

# Screening for psykiske lidelser

## – udfordringer i sygedagpengesystemet

*Eva Ladekjær Larsen & Hans Jørgen Søgaard*

Psykiske lidelser er sammen med bevægeapparatlidelser de to største diagnostiske grupper i sygefraværet, som hver især udgør ca. 30 %. En tidlig identificering af psykiske lidelser er helt afgørende for iværksættelse af de rette tiltag for at sikre reintegration på arbejdsmarkedet. Sagsbehandlere i sygedagpengesystemet spiller en afgørende rolle heri. Denne artikel udforsker sagsbehandlernes arbejdsvirkelighed og særligt de udfordringer, de møder i forbindelse med sagsbehandling af sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Dette gøres med henblik på at fremtidige interventioner, der inkluderer sagsbehandlere, bedre kan integrere de rammer sagsbehandlingen foregår under.<sup>1</sup>

Sygefraværet samt antallet af borgere på permanent offentlig forsørgelse, forstået som borgere på ledighedsydelse, i fleksjob og på førtidspension, har i en længere årrække været stigende i Danmark såvel som i andre vestlige lande. På landsplan var der i 2008 dagligt ca. 155.000 sygemeldte borgere, hvilket var en stigning på 17.000 flere sygemeldte borgere siden den 1. januar 2004. Stigningen skyldtes især, at varighederne af sygemeldingerne var steget (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2008). Bevægeapparatlidelser og psykiske lidelser udgjorde i 2008 hver ca. 30% af diagnoserne for de sygemeldte borgere. Stigningen har været størst for ikke-psykotiske lidelser, som bl.a. omfatter stressrelaterede lidelser, angstlidelser, adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser samt forstyrrelser og forandringer i personlighedsstruktur og adfærd (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2008). Tilkendelse af førtidspension pga. mentale helbredsproblemer andrager i OECD landene ca. en tredjedel af alle tilkendelser og i nogle lande, inklu-

sive Danmark, omkring 50% (OECD 2009). Forekomsten af psykiske lidelser i sygefraværsårsager er altså stigende. Dertil kommer at der i de sygemeldinger, som skyldes andre diagnoser end psykiske lidelser også er en forekomst af psykiske lidelser som enten er urapporteret eller ukendt. I en undersøgelse af Søgaard & Bech (2009) er hyppigheden af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte fundet at være 48%, hvoraf 46% var uopdagede (22% af alle langtidssygemeldte) i den forstand, at der ikke fremgik nogen psykiatrisk diagnose af sygemeldingsdiagnosen (Søgaard & Bech 2009). De to største grupper var depression (35%) og angst (15%).

Udover store økonomiske udgifter til sygedagpenge samt hensynet til sikring af fremtidige arbejdskraftudbud, er der naturligvis også hensyn at tage til den enkelte borgers trivsel og livssituation. Psykisk lidelse er forbundet med lav livskvalitet på niveau med livskvaliteten for de sværeste kroniske legemlige lidelser (Kessler m. fl. 2003). På denne baggrund synes det oplagt

at screene langtidssygemeldte for psykiske lidelser, særligt depression og angstlidelser. Beskæftigelsesregion Midt tog derfor initiativ til en indsats, som skulle sikre tidlig identificering, sådan at behandling og tilbud iværksættes hurtigere. Indsatsen blev designet som et pilotprojekt med formålet at inddrage den psykiatrifaglige viden i Region Midtjylland i jobcentrenes sygedagpengeindsats. Projektet bestod dels af en undervisningsdel i psykiske lidelser samt instruktion i at anvende et screeningsværktøj, der identificerer personer der har, eller har risiko for at udvikle, en eller flere psykiske lidelser. Imidlertid viste procesevalueringen af pilotprojektet, at implementering og anvendelse af screeningsværktøjet ikke var problemfrit. De deltagende sagsbehandlere vurderede blandt andet, at screeningsværktøjet ikke tog højde for de rammer som de arbejdede indenfor, og at der var en række etiske problemstillinger forbundet med anvendelsen af det. Nærværende artikel har som formål at kontekstualisere sagsbehandlernes vurderinger for at opnå en dybere forståelse af sagsbehandlernes modstand mod screeningsværktøjet. Det gøres gennem en analyse af sagsbehandlernes arbejdsvirkelighed, det vil sige de rutiner, regelsæt og perspektiver på arbejdet, som på én gang skaber de rammer, som sagsbehandlerne anvender i fortolkninger af virkeligheden, og som de samtidig selv er med til at skabe via deres praksis (Geertz 1973). En sådan indsigt kan være gavnlig i forhold til en bedre implementering af lignende projekter i fremtiden (Steckler & Linnan 2002).

## Baggrund – beskrivelse af pilotprojektet

Pilotprojektet *Psykiatrifaglig opkvalificering af sagsbehandlere i sygedagpengesystemet* havde to formål: a) at undervise sagsbehandlere i psykiske lidelser og b) at instruere og afprø-

ve screeningsværktøjet SCL-8AD. Jobcentre i kommunerne Aarhus, Holstebro og Randers blev inviteret og deltog med hver 10-12 sagsbehandlere med daglige arbejdsopgaver inden for sygedagpengeområdet. Der blev tilrettelagt et kursusforløb, hvor deltagerne modtog undervisning i stress, depression, angst, OCD, ADHD inden for voksenområdet, bevægeapparatlidelser med psykisk overbygning og det sociallægelige samarbejde. Undervisningen prioriterede overordnet to budskaber: a) at psykiske lidelser bør betragtes som 'rigtige' sygdomme, for eksempel blev det illustreret at depression kan forårsage permanente forandringer i hjernen som har store konsekvenser for den kognitive funktionsevne og b) at praktisere en borgercentret tilgang, som inkluderer andre aspekter af borgerens liv end de helbredsmaessige, f.eks. sociale forhold, sociale relationer, historik på arbejdsmarkedet, mål i livet o.l. Fordelene ved en borgercentret samtale, hvor man 'kommer hele vejen rundt om borgeren' kvalificerer, at den rette behandlingsmaessige og arbejdsrettede indsats bliver iværksat.

## Screeningsværktøjet SCL-8AD

Den anden del af projektet omhandlede implementering og afprøvelse af screeningsværktøjet SCL-8AD. Skemaet kan udpege personer med øget risiko for en psykisk lidelse uden at udpege for mange raske, hvilket er tilfældet for SCL-8AD (Søgaard 2009; Søgaard & Bech 2009a; Søgaard & Bech 2010). Screening er en procedure, hvis hensigt er, at opdage personer med en øget risiko for at have en bestemt lidelse før der opstået symptomer på sygdommen, eller som det er tilfældet for psykisk lidelse: opdagelse af personer, som egentlig har symptomer på sygdommen, men hvor disse ikke er blevet erkendt som sygdom. Screening må ikke forveksles med at stille en diagnose, som altid kræver en diagnostisk udredning.

Figur 1. Screeningsværktøjet SCL-8AD

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig ængstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanker om at gøre en ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvbebrejdelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sagsbehandlerne blev instrueret i at anvende skemaet, som efterfølgende blev afprøvet på sygemeldte borgere i et quasiexperimentelt før/efter design. Formålet var her at undersøge om opkvalificeringen af sagsbehandlere havde en effekt på længden af sygefraværet. Analyserne herpå er under udarbejdelse og beskrives andetsteds.

## Metode

Data der anvendes i denne artikel stammer fra den kvalitative evaluering af pilotprojektet. Datagenereringen var opdelt i tre faser: før, under og efter det psykiatrifaglige opkvalificeringskursus. I første fase blev der udført tre dages feltarbejde ved Jobcenter Aarhus, henholdsvis Midt, Vest og Syd. Her introducerede sagsbehandlerne deres arbejdsområde i forhold til de regelsæt de arbejder indenfor, og i forhold til de daglige arbejdsopgaver de typisk udfører. Det åbnede muligheder for at overhøre telefoniske samtaler med sy-

gemeldte borgere og for at deltage i borgermøder. De tre sagsbehandlere der blev fulgt, var alle kommende kursusedtagere og blev ved afslutningen af arbejdsdagen interviewet omkring deres forventninger til kurset, om deres daglige arbejdsrutiner og om deres erfaringer med sagsbehandlingen af borgere med psykiske lidelser.

Gennem de to undervisningsforløb, der hvert varede tre dage, blev sagsbehandlernes deltagelse i kurset observeret. Deres spørgsmål, kommentarer og diskussioner blev noteret og i pauserne gennemførtes samtaler omkring undervisningstemaerne. Efter hvert af de to undervisningsforløb blev der gennemført fokusgruppeinterviews, hvor deltagerne blev spurgt om udbytte og forventninger til kurset samt hvilke behov og udfordringer, de havde i forbindelse med sagsbehandlingen af borgere med psykiske lidelser. Desuden blev alle kursusedtagere bedt om at udfylde et evalueringsskema.

I 3. fase blev det indledende feltarbejde

gentaget. Her var formålet at afklare sagsbehandlerens begrebsverden og uddybe temaer, der var opstået under det indledende analysearbejde. Der blev igen foretaget tre interviews, hvor eftertanker omkring kursusforløbet, kursets anvendelighed og samarbejdet med borgere med psykiske lidelser blev udfoldet. Der blev brugt en semi-struktureret interviewguide, som var tilpasset hvor i undersøgelsesforløbet interviewet fandt sted. Alle interviews blev optaget digitalt og efterfølgende transskriberet ordret. Datamaterialet udgøres af transskriberinger, feltdagbog samt dokumenter vedrørende sygefraværspolitik.

### Analysemetode

I nærværende artikel har vi valgt at udforske den arbejdsvirkelighed sagsbehandlernes befinder sig i for bedre at kunne forstå den mening, der ligger bag sagsbehandlernes kritik af screeningsværktøjet. Det gør vi ved hjælp af antropologen Clifford Geertz [1926-2006], som er den mest kendte og anerkendte antropolog inden for den teoretiske skole, *symbolsk antropologi*, også udenfor det antropologiske fagfelt. Det særlige ved Geertz er, at han i sin samtid gjorde op med den positivistiske videnskab og dens forestilling om at mening, det vil sige den måde hvorpå vi tilskriver objekter og handlinger betydning, afspejler et statisk og objektivt virkelighedsniveau. I den positivistiske videnskab er kultur en slags lag, som ligger udenpå mennesket, og hvor det handler om at skrælle disse lag af for at nå ind til en kerne, som kan afsløre hvem og hvad mennesket *virkeligt* er. I Geertz velciterede kulturdefinition, er kulturelle handlinger kondenseret i sin form, og skal forstås som noget der er skabt af mennesket og samtidig skaber betydning for mennesket:

*"...man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take cul-*

*ture to be those webs, and the analysis of it therefore not an experimental science in search of a law but an interpretative one in search for a meaning. It is explication I am after, construing social expressions on their surface enigmatical"* (Geertz 1973:5).

Kultur skal forstås som et 'spind af betydning', som udgør en slags ramme af symbolske udtryk og som vi bruger til at forstå verden med og handle efter. Det er vel at mærke ikke en ramme, som på forhånd er givet og uforanderlig, men noget vi selv er med til at skabe, vedligeholde og forandre. I den symbolske antropologi handler det om at bruge kondenserede symbolske udtryk som f.eks. ritualet, fodboldlandskampen, konfirmationsfesten eller skuespillet til at begribe den verden det foregår i. Geertz selv bruger det kulturelle udtryk og den balinesiske praksis hanekampen som udgangspunkt for at analysere balinesisk kultur. Hanekampen repræsenterer på én gang den balinesiske erfaring omkring maskulinitet og konkurrerende adfærd, om vindere og tabere. Den symbolske antropologi er en fortolkende disciplin og er principielt kontinuerlig. Andre, der analyserer balinesisk kultur via hanekampen kan nå frem til andre og lige så *sandsynlige* (fremfor *sandfærdige*) forklaringer på hvad balinesisk kultur rummer (Se også Hastrup 1999). Pointen er at vores fortolkninger af kulturelle udtryk egentlig er fortolkninger af fortolkninger produceret af de folk vi studerer. De varierer naturligvis, såvel som antropologers fortolkninger varierer. Det som er væsentlig at integrere i en symbolsk antropologisk analyse er derfor at lave en art *thick description*, det vil sige at man *kontekstualiserer* det eller de symbolske udtryk, man studerer.

Den øvelse vi nu vil bevæge os ud i er at kontekstualisere sagsbehandlernes argumenter mod anvendelse af screeningsværktøjet. Det gøres gennem udfoldelse af den

arbejdspraksis sagsbehandleren befinder sig i og derfor 'trækker' på i sin fortolkning af anvendelsen af screeningsværktøjet.

## Sagsbehandleres arbejdsvirkelighed

Generelt var der enighed blandt sagsbehandlere om, at en tidlig identificering af psykiske lidelser var både vigtig og relevant. Men der var særligt to elementer i kurset som oplevedes som problematiske i forhold til fagidentitet og arbejdsopgaver. Det ene var budskabet 'at komme hele vejen rundt om borgeren'. Her var det overordnede perspektiv, at tiden dertil var begrænset, og at deres arbejdsmæssige ansvar kun indbefattede vurderingen af, om borgeren var sygedagpengeberettiget samt i hvilket omfang denne kunne deltage på arbejdsmarkedet. Særligt problematisk oplevedes også anvendelsen af screeningsværktøjet som bl.a. omtales som 'kynisk' og 'uetisk' forstået på den måde at brugen af det ikke kan stå alene, men at der på forhånd bør være nogle retningslinjer for hvordan man efterfølgende skal handle.

I analyseafsnittet peges der på følgende forhold, som har betydning for sagsbehandlerens fortolkningsrammer: a) en holdningsændring i forhold til sygdom og arbejdsmarked b) sagsbehandlerens kerneopgaver, c) ansvarligheden for eget helbred og d) klassificeringen af psykiske lidelser. Disse forhold 'trækker' sagsbehandlerne på, når de for eksempel vurderer anvendelsen af et screeningsværktøj i en arbejdsmæssig sammenhæng. Analysen bidrager dermed med en dybere indsigt i forhold til at forstå sagsbehandlerens modstand mod at anvende screeningsværktøjet.

## Arbejdsmarkedsinklusion for sygemeldte med psykiske lidelser

Flere sagsbehandlere refererede til, at der var sket en markant holdningsændring i

forhold til, hvordan sygemeldte betragtes i samfundet og hvilke rettigheder og forpligtigelser de har. Der sammenlignedes med tidligere tider, hvor sygemeldte fik lov til at passe sig selv frem til at helbredet tillod at arbejdet kunne genoptages. Denne holdningsændring skal ses i en bredere samfundsmæssig kontekst, hvor gennemgribende reformer har skabt strukturmæssige forandringer blandt andet på sygedagpengeområdet. I de senere års beskæftigelsespolitik er der kommet et øget fokus på, hvordan man sikrer at langtidssygemeldte kan reintegreres på arbejdsmarkedet efter raskmelding. Den tidligere regering (2001-2011) lancerede for eksempel kampagnen 'Syg med Job' i 2010, som udspringer af trepartsaftalen 2008 mellem arbejdsmarkedets parter og regeringen. Formålet var at nedbringe sygefraværet gennem et opgør med den gængse sygemeldingspraksis at man skal være 100 % rask før man kan genoptage sit arbejde. 'Syg med Job' var både rettet mod arbejdstagere og opfordrede til en holdningsændring vedrørende det uforenlige i sygdom og arbejdsliv, og mod arbejdsgivere med en opfordring til at skabe rumlighed og fleksibilitet på arbejdspladsen, sådan at ikke-fuldt arbejdsdygtige gradvist kan genoptage arbejdet igen efter sygdom. Kampagnen bør ses i sammenhæng med det lovpligtige krav i sygedagpengelovgivningen siden 1. januar 2010, omhandlende aktivering af sygemeldte. Gennem loven om aktiv beskæftigelsesindsats er kommunerne forpligtiget til at udarbejde en jobplan for sygemeldte, der skal rumme en plan for hvordan sygemeldte kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Af planen kan også indgå aktiviteter, der forbedrer sygemeldtes fysiske, mentale og sociale tilstand. Det kan f.eks. være deltagelse i kurser, hvor man lærer at håndtere stress, depression eller kroniske smerter. Det kan også være arbejdsprøvning til vurdering af

arbejdsevnen. Der er ikke tale om et frivilligt tilbud, men om *aktivering*, som den sygemeldte er forpligtiget til at deltage i.

I forhold til sygemeldte med psykiske lidelser er der særlige forhold at være opmærksom på, når sygemeldte er rask nok til at genoptage arbejdslivet. Budskabet om at 'holde sig i gang' og genoptage arbejdet inden man er fuldt arbejdsdygtigt, er vel-dokumenteret inden for forskningen, når det gælder bevægeapparatlidelser (Wadell 2004). Dette er ikke helt entydigt, når det gælder sygemeldinger grundet mentale lidelser. En nylig undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) har netop fastslået, at delvise raskmeldinger ikke får psykisk syge tilbage til arbejde igen (Jan Høgelund m.fl. *in press*).

I takt med at psykiske lidelser er stigende i vores samfund, rejser spørgsmålet sig omkring social accept af personer med disse lidelser. Ser man tilbage i tiden er psykiske lidelser kulturelt forbundet med tabu, stigmatisering, fordomme og myter. Samfundet har reageret på og behandlet mennesker med psykiske lidelser forskelligt gennem tiden. De tidligere tiders statslige psykiatriske hospitaler foreskrev indlæggelse og isolering i forhold til resten af samfundet, fordi personer med psykiske lidelser betragtedes som forrykte og irrationelle (Rønn & Hartby 2006). I dag anskues psykiske lidelser ud fra et biopsykosocialt perspektiv, der integrerer fysiske, sociale og psykologiske faktorer i behandlings- og rehabiliteringsøjemed. Dette syn afspejles blandt andet i den decentraliseringsproces der fandt sted i 1970'erne inden for behandlingstilbud til sindslidende. Forårsaget af denne proces blev hospitalspladser i det psykiatriske regi nedlagt og socialpsykiatrien opstod. Selve formålet med de lokale socialpsykiatriske tilbud, som omfatter støtte i forhold til bolig, bevarelse og dannelse af sociale netværk og støtte til beskæftigelse, er at

hjælpe den enkelte til selvstændighed og udvikling (Velfærdsministeriet 2006). Lidt forenklet kan man sige, at tidlige tiders behandling af personer med psykiske lidelser var ekskluderende i forhold til det øvrige samfund, mens nutiden søger at inkludere disse borgere, også på arbejdsmarkedet.

### Delkonklusion

Samlet set er der sket en forandring i forhold til sygdom og arbejdsmarked. I den nye sygefraværspolitik søges at inkludere sygemeldte som endnu ikke er fuldt arbejdsdygtige. Det gøres efter rationalet at det er bedre at holde sig i gang fremfor at henfalde til fuldstændig passivitet. Delvis raskmelding og kursusdeltagelse er eksempler på tiltag der understøtter dette rationale. Sagsbehandlere arbejder under disse rammer og er dermed forpligtiget til at overholde reglen om 'aktivitet i sygemeldingen'. Det er dermed ikke tilstrækkeligt at vurdere om en borger er syg eller ej. 'Hvor syg er borgeren' er et spørgsmål der skal afklares i sagsbehandlingen i forhold til vurderingen af hvor mange ugentlige timer borgeren kan varetage sit arbejde. Det kan derfor synes uhensigtsmæssigt at anvende screeningsværktøjet, da det netop er et skema der kan identificere yderligere sygdom hos borgeren. En sagsbehandler formulerer det således: *"Man kan jo godt have en fysisk lidelse og så noget psykisk ved siden af som ikke betyder noget. Så det er ikke nødvendigvis noget man skal opdyrke"*. For sagsbehandlere betyder det at borgeren gøres *mere syg* end udgangspunktet var før sygemeldingen og derigennem forlænger sygefraværperioden og besværliggør processen for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

### Sagsbehandleres kerneopgaver

Når der søges sygedagpenge til en borger, enten på baggrund af borgers egen ansøgning

eller en arbejdsplads ansøgning om sygedagpengerefusion, udfyldes et oplysnings-skema, hvor der bl.a. redegøres for årsager til sygefraværet og planer om genoptagelse af arbejdet. Herefter vurderer sagsbehandler på sygedagpengekontolet, hvad der videre skal ske. Det besluttes, om borgeren skal indplaceres i matchgruppe 1, 2 eller 3. Matchgruppe 1 dækker over de ukomplicerede sager og hvor en raskmelding forventes at finde sted inden for 13 uger. Ved matchgruppe 2 forventes, at borgeren modtager sygedagpenge i mere end 3 måneder, og at der er behov for en indsats i forhold til at støtte sygemeldte i arbejdsmarkedstilknøytning. Tilbuddene her kan f.eks. være en ordning, hvor man gradvist vender tilbage til arbejde, virksomhedspraktik, job med løntilskud eller forskellige former for opkvalificeringsforløb. Ved matchgruppe 3 forventes også et sygedagpengeforløb, der strækker sig udover tre måneder, og hvor man samtidig vurderes til ikke at være indsatsklar, f.eks. fordi ens helbred ikke tillader det.

Et borgermøde mellem en sygemeldt borger og en sagsbehandler i sygedagpengesystemet kan betragtes som et kondenseret kulturelt udtryk, som genstandsfelt og referenceramme i sagsbehandlerens arbejdsvirkelighed. Det er en rammesat, tidsbestemt og tilbagevendende handling, hvor sagsbehandleren udfører kerneopgaverne at 1) vurdere om borgeren er syg og 2) vurdere anvendeligheden af borgerens arbejdsevne. Det er også her holdninger, arbejdsrutiner og juridiske aspekter kommer til udtryk, og erfaringer og fortolkninger gøres. Et eksempel på et borgermøde illustreres nedenfor:

*"Sagsbehandleren har indkaldt Tina, der er sygemeldt med en dårlig skulder, til en opfølgende samtale. Sagsbehandleren optræder venligt og imødekommende, skiftevis spørgende og lyttende. Tina er en yngre kvinde, der ikke har meget arbejdserfaring endnu.*

*Hun forklarer at det går fremad for første gang i lang tid. Hun udfører sine øvelser og er nu i stand til at lave mindre hverdagsaktiviteter som f.eks. husarbejde, støvsugning m.m. Hun er udmattet efter træning og husarbejdet og ser sig ikke i stand til også at skulle varetage et arbejde, ej heller på nedsat tid. Hun siger selv, at hun kæmper for at få hverdagen til at fungere. Hun mener, det er meget vigtigt, at hun fokuserer på træningen, sådan at hun kan komme ovenpå igen. Hun fortæller, at i forhold til træningen er det blevet bedre. Hun kan nu løfte 1,8 kg håndvægte. Det er stadig ikke helt nok som forventet, men det går fremad. Hun forklarer at årsagen til forlængelse af sygeforløbet, hænger sammen med, at hun egentlig er blevet fejlbehandlet. Skulderekaden blev først opdaget sent, og derfor havde hun gentagne sygemeldinger og har måttet skifte fysioterapeut undervejs. Sagsbehandleren spørger også ind til, hvad hun ønsker i forhold til arbejdsmarkedet. Pigen vil gerne være projektadministrator, som hun tidligere har arbejdet med. Hun mener, det er realistisk i forhold til hendes fysiske formåen. Sagsbehandleren forklarer, at de kan forlænge sygemeldingen til 1. jan, men at hun har brug for en lægeerklæring; en specifik helbredsattest, så der kan foretages en bred vurdering, dvs. hvad det betyder i forhold til arbejdsmarkedet og funktionsevne. Sagsbehandleren fortæller, at papirerne sendes videre til lægen og at hun skal bestille en tid der for at få foretaget helbredsattesten. Sagsbehandleren sender hende videre til en anden sagsbehandlingsafdeling, hvor hun får tildelt en ny sagsbehandler"* (uddrag fra feltnoter).

Efterfølgende forklarer sagsbehandleren, at der måske godt kunne være noget mere i vejen end blot en skulderekade og beskriver hende som en 'ikke-presser' type. Det vil sige at hun ikke skal eller kan presses i retninger hun ikke selv har formuleret. Desuden kan hun kun fokusere på en ting ad

gangen. Sagsbehandleren mener også hun er en meget ambitiøs pige i forhold til arbejdet og at hun er en 'kontroltype'. Hun virker desuden ikke fleksibel i forhold til fremtidige muligheder på arbejdsmarkedet. Sagsbehandleren mener at tilbuddet Reva-si er en mulighed for hende, som er en sundhedsfaglig afklaring af sygemeldte borgere, hvor tilknytningen til arbejdsmarkedet kan være truet. Det indebærer en helhedsorienteret lægelig og/eller psykologisk vurdering som grundlag for en handleplan.

I dette møde illustreredes sagsbehandlerens kerneopgaver, nemlig vurdering af egnede redskaber til sygdomsudredning og vurdering af arbejdsevne, herunder borgernes plan om tilbagevenden til arbejde, motivation derfor samt borgerens præferencer på arbejdsmarkedet. Sagsbehandlerens arbejdsgang foregår efter en nøje rammesat plan, hvor der tages stilling til hvilken type lægeerklæring der skal indhentes. I ovenstående tilfælde er der tale om en specifik helbredsattest, som typisk anvendes, når borgeren har en enkelt diagnose. Andre lægeattester er f.eks. en generel helbredsattest, som anvendes hvis der er tale om et komplekst sygdomsbillede, f.eks. ved mistanke om flere og samtidige diagnoser, eller LÆ255 som er en diagnosticerings- og arbejdsduelighedsattest. I ovenstående tilfælde bliver borgeren sendt videre i systemet med henblik på yderligere afklaring og opfølgning.

### Delkonklusion

Der er i sagsbehandlingen en specifik *modus operandis*, hvor det på forhånd er bestemt, hvilke spørgsmål der skal stilles borgeren og hvordan der efterfølgende skal handles. I en sådan rammesat arbejdsgang forekommer det som en forstyrrelse at indlejre spørgsmål, der afspejler kursens centrale budskaber: 'at komme hele vejen rundt om borgeren'. Der er ganske enkelt ikke tid til den

type samtale, særligt i den indledende fase i sagsbehandlingen, hvor borgeren kategoriseres og lægefaglige vurderinger indhentes. Desuden opfattes det som et problem at præsentere borgeren for skemaet SCL-8AD. Nogle sagsbehandlere frygtede at skemaet kunne fremkalde en psykisk reaktion og de følte sig ikke i stand til at håndtere disse borgere. Dette var særligt et kritikpunkt ved kursusforløbet, at der ikke blev undervist i, hvordan sagsbehandleren skal gribe det an i tilfælde af, at borgeren får en psykisk reaktion ved udfyldelsen af skemaet eller hvilke tilbud, der kan gives borgere, som identificeres med en psykisk lidelse.

### Om at være ansvarlig for egen mentale tilstand

Der er som illustreret også plads til at gøre brug af sagsbehandlerens egne erfaringer, når der vurderes hvilken lægefaglig attest der skal indhentes og hvordan borgeren indplaceres i matchgrupperne. Sagsbehandlerens refleksioner af borgeren ovenfor viser, hvordan egne erfaringer inddrages undervejs. I sin beskrivelse af borgeren som en perfektionistisk, detaljeorienteret type, vurderer hun, at der *kunne* være mere i vejen end en dårlig skulder. Også andre sagsbehandlere delte opfattelsen at perfektionistiske typer er en udsat gruppe i forhold til at være ramt af en psykisk lidelse. Det var særligt kvinder af typen, der var optaget af at vise omverdenen, at de havde styr på tilværelsen, som blev beskrevet som særligt sårbare i forhold til at udvikle stress eller depression:

*"Jeg ved godt det ikke er særligt korrekt at sige, men de her kvinder har travlt med en karriere, har tre-fire børn, en mand med karriere og både hus og sommerhus. Det er jo egentligt ikke så underligt, at de bliver ramt. Men de burde jo nok i virkeligheden vælge noget af det fra og skrue lidt ned for alle ambitionerne"* (uddrag af interview).



Psykiatrien understøtter til dels denne opfattelse, da personer med en ængstelig personlighedsstruktur og som rummer karaktertrækkene: sky, nærtagende, har svært ved at sige fra, er lettere irriteret og tilbageholdende har en større tendens til at udvikle depression sammenlignet med andre mennesker. Det der er interessant her er placeringen af ansvar i forhold til hvordan og hvorfor man rammes af f.eks. depression og hvordan man efterfølgende håndterer det:

*"Jeg kan godt mærke at de [stress og depressionsramte] trigger nogle ting ved mig nogle gange. Jeg har meget lyst til at sige til dem: "Ved du hvad jeg har sgu også lidt ondt i livet, men prøv lige at ta' dig sammen og kom videre". For hvad er alternativet? At du sætter dig ned i suppedasen og så bare lader det hele stå til? Eller vil du kæmpe og komme ud igen?" (uddrag af interview).*

Opfattelsen af, at man er ansvarlig for egen livsførelse og helbred kan tolkes i en bredere sammenhæng og relateres til overordnede samfundsmæssige diskurser. Vi har de seneste årtier set en udvikling i forhold til opfattelsen af sundhed og særligt hvad det er, der holder os sunde og hvis ansvar det er. Inspireret af Foucaults tanker om magtudøvelse gennem disciplinering har blandt andre Nik Rose (2001), Signill Valgård (2003) og Deborah Lupton (1996) argumenteret for, at det i stigende grad er den enkeltes forpligtigelse til at vælge det sunde liv. Det vil sige, at det bliver individets eget ansvar at spise rigtigt, motionere dagligt, have et moderat alkoholforbrug, sove hverken for lidt eller for meget og, som eksemplificeret af sagsbehandlerens udsagn, undgå at sætte sig selv i stressbelastende situationer. Særligt problematisk er denne diskurs for de som ikke vil efterleve reglerne, ikke magter det eller blot har andre opfattelser af hvad et godt og sundt liv indebærer. Det

som bliver behandlingskrævende under et sådant sundhedsparadigme er *manglende motivation* til at efterleve de mange forskrifter om sundhedsmæssig 'korrekt' adfærd. Her sidestilles motivation med parathed til forandring af livsstil og indebærer en aktiv handling, en proces hvor man gennem en relation til f.eks. fagligt personale bearbejder ens manglende motivation (Møller 2010). Men ikke alle sagsbehandlere ser det som deres arbejdsopgave at motivere:

*"Det er deres eget ansvar at motivere sig selv. De er voksne mennesker og hvis de ikke er motiveret for at få afklaret deres arbejdsevne, når de får forklaret hvordan reglerne er, jamen så gider jeg slet ikke begynde på det. Jeg har slet ikke tiden til det [...] Hvis jeg var drevet af lysten til at motivere, så skulle jeg sidde ude på tilbudsstederne i stedet. Men jeg er her fordi jeg er rigtig god til at være administrativ. Selvfølgelig hjælper jeg og det kan være svært [at udvise initiativ] når man er deprimeret. Men så skal man gå til sin læge og modtage behandling. Jeg forventer at man tager et minimum ansvar for eget liv" (uddrag af interview).*

I dette citat illustreres, at det ikke er hos sagsbehandleren, at borgeren skal hjælpes til motivation, men at borgeren selv er ansvarlig i forhold til at modtage behandling og til at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

### Delkonklusion

Som også forrige afsnit eksemplificerede kan det være problematisk at indlejre en tilgang til sagsbehandlingen, hvor man kommer 'hele vejen rundt om borgeren', som kurset anbefalede. Det understreger, at sagsbehandlerens arbejds kontekst er fastlagt i et specifikt mønster, som ikke er rummeligt i forhold til at kunne integrere en sådan

tilgang. Sagsbehandleren der fremhævedes i dette afsnit ser det som sin primære arbejdsopgave at administrere sygedagpengelovgivningen og altså ikke at motivere borgeren i forhold til sygdomshåndtering og arbejdsmarked. Det betragtes her som borgerens eget ansvar at tage hånd om eget helbred, det vil sige både at være i stand til at kunne prioritere på en hensigtsmæssig måde i tilværelsen, så man ikke udsætter sig selv for stress og at være motiveret til at følge lægens anvisninger, såfremt man diagnosticeres med f.eks. depression. Ansvar for eget helbred er ikke blot et perspektiv der illustreres gennem sagsbehandlingen, men har en sammenhæng med en overordnet samfundsmæssig diskurs om individets ansvarlighed i forhold til helbred og disciplinering af individet i forhold til at føre en 'korrekt' og hensigtsmæssig adfærd.

### De 'rigtige' versus de 'forkerte' sygdomme

*"Man kan sige at depression er blevet skraldespanden, hvor alle kan dækkes ind. Man er faktisk lidt i helle, hvis man er deprimeret og hvor det bliver tilladt at trække stikket ud for en stund. Jeg kan faktisk godt forstå, at man ikke kan tage på arbejde, hvis man er fuldstændig kørt op indvendig, men man behøver ikke sygeliggøre sig i det. Men det er det eneste der er legalt"* (uddrag af interview).

Den stigende forekomst af psykiske lidelser i langtidssygemeldinger indebærer, at sagsbehandlere hyppigt har kontakt til borgere, som har en sådan lidelse. I sagsbehandlerens optik havde de derfor ikke berøringsangst overfor disse borgere og deres lidelser, men derimod gode erfaringer og empati i deres samtaleteknik. Der er dog stadig flere problemstillinger, der relaterer sig til opfattelsen af disse lidelser. For det første var der tvivl om hvorvidt stress og depression er 'rigtige' sygdomme. Flere sagsbehandlere

delte opfattelsen, at stress og depression nærmere er udtryk for en samfundsmæssig tendens, hvor livskriser eller oplevelsen af at tilværelsen til tider kan føles lidt tung, sygeliggøres og transformeres til medicinske diagnoser. Sagsbehandlere sammenlignede med det, som tidligere betegnedes for tristesse, melankoli eller udbrændthed. I disse udsagn afmystificeres diagnoserne og betragtes som en tilstand, der kan forekomme hos os alle og som er en naturlig del af livet. I denne optik finder der en overdiagnosticering sted, som fratager individet ansvar for at håndtere sit eget liv.

Mik-Meyer & Johansen (2009) argumenterer for, at sagsbehandlere i sygedagpengesystemet har et snævert sygdomsbegreb, også set i forhold til praktiserende læger. Dette sygdomsbegreb er genkendeligt også i vores data. Sagsbehandleres sygdomsbegreb er meget lig et klassisk biomedicinsk paradigme, hvor sygdomme betragtes som målelige og synlige, og indbefatter at der er et nøje tilrettelagt behandlingsforløb som fører til helbredelse. I den opfattelse er diagnoser et statisk fænomen, der ikke forandres over tid eller i forhold til sted. Depression og stress derimod opfattes som dynamiske begreber, der udtrykker ubalance i menneskets sociale omstændigheder, foranderlige over tid og sted. Det snævre sygdomsbegreb kan imidlertid modvises af den moderne lægevidenskab, som integrerer et biopsykosocialt perspektiv, og tager højde for menneskelige relationer, psykosociale forhold og dets sammenhænge med helbred.

Det snævre sygdomsbegreb har store omkostninger for sygemeldte borgere med en diffus lidelse som for eksempel stress, depression og kroniske smertelidelser. Disse lidelser karakteriseres af at der ikke er konsensus om disse lidelser er reelle sygdomme eller ej, herunder hvordan de mest effektivt behandles. Ofte ender sygemeldte borgere derfor i lange sagsbehandlingsforløb og

som kan få konsekvenser for sygdomsforløbet i form af en forværrelse af tilstanden. I sidste instans kan de nægtes berettigelse til sygedagpenge:

*"Sagsbehandleren fortæller inden mødet med en depressionssygemeldt mand, at han ikke har villet taget den antidepressive medicin, som lægen har ordineret, men at hun overtalte ham til det sidste gang. Hun siger: 'hvis det kræver, at han får behandling for at blive rask, og han ikke vil følge den behandling, så lukker jeg kassen'. Til mødet siger han ikke så meget. Sagsbehandleren starter med at spørge ind til helbredet og hvordan det går med at tage medicin. Han siger, han ikke er deprimeret, men er stresset og at det er to forskellige ting. Sagsbehandleren siger, at stress og depression hænger sammen. Han siger han er stoppet med medicinen fordi han fik det bedre. Sagsbehandleren siger, at det er vigtigt, at han ikke stopper medicinen, at det tager tid før det virker og før han er i bedring. Sygemeldte fortæller, at han keder sig derhjemme, men at han også er bange for at komme på arbejde igen. Han havde en oplevelse, hvor han ikke kunne trække vejret. Sagsbehandleren fortæller ham, at det nok var et angstanfald. Sagsbehandleren vurderer, at borgeren er indsatsklar og hun vil henvise ham til en virksomhedskonsulent"* (uddrag af feltnoter).

I en kritik af det klassiske biomedicinske sygdomsbegreb kategoriserer den medicin-

ske sociolog Twaddle (1974) sygdomsbegrebet i tre forskellige, men relaterede dele: Disease, som henviser til tilstedeværelsen eller fraværet af sygdomme, diagnosticeret af den lægefaglige verden, illness, som betegner individets subjektive oplevelse af helbred, og endelig sickness, der vedrører de sociale omgivelser, det vil sige de kulturspecifikke normer og sociale regler som knytter sig til sygerollen (se også Kleinman 1980). Med baggrund i den skelnen illustrerer Paul Bellaby (1999) hvordan sygdomsbegrebet har forskellig betydning i forhold til sygefraværet (figur 2, se også Hansen 2009).

I skemaet er der otte positioner, hvor position 1 og 8 kan betragtes som uproblematisk; man er enten syg eller rask og der er overensstemmelse mellem de tre forskellige helbedsbegreber. Det er disse positioner, sagsbehandlere opererer indenfor. Position 2 er, hvor man p.g.a. helbedsmæssige undersøgelser er tvunget til at tage fravær fordi lægen foreskriver det, men hvor den sygemeldte ikke føler sig syg. Den slags sager vil sagsbehandlere næppe støde på, da fraværet i denne position sjældent vil blive længerevarende. Position 3 refererer til, at man lider af en for omgivelserne ukendt sygdom, det vil sige man endnu ikke har sygemeldt sig, men fortsætter arbejdslivet på trods af at man føler sig syg. Position 4 er, når man har en uopdaget lidelse, og hvor man ej heller føler sig syg. Netop denne position er interessant i forhold til indførelse af et scree-

Figur 2. Kombinationer af helbedsbegreber i sygefraværet, Bellaby P (1999)

	Sick		Not sick	
Disease	Ill 1. Medicinsk, certificeret fravær	Not ill 2. Tvunget til at tage fravær	Ill 3. Ukendt sygdom, stoisk udholdenhed	Not ill 4. Sygdom ukendt af én selv og andre
No disease	Ill 5. Fravær med utilpashed	Not ill 6. Pjæk	Ill 7. Hypokondri	Not ill 8. Rask

ningsværktøj, som vil opspore en diagnose og således flytte borgeren fra position til 4 til 1. Position 5 gælder, når man for eksempel rammes af forkølelse, influenza eller mave-  
onde. Sygdomme, som vi alle kender, og som også anerkendes som legitimt fravær. Denne position er dog ikke relevant for sagsbehandlere, da også dén kun giver et kort fravær i arbejdslivet. Det er en opgave hos sagsbehandlere at afdække validiteten i borgerens udsagn for at vurdere sygedagpengere retten. Derfor sendes de til lægen, som udfylder den efterspurgte type af attest. Det handler her om at flytte borgeren til enten position 1 eller 8, enten er man syg eller rask.

### Delkonklusion

Det snævre sygdomsbegreb kendetegnet af sygedagpengesystemet betyder, at stress og depressionslidelser befinder sig i en gråzone, hvor det er svært at determinere om borgeren er syg eller rask, og særligt hvilke konsekvenser det har for arbejdsevnen. De psykiske lidelsers ukategoriserbarhed har betydning for, hvorledes der bliver set på personer der har en psykisk lidelse som stress eller depression. Som illustreret i forrige afsnit er der spørgsmålet om selvforskyldt sygdom og ansvar i forhold til at undgå stressbelastninger. Desuden er der i sagsbehandlerens perspektiv, den moralske forpligtigelse, at borgeren følger lægens anvisninger for behandling, dvs. fortsætter forbruget af antidepressiv medicin. Her er det tydeligt ikke borgerens oplevelse af sygdom og sygdomsforløb der er i centrum, men borgerens arbejdsmarkedsparethed, der vurderes. På trods af at et centralt budskab i kurset var at pointere at stress, depression og angstlidelser er anerkendte sygdomme, blev dette ikke modtaget, men nærmere anfægtet. Sagsbehandlere har i deres arbejdsvirkelighed behov for at udviske disse gråzoner, sådan at det bliver muligt

at kategorisere borgeren, og dermed bedre kunne vurdere, hvilke arbejdsopgaver disse borgere kan magte.

### Diskussion og konklusion

Artiklen har med udgangspunkt i Geertz' symbolske antropologi søgt at udfolde sagsbehandlernes arbejdsvirkelighed for bedre at kunne forstå sagsbehandlernes kritik af pilotprojektet og særligt brugen af screeningsværktøjet gennem deres borgermøder. Udviklingen af et screeningsværktøj foregår ofte i en kontekst, hvor fokus er på *opdagelse* af en specifik lidelse hos et individ. På trods af, at der blandt de deltagende sagsbehandlere er enighed i, at en tidlig identificering er en god idé, er det ikke uproblematisk at indføre screeningsværktøjet i deres arbejdsammenhæng. Sagsbehandlerens arbejdsvirkelighed og derigennem sagsbehandlingen af sygemeldte borger er ikke en neutral social arena, hvor en sådan ekstra arbejdsopgave kan indføres uden implikationer for sagsbehandlerens arbejdsvirkelighed. Det er en arena, der er påvirket dels af de holdningsændringer der er sket i kraft af reformændringer i sygedagpengelovgivningen specifikt og beskæftigelsespolitikken mere overordnet. Det er lovgivningen der sætter rammerne for hvem der er sygedagpengeberettiget, samt hvilke rettigheder og forpligtigelser der følger med. Desuden bidrager sygefraværspolitik, kendetegnet af et inkluderende arbejdsmarked, til en sygefraværsdiskurs der meddeterminerer, hvad der kan siges og ikke siges om sygefravær og arbejdsmarked.

Sagsbehandlingen er desuden påvirket af de arbejdsrutiner og regelsæt som sagsbehandleren opererer indenfor. Særligt er det sagsbehandlernes kerneopgaver at vurdere om borgeren er syg samt vurdering af borgerens arbejdsevne, der sætter rammerne for hvad et borgermøde skal indeholde, og

dermed den tid der er sat af til det og hvilke emner der skal drøftes.

Endelig er der de moralske elementer, som omgiver opfattelsen af psykiske lidelser og som har indflydelse på, hvordan sagsbehandlere betragter borgere med psykiske lidelser. Det gælder særligt i forhold til ansvarligheden for eget helbred. Her betragtes det som en personlig 'brist' at en borger ikke har været i stand til at prioritere i sit liv, vil for mange ting på én gang, og derfor rammes af stress eller depression. Yderligere er det for sagsbehandlere vanskeligt at kategorisere sygemeldte med psykiske lidelser. Der er en opfattelse af, at det ikke er en 'rigtig' sygdom, men en gråzone, der forårsager at det er vanskeligt at bestemme om borgeren kan varetage et arbejde og i hvilket omfang.

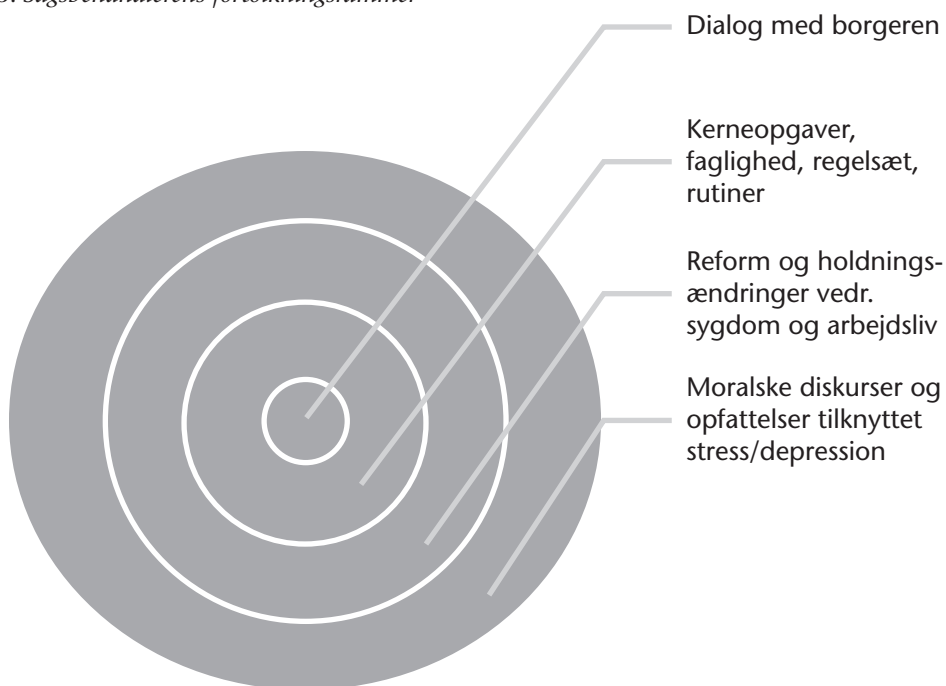
Samlet kan denne arbejdsvirkelighed betragtes som udgørende fortolkningsrammer, sagsbehandlernes 'trækker' på i for eksempel et borgermøde. Det vil sige det er de forhold der sætter rammerne for hvordan et borger-

møde skal forløbe, hvordan sagsbehandleren betragter borgeren og hvordan sagsbehandlingen fremover skal foregå. Dette kan illustreres med nedenstående figur.

Figuren illustrerer de betydningsfulde elementer som sagsbehandlere tager med ind til borgermødet og som karakteriserer de værdier de har i deres arbejdsliv. Det har også betydning for hvordan de modtager og forstår for eksempel kursets budskaber og implementering af et screeningsværktøj. Figuren giver os dermed en forståelse af de forskellige betydningslag, som ligger i sagsbehandlerens kritik af kurset Vi har så at sige påfyldt fortolkninger lag på lag af sagsbehandlerens meningskondenserede udsagn. I princippet vil man kunne fortsætte cirklen med yderligere lag, som vil kunne tilføre yderligere nuancer på sagsbehandlerens arbejdsvirkelighed.

Så hvad kan vi bruge denne indsigt til, når nu der er enighed blandt sygefraværtsforskere om at en tidlig identificering af

Figur 3. Sagsbehandlerens fortolkningsrammer



borgere som har en psykisk lidelse, er nødvendigt for at kunne sikre arbejdsmarkeds-tilknytning og livskvalitet hos den enkelte borger? Konteksten bør medtænkes når der planlægges forandringer i en arbejdsgang, for eksempel, når der implementeres et screeningsværktøj. Sagsbehandlere bør derfor tages med på råd, når et lignende opkvalificeringskursus tilrettelægges. Undervisningen kan for eksempel målrettes i forhold til de rammer sagsbehandlere opererer indenfor. Særligt, og som denne artikel har illustreret, bør der være opmærksomhed på, hvordan sagsbehandlere efterfølgende skal handle, såfremt de identificerer en borger med en psykisk lidelse. Her gælder det både spørgsmålet, hvordan man håndterer det hvis en borger får det psykisk dårligt og hvordan man afklarer deres arbejdsevne såfremt de har en psykisk lidelse.

Det er også værd at bemærke, at de rammer sagsbehandlere arbejder indenfor, det vil sige lovgivningen og den måde arbejdet organiseres på, skaber udfordringer i forhold til at kunne komme 'rundt om borgeren'. Det gælder både tiden dertil, de kerneopgaver som sagsbehandlere skal udføre, og den lovgivning de skal administrere. Det under-

streger at det ikke er nok at gribe ind i sagsbehandlernes arbejds hverdag, men at systemer som de arbejder under bør integreres. Her kan man enten gøre det muligt for sagsbehandlere at udføre de opgaver som kurset anbefaler eller man kan søge at tilpasse kursets indhold og centrale budskaber så de passer ind i sagsbehandlernes arbejdsvirkelighed.

Sagsbehandlernes opfattelser af psykiske lidelser tegner et nuanceret billede, som både viser sympati, accept og forståelse, men også tvivl, og et syn på borgeren som 'svag' og ansvarlig for eget helbred. Der er dermed behov for at udfordre forståelsen af psykiske lidelser og gøre op med forestillingen om, at borgeren på eget initiativ kan forebygge og helbrede depression. Disse opfattelser gælder sandsynligvis ikke kun sagsbehandlere, men offentligheden i øvrigt. Det snævre sygdomsbegreb, der betvivler klassificeringen af depression som en 'rigtig' sygdom bør udvides. Dette kan afhjælpes for eksempel med intensive undervisningsforløb og nationale kampagner, der understøtter en holdningsændring og social accept af psykiske lidelser som sygdomme, uden at borgere mistænkeliggøres og holdes ansvarlige for egen psykisk lidelse.

## NOTER

1 Denne artikel er en omskrevet og uddybet version af dele af rapporten: Larsen, E.L. (2012): *Evalueringsrapport af metodeudviklingsprojektet: Psykiatrifaglig opkvalificering af sagsbehandlere*

*i sygedagpengesystemet*. CFK – Socialmedicin og Rehabilitering – Forskning og udvikling, MarselisborgCentret og Beskæftigelsesregion Midtjylland.

## REFERENCER

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2008): *Viden om sygefravær*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Bellaby, Paul (1999): *Sick from work. The body in*

*employment*, Aldershot, Ashgate.

Geertz, Clifford (1973): *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books.

Hansen, Claus D. (2009): En sociologisk for-

- tælling om sygefravær, ph.d.-afhandling, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.
- Hastrup, Kirsten (1999): *Viljen til Viden. En humanistisk grundbog*, København, Gyldendal.
- Høgelund, Jan, Anders Holm & Lene Falgaard Epløv: The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders, accepteret til publicering i *Journal of Mental Health Policy and Economics*.
- Kessler Ronald m.fl. (2003): Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey, i *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 45, 12, 1257-66.
- Kleinmann, Arthur (1980): *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, CA: University of California Press
- Larsen, Eva Ladekjær (2012): *Evaluering af metodeudviklingsprojektet: Psykiatrifaglig opkvalificering af sagsbehandlere i sygedagpengesystemet*, Aarhus, CFK – Socialmedicin og Rehabilitering – Forskning og udvikling, MarselisborgCentret og Beskæftigelsesregion Midtjylland.
- Lupton, Deborah (1996): *Food, the Body and the Self*, London, Sage Publications.
- Mik-Meyer, Nanna & Mette Brehm Johansen (2009): *Magtfulde diagnoser – Diffuse lidelser*, Frederiksberg, Samfundslitteratur
- Møller, Jane Ege (2010): Lack of motivation as suffering, i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 13, 89-107.
- OECD (2009): *Sickness, disability and work: keeping on track in the economic downturn – background paper*. Downloadet okt. 2012 fra: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/15/42699911.pdf>
- Rose, Nikolas (2001): The politics of life itself, i *Theory, Culture & Society*, 18, 6, 1-30.
- Rønn, Edith Mandrup & Inger Hartby (2006): *Det forrykte menneske. Den psykisk syge i historien ca. 1830-1980*, Ebeltoft, Forlaget Skippershoved.
- Steckler, Alan & Laura Linnan (red.) (2002): *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Søgaard, Hans Jørgen & Per Bech (2010): Predictive validity of Common Mental Disorders Screening Questionnaire as screening Instrument in Long-term Sickness Absence, i *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 4, 375-85.
- Søgaard, Hans Jørgen & Per Bech (2009): Psychiatric disorders in long-term sickness absence – a population based cross-sectional study, i *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 7, 682-9.
- Søgaard, Hans Jørgen & Per Bech (2009a): Psychometric Analysis of Common Mental Disorders – Screening Questionnaire (CMD-SQ) in Long-Term Sickness Absence, i *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 8, 855-63.
- Twaddle, Andrew (1974): The concept of health status, i *Social Science & Medicine* 8, 29-38.
- Velfærdsministeriet (2006): *Lovbekendtgørelse nr. 699 af 07/06/2006. Lov om social service*, København, Velfærdsministeriet.
- Vallgård, Signild (2003): *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*, Århus, Magtudredningen, Forfatterne og Århus Universitetsforlag.
- Wadell, Gordon (2004): *The back pain revolution*, 2. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone.

**Eva Ladekjær Larsen**, mag art., ph.d., adjunkt ved Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet, desuden tilknyttet Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midt.

e-mail: [elarsen@health.sdu.dk](mailto:elarsen@health.sdu.dk)

**Hans Jørgen Søgaard**, ph.d., forskningsleder, overlæge og klinisk lektor ved Psykiatrisk Forskningsenhed Vest, Region Midt.

e-mail: [hasoeg@rm.dk](mailto:hasoeg@rm.dk)