er ikke nogen allokering af offentlige ydelser qua diagnosticering, altså at der er en læge, der giver adgang til offentlige ydelser qua diagnostikken, og så bliver det til en diagnosejagt for rigtig mange. Og ikke fordi det er ydelsen i sig selv, men det er ønsket om det gode liv jo, fordi der sidder jo ikke nogle mennesker, der virkelig bare tænker, at nu skal jeg bare have den førtidspension, fordi det er en guldgrube. Det er virkelig ikke noget at stræbe efter, og det er jo det, jeg mener.. Hvad er det så, der gør, at man 1: er sat uden for arbejdsmarkedet rent socialt og rent aktivitetsmæssigt, nr. 2:

man er låst fast på en fuldstændig kontinuerligt lav ydelse, hvad er det, der gør for det der gode liv for en selv, altså det er virkelig ikke et ønskværdigt liv. Hvis man nu kunne have fået et lille flexjob, hvor man kunne have tjent noget, der ligner bare en almindelig løn, måske 21.000, stadigvæk lavt lønnet, men du har trods alt stadigvæk en løn, der er lidt nemmere at leve for”

I: ”Hvad er det, du tror, der gør, at det her ønske om det gode liv bliver forvekslet med ønsket om en diagnose eller diagnosejagten, altså forveksler borgerne ønsket om fred og det gode liv med at få en diagnose, fordi så får de fred eller sociale ydelser?”

S: ”Jamen hvis nu man er i en livssituation, hvor man ikke kan se sig selv i arbejde, fordi man har ondt, man lider på en eller anden måde, og at man tror, at det man har brug for, det er at være i fred, fordi så tror man på, at man får det bedre og vejen til så at kunne få fred, det er en diagnose, og det så er en pension fx, jamen så er det fuldstændig forståeligt, at man ser det som det lyksaliggørende”

I: ”Så det handler måske om, hvis man er sygemeldt med en depression, let, moderat, så er man så præget af sine symptomer og depressive tilstand, at man tror, at man har brug for fred, og man tror ikke, at man kan noget. Er det dét, der slører billedet i forhold til, at I faktisk, gennem de her nye resultater, du fortalte om, i starten, at I ved bedre, at I ved, at det faktisk gavner borgeren at komme tilbage, selvom borgeren tror at det ikke gør?”

S: ”Jamen det tænker jeg, og jeg tænker, at det giver utrolig god mening, at når man er i depressionens sorte hul, så kan man selvfølgelig ikke se, at dét at komme ud på en virksomhed, det kunne være det, der kunne hjælpe. Og det er jo heller ikke dét, der står alene, det er jo.. Vi har sådan nogle forløb, hvor stress og angst og depressionsramte som er, som det er en psykolog der kører, hvor han har et element af psykoedukation, og der er noget mindfulness, og der er noget træning, hvor man kan sige, jamen det kunne jo være første skridt alene til at komme af sted og få en almindelig hverdag. En dagligdag, fordi hvis man virkelig er ramt af depression, så er dagen jo også sådan, at man ikke nødvendigvis ruller gardinet op hver dag. Man sidder derhjemme i mørket, og jeg tænker, jamen er det med til at få en ud af depressionen? Nej det tror jeg simpelthen ikke på, at det er. Så skal man i hvert fald tro rigtig meget på medicin, hvis man tror, at den bare kan få tågen til at fordufte. Jeg tror virkelig på, at det med at man får en stabil hverdag, hvor man har lidt at stå op til,

og så kan det godt være at man skal hjem og trække sig, men dét at der er nogen, der ønsker en. Altså, jeg ved ikke om, det kommer til at lyde sådan lidt blomsteragtigt, men det er helt lavpraktisk, at vi skal hjælpe de her mennesker med at rejse sig igen med nogle passende krav. Vi skal selvfølgelig ikke sige, nu skal du lige ud på en virksomhed i 37 timer, det kunne være, at man skulle derud 2 timer om ugen samtidig med, at man gik ved psykologen, psykiater, eller hvad det var, men så er man ligesom heller ikke så bange for at gå ind af døren den dag, hvor man kan være der 20 timer. For vi oplever jo aldrig, at man går fra 0-20 timer på én gang. Men så er den der grænse brudt. Det er simpelthen med til at hive folk ud af suppedasen. Og jeg har da ind imellem folk, der siger til mig, hvor var det godt du troede på mig, hvor var det godt, at du blev ved med at insistere på at jeg kunne, men det er jo bare ikke, de sider der danner forsider og overskrifter, det er de mennesker der synes de er blevet krænkede. Og de er der jo også, men jeg vil næsten vove at påstå, at det er 98 % mod 2 %. Vi møder virkelig mange mennesker, som synes, at det har gjort en positiv forskel. Jeg havde et eksempel med en kvinde jeg havde i et sygedagpengeforløb med en depression, hun var leder af en børnehave og er det stadig den dag i dag. Hende mødte jeg i storcentret, og der kom hun og sagde til mig, hvor var det godt, at du troede på mig, at jeg havde noget at byde på”

I: ”Det lyder til, at denne her pressen på, på den lange bane kan bidrage til en lille smule øget selvværd hos de borgere, som jeg antager ikke har noget selvværd, når de er deprimerede i hvert fald?”

S: ”Nej, det har de ikke. Inden for det sociale arbejde taler man om det der med det vikarierende håb, det vil sige, at når man ikke har noget håb for sig selv, så er det os som socialarbejdere, der er det vikarierende håb for mennesket. Det synes jeg er et grundelement. Selvfølgelig tror jeg på, de mennesker, jeg sidder over for. Rent statistisk er det jo også langt de fleste mennesker, der kommer ud af en depression, som regel har man én depression i sit liv, og så har vi en meget lille restgruppe, som er monotont depressive hele deres liv, og det er jo så også de mennesker der ender med at få en pension eller et flexjob, men det er jo langt fra de fleste. Der er også rigtig mange mennesker, der får en depression, som de kommer ud af igen, helt almindelige mennesker, som du og jeg. Det er der jo ingen mennesker, som kan undsige sig vel, fordi vi kan blive pressede i vores liv og får aktiveret nogle ting, der så gør, at vi bliver syge. Og så ville jeg da rigtig gerne møde et menneske, der så

troede på, at jeg nok skulle blive til, om ikke den gamle xx, men en udgave af det jeg var”

I: ”Jeg ved godt, at du har berørt dette spørgsmål, men hvilken oplevelse har du af den lovgivning, du dagligt beskæftiger dig med, der skal hjælpe den sygemeldte borger tilbage i arbejde? Hvordan er den at arbejde ud fra og skulle forholde sig til? Hvordan ser du indsatserne i forhold til at følge borgerens behov/parathed?”

S: ”Som udgangspunkt synes jeg faktisk ikke, at der er ret meget galt med lovgivningen undtagen lige de proceskrav, jeg talte om med, at så skal der ligge en erklæring her og der. Men ellers synes jeg faktisk, at vi har en beskæftigelseslovgivning, som er lavet for de syge mennesker. Altså, det er ikke lovgivningen, der er noget i vejen med, det er nogle gange nærmere måden, hvorpå folk forvalter den. Og det skal heller ikke lyde sådan, at alle vores forløb, de kører bare super godt og alle rådgivere, de er fantastiske, fordi sådan er det selvfølgelig ikke, men jeg synes... Jeg sidder som faglig koordinator og giver faglig sparring til vores rådgivere, altså langt de fleste har altså hjertet på det rette sted, det må jeg sige, de har og det tænker jeg, er et rigtig godt udgangspunkt, når man laver socialt arbejde. Vi har faktisk ansat 3 psykologer i jobcentret også. Man får sådan et oplysningsskema, hvor der spørges til, hvorfor borgeren er sygemeldt, hvis der står stress, angst og depression deltager en psykolog ved den første samtale. Sammen med rådgiveren. Simpelthen for at sikre, at vi kommer hele vejen omkring, og at vi ikke får sat noget i værk, som er for bombastisk. Altså råd og vejledning om sygdommen, som psykologerne er bedre til end vi er”

I: ”Og igen lyder det som om, at I er meget bevidste om at sikre helhedssynet og hensynet til borgeren?”

S: ”Altså det er virkelig vigtigt for os, fordi ellers giver det ikke mening. Der er ingen af os, der bare er brudstykker af et menneske”

I: ”Et spørgsmål jeg også gerne vil stille dig. I hvilken grad oplever du, at samfundet er med til at skabe flere marginaliserede og syge borgere, der før i tiden måske ikke var blevet betragtet som syge?”

S: ”Altså det er jo simpelthen en kæphest for mig. Nu åbner du virkelig pandoras æske. Det er jo et sted, hvor jeg virkelig synes, at tingene eskaleres fuldstændig

vanvittigt og i en uhensigtsmæssig grad. Fordi vi sygeliggør simpelthen hinanden, fordi man ikke længere kan acceptere, at borgere er mennesker, at de er kede af det, fordi de fx har mistet en ægtefælle. Det bliver pludselig til en diagnose, der hedder et eller andet med psykisk belastning. Og så bliver man fyldt med alt muligt psykofarmaka, fordi nu skal man repareres. Jamen jeg tænker, hun er i sorg, og det er fuldstændig reelt og i orden, at hun er det. Lad nu være med at gøre det til noget forkert. Hun får jo en opfattelse af, at jeg er jo blevet syg af det her. Vel er du ej, du reagerer fuldstændig naturligt på at miste et menneske, du har elsket.. Altså og det er jo én tendens. Jeg synes, der er rigtig mange mennesker, der bliver diagnosticeret med en let depression, hvor jeg tænker, at de reagerer på at have haft et dårligt liv, en skilsmisse eller... hvor jeg tænker, jamen de er kede af det, og det synes jeg er forståeligt og naturligt, men så bliver det pludselig sygt. Jeg ville jo hellere, at vi var mere favnende over for hinanden og på arbejdet kunne rumme, at der var en der græd lidt i krogene over at have mistet den her mand, eller hvad det var. Selvfølgelig trækker man måske stikket i 3 uger, men man skal jo ikke have trukket stikket i 3 år”

I: ”Handler det om, at der mangler en større tolerance og accept i vores samfund af, at man gerne må være ked af det og komme på arbejde uden, at man nødvendigvis skal leve op til de her krav, der er til os mennesker i dag om at være konstant under udvikling og selvrealiserende og kurser, og vi skal det ene, det andet og det tredje. Måske er det også okay at bidrage halvt på arbejdsmarkedet? At man ikke skal leve 100 % op til det hele?”

S: ”Vi har jo rigtig mange arbejdsgivere, der siger, jamen hun skal først komme tilbage, når hun er frisk, jamen og hvor jeg er nødt til at sige... Jamen det der frisk, det er jo ikke bare, det er jo en linje, hvor man så bliver mere og mere frisk. Jeg klarer jo mit arbejde fint, men jeg kan da ikke skrive under på, at jeg er 100 % frisk hver dag, det er der ingen mennesker, der er. Vi kan ikke alle sammen lave kager med fondant hver dag og samtidig præstere 37-40 timer på arbejdsmarkedet og være en god kone, vi kan ikke mønstre det præstationsræs, som vi bilder hinanden ind, at vi skal. Jeg ville egentlig ønske, at vi kunne framelde os selv lidt mere, altså jeg synes, at det er sådan en falsk virkelighed jo, fordi det er jo ikke sådan hjemme i almindelige danske hjem”

I: ”Det er vel også en lige linje til det, som Svend Brinkmann og Anders Petersen taler om med de her samfundsmæssige krav, at alting skal være perfekt, og de der ikke er, nu tænker jeg på, at man ikke lever tilstrækkeligt op til alle de her krav, og så bliver man ked af det og føler sig deprimeret og får en diagnose, for idet man ikke lever op til det, så er man jo afvigende og kan ikke deltage og være en acceptabel borger, men så behandler vi, så man kan være frisk til at deltage 100 % i det hele igen?”

S: ”Ja, så du kan komme ind i præstationsræset igen. Og det er jo alt ammen skabt ud fra den forudsætning som jeg jo mener er falsk, det med at vi jo alles ammen løber maraton, og vi jo alle sammen laver de der kager, og at vi jo alle sammen arbejder helt vildt og skal præstere flot på vores arbejde, og det er der jeg tænker, det er jo os alle sammen der gør det, og de mennesker, der så bliver ved, og hvor barren er sat fuldstændig umenneskeligt højt, jamen de vælter jo. De bliver syge og selvfølgelig gør de det, for det er jo ikke meningen at man skal præstere på den måde”

I: ”Brinkmann prøver at forklare denne udvikling i samfundet. Han har to forklaringer og den ene er, at der er den her patologiserende tendens, at vi sygeliggør almindelige menneskelige træk, og så har han en anden forklaring, at det simpelthen er et stigende krav, der giver et stigende antal syge borgere, fordi vi ikke kan honorere det. Det lyder på dig som om, at du er tilhænger af en blanding af de forklaringer?”

S: ”Jamen det er jeg også, men jeg hælder helt klart mest til, at vi ikke er syge syge, men at vi reagerer sundt på noget unaturligt. Og så er man altså ikke psykisk syg, så er man altså meget psykisk sund, fordi man ligesom har evnet at sige, okay det her det skal du ikke. Og så er jeg bare ked af, at så går man ned, og så bliver man fyldt med alt muligt psykofarmaka, fordi nu skal man repareres, i stedet for at man ser på, hvad er det for et liv, jeg har valgt at leve. Og det er jo også derfor, at mange ikke kommer helskindet ud på den anden side, det er fordi de jo ikke har forholdt sig til det der liv”

I: ”Men på overfladen, når man så bliver repareret af psykofarmaka, af psykolog med fokus på at man er deprimeret, så.. statistikkerne de viser jo så at så er man tilbage på arbejdsmarkedet og så deltager man igen, men som du siger så skulle man måske mere dykke ned i hvad det er der gør, at man har det som man har det, så det ikke bliver sådan en spiral, at man så 5 år efter igen er sygemeldt og man fik egentlig ikke taget fat om roden af problemet?”

S: ”Ja og så prøv at omfavne det lidt, at i stedet for at føle et nederlag ved at sige, jamen okay, jeg kan ikke både blæse og have mel i munden. Dem, der så gør det, jamen de føler det jo også som et massivt nederlag i stedet for at sige, jamen jeg har faktisk prioriteret at være et glad menneske, som kan fungere på rigtig mange arenaer, men ikke på alle. Det vigtigste må være, at man laver noget man er glad for, og som man synes giver mening”

I: ”Er der andet du kommer til at tænke på, når vi snakker om samarbejde mellem systemer og diagnosevækst.. og sygeliggørende?”

S: ”Jeg tænker faktisk ikke, at jeg kan komme i tanke om mere, nu har jeg også talt længe, haha”

9.5 Transskription – Interview 4 (praktiserende læge)

I denne interviewguide ser spørgsmålene anderledes ud end i den oprindelige interviewguide. Vi har anvendt en semistruktureret spørgemetode, hvor det hverken har været en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema (Kvale & Brinkmann (17)). Derfor har vi holdt os til de oprindelige emner, men har i høj grad forfulgt emner hos informanten som vi har fundet det relevant at dykke dybere ned i.

I: Interviewer

J: Jens (navnet er fiktivt, da informanten optræder anonymt)

Jens er 57 år og har 22 års erfaring som praktiserende læge.

I: ”Vi starter med første spørgsmål. Flere psykologer taler om en sygeliggørende tendens i samfundet, hvor antallet af psykiatriske diagnoser er eksploderet. Kan du nikke genkendende til det i din praksis?”

J: ”Altså, et kort svar, det er ja. Altså det er ikke så længe siden, at vi havde en reform af hele området, hvor der kom denne her ressourcecetering.. Ressourceforløb. Der hed det sig jo, at nu skulle der ikke længere lægges vægt på diagnoser og på lægelige udtalelser så meget. Så man skulle se på patientens ressourcer og ikke patientens begrænsninger. Borgerens hedder det, og jeg synes, at behovet for lægeerklæringer er eksploderet stort set siden dengang, altså det er gået den anden vej, så der er meget mere fokus på, hvad patienten fejler og netop det der med, at der er rigtig mange, der føler et behov for at få en diagnose, fordi så fejler man noget rigtigt. Og når man fejler noget rigtigt, så åbner der sig nogle døre. Sådan er det.”

I: ”Så det vil sige, at denne her forandring med ressourceforløbene, dengang den blev implementeret, der var hensigten, at man skulle se mere på det hele menneske og på deres evner, frem for diagnosen, men du oplever at det så er gået modsat?”

J: ”Jeg synes ikke, at det er blevet markant anderledes, jeg har ikke nogen statistik på, hvor mange attester, jeg skriver i forhold til dengang, men det er i hvert fald ikke mit indtryk, at det er blevet færre, der ligger ofte anmodninger om attester i indbakken”

I: ”Du var selv lidt inde på det, eller har berørt det i forhold til, at diagnoser de giver adgang til nogle ting, og vi har et spørgsmål, om du oplever, at diagnoser kan optræde som en slags adgangsbillet til sociale ydelser?”

J: ”Ja, altså jeg kan i hvert fald, det må jeg sige indirekte ja til, for jeg kan i hvert fald se, at manglen på diagnoser gør det sværere, det et mit indtryk. Så hvis en patient har en eller anden sådan rimelig alvorlig diagnose, end hvis man ikke har det, så er det i hvert fald nemmere. Hvis man har en akut belastningsreaktion eller er spændt for på mange måder og belastet i mange sammenhænge, det er ikke ligeså godt, som hvis man har en rigtig depression. Fordi den rigtige depression, så er de jo syge og skal have medicin og sådan noget, men det er de samme problemstillinger den patient har, som har fået diagnosen depression som hvis man har belastningsreaktioner, fordi ens alt-mulig kan være død, eller fordi man har været udsat for nogle ubehageligheder på sit tidligere arbejde, eller hvad det nu er. Men man reagerer med sådan en belastningsreaktion, men ikke som en egentlig depression. Altså man kan ikke stille diagnosen. Altså hvis man gør sig umage så kan man sige, du har jo ikke en depression, men du er spændt hårdt for. Men der er det, den der har den dér spændt-hårdt- for- titel-tilstand, har det nok sværere med at komme igennem nogle ting, end den der bare kan gå blankt igennem med en depressionsdiagnose. Altså, det er mit indtryk. Og derfor tror jeg også, at der bliver sådan en tendens til også, det kan jeg da mærke på mig selv, jeg kan da godt få denne der følelse af, at det var nemmere, hvis man nu siger. at vedkommende har en depression, så er vi jo kommet meget længere”

I: ”Sådan, ikke at du diagnosticerer uden grund, men at man sådan føler sig fristet..?”

J: ”Naarj...men altså på den måde, at hvis man er en lille smule kritisk over for den måde, man arbejder, fordi ud fra sådan en teoretisk betragtning, så kunne jeg aldrig drømme om at gøre det, men i den konkrete situation, så vil jeg jo nemt kunne tænke, jamen det kunne jo også godt være en depression det her. Det kunne jeg da godt få mig selv til at se og så ligesom... Men nå ja, så er det dét. Og så er det meget nemmere at forklare sagsbehandleren, socialrådgiveren, at det her er jo en depression, og det kræver de og de skånehensyn og det. Og det behandlingsforløb og den.. og den sygemelding, eller hvad det nu er, i stedet for at sige, jamen han har haft det lidt hårdt. Øh nå, jamen, hvem har ikke det? Og så tror jeg også. Altså der er også en diagnosekultur, altså der er jo rigtig mange ting, som før bare var noget man var.

Altså så kunne man være lidt sær eller lidt anderledes eller sådan noget. Det hedder noget i dag, ikke? Og det er ikke fordi, det kan også være godt. Altså sådan en helt enkel ting som Asbergers syndrom, det er jo sådan noget, som var stort set ukendt for 30 år siden. I dag er der rigtig mange der har det, og det er nok i virkeligheden udemærket fordi det giver sådan et fællesbegreb og en forståelse for, hvad er det her for noget, og hvad det er for nogle vanskeligheder, de her mennesker kan have. Så ved at sige det, så udløser det straks et billede af, jamen det er sådan en her. Det er fordelen, men det er også svagheden, fordi så putter vi jo alle mulig mærkelige ting ned i sådan en bestemt kasse og så siger vi Asbergers og så tænker vi måske i virkeligheden ikke helt det samme. Så der er nogle gode ting ved at få tingene puttet i kasser, det kan være udemærket, men man skal bare passe på, at de kasser ikke bliver alt for firkantede, fordi så propper man nogle derned som egentlig ikke passer til formen”

I: ”Jeg tænker, det du siger med diagnosens funktioner i forhold til, at hvis man virkelig er deprimeret, så kan det jo opleves som en lettelse at få den, og det er en forklaring til omverdenen, til arbejdspladsen og til socialrådgiveren, men omvendt kan det måske også fratage for meget ansvar fra nogle, der måske ikke helt har det i forhold til at der ses en tendens til at sygeliggøre mere..”

J: ” Jamen det tror jeg, der er faktisk også nogle, der kommer, det er ikke så længe siden, at jeg havde en, der blev lettet over, at jeg sagde, jamen jeg tror ikke, at du har en depression, jeg tror bare at du har det svært lige for tiden. Og det var hun glad for, fordi så var hun jo ikke syg. Men hun var også i en lidt anden situation, hun havde været meget bekymret for, om det nu var en depression, for det ville hun være ked af, og det siger jo også lidt om, at der er noget stigmatisering i det der med at få nogle bestemte diagnoser. Og vi ved jo, at du kan ikke få en livsforsikring, hvis du har fået diagnosen depression. Det kan du ikke. Hvis du i forbindelse med, at du skifter arbejde og sådan noget, skal have en livsforsikring hos et nyt forsikringselskab, og du så i mellemtiden har haft en depression som i, at jeg har været behandlet med antidepressiv medicin i 6 måneder pga. det og det, så kommer der besked til lægen om, om det har noget på sig. Og så skriver man, at det er rigtigt nok, hvis det er dét diagnosen er, og patienten har fået medicin og har det glimrende nu, og der er ikke nogen selvmordstanker. Der har man simpelthen valgt at sige, det er værre end

sukkersyge eller hjerte-kar-sygdomme eller sådan noget, det er på linje med kræft altså, så kan du ikke få en livsforsikring, det er alt for risikabelt”

I: ”Så dén funktion har diagnoser også?”

J: ”Yes. I høj grad. Så man skal være meget påpasselig med ikke at stille diagnosen, heller ikke for at være flink, fordi dét, der hjælper dig i ét system, det skader dig i et andet system. Så det skal man bare være klar over, at det der ser godt ud nu, som kan være en hjælp til at komme lettere igennem et eller andet, det kan være en stor belastning i en anden ting. Altså dét ikke at kunne tegne en livsforsikring, det er meget alvorligt. Ligesom, at der også kan være nogle arbejdsgivere, der vil sige...aarh det er måske ikke, så tager vi ham den anden”

I: ”Også fordi at samfundet er blevet så præstationspræget og vi skal præstere 100 %?”

J: ”Ja, der er ikke plads til de der skæve ting, der er ikke plads til, at man engang imellem er nødt til at tage et par dage væk eller kun arbejde lidt”

I: ”Og det er jo dét, der fungerer så godt ved, at man kan behandle, fordi det samfundet ikke ønsker, kan vi jo rette op på eller reparere?”

J: ”Ja, nemlig. Men jeg er da glad for, at du siger det der med, at vi ser det hele menneske, for det er jo sådan dét, vi prøver at slå os op på, og det vi prøver at være. Det er dem, der ligesom kan se patientens samlede situation. Og vi ved godt, at det kan godt være, at hun drikker lidt for meget, eller at han ryger lidt hash engang imellem eller sådan noget, men vi ved også godt, at der er en masse andre kvaliteter, og lige nu er der noget med, at der er en fætter, der har en alvorlig kræftsygdom, som også påvirker ham. Så, det ved vi jo fordi, vi kender vores patienter, og det er sådan noget, vi kan bruge. Altså det bliver sådan noget uspecifikt noget, som man i kommunen ikke rigtig regner med. Altså nårh jaja, det holder jo ikke helt, hvis vi skal ud i en attest. Det kommer ikke sagen ved. Hvad fejler man, det er dét der er brug for. Så, vi vil have nogle lægeoplysninger, vi vil ikke have det der snik-snak. Og der skal også helst stå en konklusion, fordi det bliver også lidt en facitliste, ikke? Altså okay, han fejler dét, hvad er det så for nogle skånehensyn, og hvor længe. Er det varige skånehensyn, og er der andre ting, vi skal gøre i denne her sammenhæng. Altså der er sådan meget lineær tænkning i socialmedicinen efterhånden”

I: ”Tænker du ikke også, at denne her lineære tænkning, at det er med henblik på at vurdere arbejdsnedsættelse eller funktion, altså hvor meget kan borgeren?”

J: ”Jo jo, amen det handler det jo om, det er jo dét der er deres opgave kan man sige, det lægges der jo heller ikke skjul på. At de skal finde ud af, hvordan vedkommende fungerer i forhold til arbejdsmarkedet”

I: ”Oplever du nogle patientforløb eller behandlingsforløb med borgere, hvor de har diffuse lidelser eller er triste, belastede af en eller anden grund, men ikke deprimerede. Og sygemeldte. Og så går der jo 8 uger og så skal man møde op i jobcentret, eller sygedagpengehuset. Oplever du, at sådan nogle sygemeldinger kan blive mere lange og komplicerede, fordi det er svært at stille en diagnose, fordi at der ikke er noget at tage og føle på for socialrådgiveren, da man afventer udredningen, eller du ikke helt ved det, vi venter og ser?”

J: ”Jamen altså, det der med at vente og se, det er ikke så godt. Det er jo netop fordi, at der er de, der terminer hos socialrådgiverne, altså der er de der 8 uger, hvor man derefter skal komme til kontrol, og hvor der skal forelægge en eller anden handleplan, og så skal vi i gang med et ressourceforløb eller et eller andet andet. Så der skal vi helst have nogle lægelige oplysninger, der passer ind i det, men det er jo ikke altid, at vi kan det. Det er jo ikke specifikt, så nogle gange må vi sige at, jamen det er jo sådan livet også er, så det må vi vente og se. Og det duer ikke rigtig, det er ikke sådan, det der med at vente og se, det er ikke godt for dem. Altså for socialrådgiverne, fordi det kan de ikke bruge til noget i forhold til de krav, de har de skal leve op til”

I: ”Det er også med til at fortælle, hvordan det så modsat er med et depressionsforløb?”

J: ”Ja ja, det kan man sige ja. Altså det er sådan en regelret organisation, det ved vi jo også, altså det er jo også rart, fordi det går som regel bedre, altså det går sådan mere ud af landevejen, fordi der sætter man en behandling i gang, og der er et tidsforløb i det og sådan, altså det er sådan meget nemmere at sige noget om, så på den måde giver det god mening. Det er også meget rarere, når man kan sige dét, frem for noget, der er lidt fluffy, fordi der er så mange faktorer der spiller ind. Også at patienten kan få det godt igen. Hvis bare jeg kan give noget medicin og give nogle samtaler eller henvise til en psykolog, så ved vi nogenlunde, at det går rigtig godt i de fleste tilfælde inden for nogle måneder. Men når det så er uafklaret, hvad det her egentlig er for

noget, hvad det egentlig skyldes, og hvad skal der egentlig til for, at du kan få det bedre, så kan det blive rigtig svært. Og det kan altså nogle gange trække ud i alt for lang tid. Så der er jo også noget reelt i det, at det er rart at vide, hvad er det her for noget konkret, fordi så er der noget konkret behandling. Men der er altså også nogle ting der, sådan omkring angst fx, altså det kan godt være at vi giver diagnosen, men angstsygdommen er også noget, der kan trække helt vildt lang tid ud. Og hvor man kan sige, at også langvarige psykologforløb ikke har nogen effekt på det, altså folk der bliver ved med at være lige angste, selvom de snakker om det fra morgen til aften”

I: ”Hvordan vil du generelt beskrive samarbejdet med socialsystemet?”

J: ”Jamen altså generelt, synes jeg egentlig, at det fungerer okay. Det synes jeg, det gør. Altså når man lærer, nu har jeg været læge i mange år...når man lærer at navigere i det der farvand, der hedder attester, og når man lærer at svare på det, der bliver spurgt om, og når man lærer kun at svare på det, man kan stå inde for som læge, og ikke sådan et eller andet ønske om at skåne patienten. Et ønske som ligger udtalt i anmodningen om attesten er, kan vi ikke snart få ham her i arbejde igen eller sådan noget, hvis man lærer at droppe dét, så er det fint, så kan jeg godt lide at skrive attester egentlig. Og belyse tingene sådan lægeligt. Og i mange tilfælde har jeg et godt samarbejde med socialrådgiveren, som man kan ringe, til eller de ringer til én, det synes jeg godt om, jeg kan godt lide det samarbejde. Og det er vigtigt med godt samarbejde”

I: ”Har du oplevet, at du nogle gange føler dig presset af dem, i forhold til de her forløb, der trækker ud og man ikke ved og, du vil gerne vente og se an, men det har de ikke tid til. Altså, føler du dig begrænset af deres tidsfrister og deres lovgivning?”

J: ”Ja, det kan jeg godt sige. Altså det sker da nogle gange. Men der må man så være voksen nok som læge til at sige, jamen det kan jeg ikke, altså. Men det er klart, at de prøver nogle gange at presse lidt på for at få en eller anden løsning, og kan vi ikke finde ud af noget, og så ved man jo godt, når man har været med i så mange år, hvordan er det nu lige.. Er det 52 uger vi har eller hvad snakker vi om? Altså når det kommer langt ud i sådan et langt sygemeldingsforløb, og det er jo også vigtigt for patienten at komme tilbage og på en eller anden måde finde en løsning på det, så. Jo nogle gange er der nogle der presser og også urimeligt, men det er ikke reglen, det synes jeg faktisk ikke, det er. Jeg tror også, at der er mange socialrådgivere, som føler

sig presset selv. Altså de sidder og skal implementere et eller andet, som de egentlig ikke har det specielt godt med, fordi de ved sgu godt, at denne her patient ikke får noget ud af at komme i et ressourceforløb, eller hvad er det nu for noget, fordi man har ikke noget reelt ordentligt at tilbyde vedkommende, så jeg tror lidt. Hvis man tænker på det som den frustration, så kan man godt leve med det pres”

I: ”Specielt socialrådgivere og deres forskningsresultater beskriver, at det er vigtigt, at man bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet under længerevarende sygdom og sygemelding, mens en del læger mener, at man skal have pause fra ræset for at kunne komme sig. Socialrådgiverne har nogle nye statistikker eller tal, der viste, at allerede efter nogle måneder, blev det svært at komme tilbage”

J: ”Jeg har hørt 8 uger. Altså allerede efter 8 uger og en eller anden psykisk tilstand, så er risikoen for aldrig at komme tilbage kæmpe stor. Men det er jo rigtigt, og det har været kendt et stykke tid, og der er det så nogle gange, man tænker. Hmm, jamen er det fordi, det reelt medfører en kronificering, altså at man bliver kronisk syg af denne her tilstand, eller er det fordi man ryger ud af arbejdsmarkedet og så har svært ved at komme ind igen? Eller er det simpelthen bare fordi, at det her viser sig at være en kronisk sygdom? Altså skizofreni fx, jamen det bliver man jo ikke sådan rask af. Der er rigtig mange, som er syge, og som har så mange bivirkninger af det, at de ikke kan gå på arbejde. Så er det dét, der betyder noget, eller er det dét, at man ikke har været på arbejdsmarkedet et stykke tid og derfor har svært ved at komme tilbage igen. Det ved jeg ikke, men jeg tænker lidt at det er en kombi mellem de to ting”

I: ”Men du mener, at en kortvarig pause er hensigtsmæssig og nødvendig? Det er selvfølgelig individuelt”

J: ”Ja, det er sgu meget individuelt. Jamen nogle gange er det jo oplagt, altså folk de bliver jo syge og kan ikke gå på arbejde, det ligger jo i sygdomsbegrebet, det er jo uarbejdsdygtighed. Så også når vi taler om psykiske ting, så betyder det jo også, at man ikke kan håndtere det pres. Altså stress er jo ikke sådan en rigtig psykiatrisk diagnose endnu, men det er jo nok det, vi ser allerflest sygemeldinger med efterhånden. Dét, at man ikke kan håndtere de udfordringer, så nytter det jo ikke noget at sende folk på arbejde altså. Hvis de har hjertebanken og tynd mave, hver gang de tænker på at skulle på arbejde, så er det måske ikke lige dét, man skal. Så det er klart, at der er nogle, der ikke skal være på arbejde, det er indlysende”

I: ”Vi snakkede lidt om det tidligere, den her patologiserende tendens, eller i hvert fald forskel på hvordan vi diagnosticerer og opfatter sygdom. Nu har jo, som du sagde, været læge i mange år. Oplever du en forandring i patienternes interesse for at få en diagnose?”

J: ”Jaae arh, det ved jeg ikke, nu har det nok altid været der, men hele samfundet er jo blevet mere obs på, at det skal hedde noget. Dét der med at gå til psykolog, det er jo en ret, i gamle dage var det noget man var flov over”

I: ”Og der var måske også mere mystik forbundet med det?”

J: ”Ja og det er nok væk. Men...og jo jo jeg tror, altså der er jo rigtig mange, der gerne vil have diagnoser for alt muligt og ikke kun inden for psykiatrien, men altså nu. Førhen der kunne vi godt sige til folk, der havde sådan en oppustethed og ondt i maven, at det var nok irriterende tyktarm, men nu skal vi jo være sikre på, at det ikke er cøliaki eller...hvad har vi ellers af ting, man ikke kan tåle at putte ned i sin mave? Det skal hedde et eller andet, og det skal helst være sådan lidt fancy, så ja der er stort behov for diagnoser”

I: ”I hvilken grad oplever du at samfundet er med til, at skabe flere marginaliserede og syge borgere der før i tiden måske ikke var blevet betragtet som syge?”

J: ”Amen det er jo lidt det, jeg sagde før, at førhen var folk bare lidt sære, altså nu. Jeg har også haft praksis ude på landet, før jeg kom herind, og de der lidt sære nogle, folk som garanteret havde et eller andet syndrom eller havde en psykisk sygdom, de kunne godt gå og feje gulve nede hos den lokale tømrermester, eller have et eller andet job på skolen eller sådan...uden at man behøvede at stille en diagnose på dem. Alle vidste godt, fordi man havde gået i skole med dem, og de var jo ikke særlig velfungerende, og de var sådan lidt sære, men de var ellers okay, så fandt den lokale tømrermester jo en plads til dem, eller hvad det nu var, ikke? Det går jo ikke længere, altså nu skal man helst have været udredt psykiatrisk. Er patienten tilstrækkeligt udredt? Ja, det tror jeg, fordi der kommer ikke noget ud af at gå videre vel? Men i dag så skal du både til psykiater og neurolog helst, fordi det kunne også være noget neurologisk”

I: ”Og det kommer på banen så snart man ikke kan 100 %, ligesom alle de almindelige?”

J: ”Ja ja...ja det tænker jeg. Det vil det i høj grad gøre, fordi altså, det er nemmere dét der med at håndtere folk, hvis de har en diagnose”

I: ”Er der andet du kommer til at tænke på i denne her forbindelse?”

J: ”Hmm...jeg har mange ting jeg kommer til at tænke på, men det...haha. Men...jamen det er jo sådan vi alle sammen oplever det tror jeg”

I: ”Jeg har faktisk et spørgsmål, jeg lige kommer i tanke om. Vi har hørt, at det hele i dag bliver bundet op på lægeerklæringer og lægelige attester og lægens vurdering, altså at I bliver omdrejningspunktet for det hele eller nøglen til, at man kan komme videre, og sådan var det ikke engang?”

J: ”Jo, altså det var det jo, fordi Mette Frederiksen lavede jo om på dét der, da hun var socialminister, og så skulle vi jo have den her, det her ressourceforløb og ingen måtte få førtidspension heller, altså hele den der reform, der var omkring sociallovgivningen på det tidspunkt, og der var det netop, at nu skulle diagnoser ikke fylde noget og altså. Det er jo ikke 10 år siden. Fordi nu, nu, altså lægernes ord fyldte alt for meget, væk med det, og jeg tænkte fedt, så er vi fri for det, fordi så er det ikke vores problem. Men der er sket det stik modsatte, det tror jeg er rigtigt, men det har altid fyldt meget, og det har altid været det, man kunne ty til, altså hvis lægen siger det, så er det nok rigtigt, medmindre vi har set os sur på patienten, og så skal de i hvert fald ikke have den her førtidspension. Vi har jo alle sammen set de der sager, hvor folk klager og klager og så til sidst, så får de jo ret, fordi det er åbenlyst urimeligt. Eller hvad det nu er”

I: ”Kunne det nogle gange handle om, at samarbejdet mellem systemerne ikke altid fungerer SÅ godt, kunne det handle om at I heller ikke kender så meget til socialsystemet? Jeg kan høre, at lige dú har stor indsigt i socialrådgivere, men det er måske ikke alle der har det og omvendt. Vores anden informant, en socialrådgiver, fortalte om at de har fået sådan en lægelig konsulent, en slags formidler imellem socialrådgivere og læger”

J: ”Altså det er fuldstændig skørt. Det der har jeg hørt, altså jeg synes det er, det er virkelig risikabelt, fordi nu sidder der så bare endnu en sagsbehandler, som tilfældigvis også er læge og vurderer, at det behøver vi ikke spørge en læge om det der. Jamen altså, oplægget var sådan lidt mystisk. Der er jo udannede lægekonsulenter

i socialmedicinsk enhed, jeg kan slet ikke forstå at x-kommune ikke bruger dem i stedet for, det der virker mærkeligt. Det synes jeg det gør. Det er ikke den måde, vi skal bedre samarbejdet på, vi skal møde dem og vi skal se nogle ansigter, bortset fra at socialrådgiverne hele tiden skifter, fordi ingen kan holde ud at være i jobcentrene. Det er så, hvad det er. Men det er rigtig nok, jeg har været meget inde over kommunen, og jeg har faktisk også været lægekonsulent i x- kommune før jeg kom herind. Der er rigtig mange kolleger, som ikke synes, at det her det er fedt, og som føler sig sådan bundet op på, at der forventes et eller andet, som de ikke kan gennemskue, hvad er, og de er bange for at forråde patienten, og de er også bange for at skrive noget. For meget af et eller andet, men altså det er dét, jeg mener. Man skal læse, hvad der står på anmodningen, og så skal man svare på de spørgsmål ud fra en lægefaglig viden og så ikke mere. Altså hvis man kan holde sig til det...nogle gange så kan man sige, det giver ikke mening det, I spørger om, altså det skal man også være hård nok til at sende tilbage og sige, dét der, det forstår jeg simpelthen ikke. Der er også nogle socialrådgivere som ikke...altså så er man nyuddannet, eller hvad det er, så stiller man et spørgsmål, hvor man siger. Jamen det spørgsmål giver ingen mening, altså jeg forstår virkelig ikke, hvad det er du vil med det her, så det bliver du nødt til at omformulere, af sted med den. I stedet for at tænke...det var nok dét her, de ville have svar på. Men det ved du ikke, om det er, det kunne ligeså godt være noget andet”

I: ”Tænker du at lægekonsulenten bliver for partisk, altså tager for meget parti?”

J: ”Ja, altså jeg tror lidt...altså man skal passe på, hun skal også passe på med at kloge sig. Altså hvis hun siger, at vi ikke behøves at indhente så meget, så mange lægelige oplysninger. Det kan godt være, at hun har ret, men det burde socialrådgiveren egentlig selv kunne finde ud af, hvad kræves der i det her tilfælde. Nogle gange får vi også anmodninger om attester, hvor de skriver, næsten undskyldende...som led i, at de skal få rehabilitering, så er vi nødt til at få denne her attest og så...jeg ved godt at du har udfyldt en tilsvarende for 6 måneder siden, men den er blevet for gammel. Og så er det jo bare copy-paste, jamen der er jo ikke sket noget nyt siden sidst, altså det er sådan det stadigvæk er, og så er det jo fint nok. Så dét der med at have åbenhed og så tage telefonen og snakke sammen, det tror jeg betyder rigtig meget. I stedet for at lade det gå igennem en tredje person, som skal tolke de gensidige behov. Det skaber usikkerhed. Og næsten alle kolleger siger, vi vil egentlig gerne bare gerne have at de

ringer. Fordi, i stedet for at skrive de der skide attester, kan I så ikke bare ringe? Så får I svar på hvad jeg mener med...”

I: ”Hvad med rundbordssamtaler?”

J: ”Super godt. Vi skal faktisk have et møde, et dialogmøde med kommunen, hvor vi vil prøve at fremme forståelsen for, at dialogmøder eller rundbordssamtaler er rigtig godt. Fordi det både er noget, som kommunen og praktiserende læger burde gøre noget mere i, altså dialogmøderne. Man skal jo heller ikke tage fejl af, at der jo også er nogle borgere, som prøver at få det maksimale ud af systemet, det er jo den anden side af historien. Så sidder de oppe hos mig og fortæller en frygtelig historie om, hvordan de er blevet mishandlet nede i kommunen og når jeg så, sådan virkelig pikeret og socialt indigneret ringer derned og siger, hvad fanden har I gang i, så siger de, dét der, det har vi aldrig hørt, det har vi aldrig sagt. Sådan har det ikke foregået med vores øjne. Og hvis man så mødes alle tre parter og sætter sig ned og siger, hvad kan vi gøre her, så er vi fri for både løgnhistorierne og omskrivningerne, fortolkningerne, hvad det nu er, og så kan vi tale lige ud af posen, og så sidder man der ligesom som læge som den, der skal garantere patientens sikkerhed i det og så. Der har jeg faktisk haft nogle rigtig gode samtaler. Det er vejen frem. Til de der komplekse ting”

I: ”Der er dialogen også i fokus”

J: ”Lige præcis. Igen det der med, at man skal ikke tro, det er ligesådan, når man gerne vil indlægge en patient, eller man ikke kan forstå, hvorfor der ikke kommer en epikrise til tiden, eller hvorfor fanden gjorde de ikke det. Hvis man taler med sine kolleger om det, hva’, kunne I ikke godt lige? Jo jo, men grunden til vi gjorde det var dét og dét. Så viste det sig, at så havde de jo ikke horn i panden. Det hjælper altså meget at møde nogle ganske almindelige mennesker som faktisk opfører sig pænt.

I: ”En anden informant, en socialrådgiver vi talte med, skulle faktisk undervise praktiserende læger, face to face, som du siger, i forhold til at skabe større indsigt i, hvorfor de beder om de attester, og måske også omvendt. Ville det være...?”

J: ”Jamen, det er en god idé. Det har de også gjort her for noget tid siden. Problemet er når det er en større kommune med mange praktiserende læger, så det er sådan lidt. Det kan være lidt svært nogle gange at komme hele vejen rundt. Så prøver vi med de

der dialogmøder, og så tager vi de og de emner op, hvor vi så mødes og snakker tingene igennem. Det er også en god idé”

