

Utan namn är sjukdomen hemlös

- En diskursanalys om framställan av symtomdiagnoser i rättsliga dokument.

Av Fanny Jönsson och Sara Larsson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
HT 2014



Handledare: Lotti Ryberg-Welander

Abstract

Authors: Fanny Jönsson and Sara Larsson

Title: Without a name the illness is homeless. A discourse analysis about the depiction of symptom diagnosis in legal documents. [Translated title]

Supervisor: Lotti Ryberg-Welander

The aim of the study was to examine how symptom diagnosis are depicted and defined in different legal documents through a social constructionism point of view, with the help of a discourse analysis. The study also examined the standards that can be created with regards to symptom diagnosis and illustrates the different values that can contribute or counteract the creating of stigma. We will also relate symptom diagnosis to the standard-setting of illness. The study examined nine preliminary works; three propositions and six Official Reports from the Swedish government. We've used quotes, words and expressions in order to illustrate how the Swedish government depicts symptom diagnosis. The quotes were then codified into different themes such as responsibility, stigma, comparisons, individual, economy, presentation and the standard-setting of illness. The result of the study was that we found that the symptom diagnosis is very hard to define and treat. We also found that the government depicts the notion of the illness as wide, diffused, versatile, ambiguous and unclear. To depict the illness and the people with this illness this way creates alienation and stigma.

Key words: Symptom diagnosis, depiction, standard, standard-setting, sickness insurance system, alienation, stigma, versatile, ambiguous, diffused

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	4
1.1. PROBLEMFÖRMULERING.....	4
1.2. SYFTE.....	5
1.3. FRÅGESTÄLLNINGAR.....	5
1.4. BEGREPP.....	6
2. TIDIGARE FORSKNING	7
2.1. DET DUBBLA STATUSHANDIKAPPET.....	7
2.2. DEBATTEN OM SJUKFRÅNVARON.....	8
2.3. FRÅN SJUKSKRIVNING TILL ARBETE ELLER ARBETSLÖSHET.....	10
2.4. DIAGNOSSÄTTNING VID KRONISKA SMÄRTOR.....	11
2.5. SAMMANFATTNING AV TIDIGARE FORSKNING.....	12
3. TEORI	12
3.1. SOCIALKONSTRUKTIVISM.....	12
3.2. NORMBILDNING.....	13
3.1. STIGMATISERING.....	14
3.4. SAMMANFATTNING AV TEORI.....	14
4. METOD	15
4.1. VAL AV METOD.....	15
4.2. FÖRTJÄNSTER OCH BEGRÄNSNINGAR.....	16
4.3. URVAL OCH AVGRÄNSNING.....	16
4.4. VALIDITET OCH RELIABILITET.....	17
4.5. ETISKA ÖVERVÄGANDE.....	18
4.6. TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	18
4.6.1. <i>Analysfrågor</i>	19
4.7. SAMMANFATTNING AV METOD.....	20
5. ANALYS OCH RESULTAT	21
5.1. SVÅRBEDÖMDA BESVÄR.....	21
5.2. EN RENODLAD SJUKFÖRSÄKRING.....	25
5.4. SJUKDOM ELLER INTE?.....	28
5.5. SJUKDOMSBEGREPPETS NORMBILDNING.....	31
5.6. LATA MÄNNISKOR MED ALLMÄNNA BESVÄR?.....	35
5.7. SLUTKOMMENTAR TILL ANALYS OCH RESULTAT.....	37
6. SLUTDISKUSSION	38
7. REFERENSLISTA	43
7.1. EMPIRI.....	43
7.2. LITTERATUR.....	43

1. Inledning

År 1955 blev sjukförsäkringen allmän lag i Sverige vilket innebar att svenska arbetare kunde kompenseras till 100 procent med sjukersättning vid skada eller sjukdom. Det innebär att den sjukskrivne kan få sjukersättning genom sjuklön eller någon form av sjukförsäkring (Edebalk, 2007). Under den ekonomiska krisen på 1990-talet kritiseras sjukförsäkringen på grund av den höga sjukfrånvaron som råder i Sverige. I debatten hävdas det att läkare sjukskriver patienter slentrianmässigt och att patienterna inte lyckas komma tillbaka till arbete efter en sjukskrivningsperiod. Istället för att titta på individens arbetsförmåga försöker man se om det finns något sätt som individen kan återgå till arbete i någon grad. På så sätt blir deltidssjukskrivning det önskade istället för heltidssjukskrivning. Sociala, ekonomiska och existentiella problem ska inte längre omfattas av sjukförsäkringen när riktlinjerna skärps till år 1997. Enbart nedsättning i arbetsförmåga till följd av sjukdom hos den försäkrade ska ge rätt till ersättning (Hultgren, 2011).

Efter flera år av fortsatt hög sjukfrånvaro bestämmer den dåvarande regeringen sig för att skärpa till riktlinjerna för sjukförsäkringen. År 2008 ändras reglerna kring sjukförsäkringen. Sjukpenningen blir nu tidsbegränsad vilket medför högre krav samt att det endast går att få sjukpenning under en tidsbegränsad period. Samtidigt införs den så kallade rehabiliteringskedjan vilket innebär bestämda tidpunkter för när arbetsförmågan ska prövas mot arbetsmarknaden för de som är sjukskrivna med rätt till sjukpenning. Med högre krav och nya regler hoppas regeringen på att sjukskrivningarna ska minska (Hultgren, 2011) (Försäkringskassan, 2014).

1.1. Problemformulering

Under 2000-talet är debatten om sjukfrånvaro och sjukskrivningar en väldigt omtvistad fråga inom välfärdspolitiken i Sverige och ett stort samhällsproblem. Sjukfrånvaron i Sverige är nästan tre gånger så hög jämfört med i andra västeuropeiska länder, detta efter att sjukfrånvaron i stort sett fördubblats mellan åren 1998 och 2003. Under den här tiden uppskattas kostnaden för den här ohälsan vara lika hög som hela hälso- och sjukvårdens kostnad. Istället för att sjukskrivningsdebatten är en fråga om ohälsa går den över till att bli en debatt om överutnyttjande och fusk. De sjukskrivna som tidigare uppfattats som offer anses nu vara överkänsliga och ovilliga att arbeta (Johnson, 2010).

Mer än femtio procent av alla ersättningsdagar betalas ut genom sjukförsäkringen till människor med så kallade symtomdiagnoser. Centralt för frågan om sjukskrivning bland dessa diagnoser är patientens framställning av symtom såsom smärta, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter och

trötthet etcetera. Svårigheten i beslut om rätt till sjukpenning i detta läge handlar om huruvida läkare och myndigheter tror på eller ifrågasätter patienten (Norberg, 2014). Medicinsk kunskap och socialförsäkringens regelverk går inte att tillämpa helt utan värderingar. Det som ofta utgör dessa värderingar är uppfattningar om vad ska ingå i sjukförsäkringen (Hultgren, 2011).

Sjukfrånvaron är ett välkänt samhällsproblem och vaga, diffusa diagnoser såsom symtomdiagnoser är en del av det. Eftersom så stor del av sjukförsäkringen går till de här så kallade symtomdiagnoserna, undrar vi hur det kan vara så och vad det kan bero på. Varför är detta ett så pass stort samhällsproblem? Är det på grund av hur det framställs? Har det att göra med samhällets normer om sjukdomar? Den socialförsäkringsrättsliga definitionen av begreppet sjukdom är från 1944. Eftersom det finns så många olika sjukdomar och diagnoser har vi i samhället försökt att skapa olika nivåer och grupper för att bedöma hur allvarsam sjukdomen är. Bland annat skapas begreppet allvarlig sjukdom för att lättare kunna dela sjukdomar i olika kategorier. Genom att skapa ett begrepp såsom allvarlig sjukdom skapas en motsatsgrupp som då automatiskt ses som ”inte” allvarliga. Utifrån det här funderar vi på om de här olika begreppen också kan vara en bidragande faktor till problemet kring sjukförsäkringen? Sjukförsäkringen har varit ett stort problem de senaste tjugo åren. Trots lagändringarna under de senaste åren, verkar det som om sjukförsäkringens problem kvarstår och debatten verkar fortfarande domineras av överutnyttjande och fusk.

1.2. Syfte

Syftet med studien är att med hjälp av en diskursanalys undersöka hur symtomdiagnoser framställs och definieras i olika offentliga dokument ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Studien undersöker även vilka normer som kan bildas i förhållande till begreppet symtomdiagnoser och belyser vilka olika värderingar som kan bidra till eller motverka skapandet av stigmatisering kring begreppet. Vi kommer även relatera symtomdiagnoser till sjukdomsbegreppets normbildning.

1.3. Frågeställningar

- ♣ Hur framställs symtomdiagnoser i SOU och propositioner?
- ♣ Vilka normer bildas kring och i samband med symtomdiagnoser?
- ♣ Hur kan värderingar kring symtomdiagnoser bidra till eller motverka stigmatisering?
- ♣ Hur samspelar symtomdiagnoser med sjukdomsbegreppets normer?

1.4. Begrepp

Sjukpenning och sjuklön: Om du blir sjuk och inte kan arbeta som vanligt kan du få ersättning i form av pengar. Om du är arbetslös får du ersättning från Försäkringskassan. Har du ett arbete får du ersättning från din arbetsgivare under de 14 första dagarna och det kallas då för sjuklön. Efter 14 dagar är det Försäkringskassan som beslutar om du har rätt till sjukpenning istället. Sjukpenningen är tidsbegränsad först till 364 dagar och då får du ca 80 % av den sjukpenninggrundade inkomsten, efter det går det att få förlängd sjukpenning till 550 dagar och då får du ca 75 % av den sjukpenninggrundade inkomsten.

Rehabiliteringskedjan: Om du inte kan utföra ditt vanliga arbete hos din arbetsgivare under dina första 90 dagar av sjukskrivningen har du rätt till sjukpenning. Efter 90 dagar prövas din arbetsförmåga på hela din arbetsplats och om du inte klarar av att utföra något arbete alls, har du rätt till sjukpenning i ytterligare 90 dagar. Efter 180 dagar prövas din arbetsförmåga på hela arbetsmarknaden, kan du inte utföra något arbete alls då heller blir du fortsatt berättigad till sjukpenning.

Sjukersättning: Om du troligen aldrig kommer kunna arbeta heltid på grund av en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning kan du få bli berättigad sjukersättning. Din arbetsförmåga måste vara nedsatt med minst en fjärdedel och du måste vara mellan 30-64 år gammal.

Aktivitetsersättning: Om du är mellan 19-29 år gammal kallas din ersättning för aktivitetsersättning istället för sjukersättning.

Propositioner: Ett förslag som regeringen presenterar och lämnar fram till riksdagen, till exempel för att skapa en ny lag.

Statens Offentliga Utredningar (SOU): En serie betänkanden och rapporter skapad av svenska statliga utredningar som kan ligga till grund för till exempel propositioner. Direktiven till utredningar ges av regeringen och utredningarna görs av ensamutredare eller kommittéer.

Remissinstanserna: Olika myndigheter och organisationer som regeringen skickar ut betänkande till för att de ska lämna ett yttrande för att reda på möjliga konsekvenser som förslaget kan få om det genomförs.

Socialstyrelsens riktlinjer: Socialstyrelsen skriver riktlinjer för myndigheter såsom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa bygger på vetenskap samt erfarenhet. Riktlinjerna bör följas men de är inte juridiskt förpliktande.

Försäkringsmedicin: All klinisk verksamhet som på ett eller annat sätt kan leda till försäkringsbedömningar och försäkringsmedicinska intyg, med allt från enkla sjukskrivningar till svårbedömda funktionsnedsättningar.

Etiologi: Kunskapen om orsakssamband, inom medicin används ordet främst för att förstå den bakomliggande sjukdomen.

Heterogen: En benämning på något som består av två åtskiljbara ämnen, till exempel vatten och olja.

2. Tidigare forskning

2.1. Det dubbla statushandikappet

”Det dubbla statushandikappet och sjukförsäkringens moraliska praktiker – en aktstudie om sjukpenningärenden som får negativa beslut på Försäkringskassan” är en forskningsrapport skriven av Peter Hultgren (2011). Hans undersökning baseras på en granskning av akter som etablerades 2006 i sjukpenningärenden där sjukpenning nekats. Teorierna som Hultgren (ibid) använder sig av är moraliska praktiker och institutionaliserade organisationer. Hultgrens (ibid) studie undersöker på vilka grunder beslut om sjukskrivning och sjukpenning fattas, hur de fattas och vad som kännetecknar de som får negativa beslut. Hans syfte är att undersöka interaktionen mellan sjukskrivningsprocessens aktörer, det vill säga Försäkringskassan, försäkringsläkarna, läkarna och eventuellt arbetsgivarna, och hur denna har format vad som avgör gränserna mellan sjukskrivning och arbetsförmåga i sjukförsäkringen. En av hans slutsatser är hur en sjukdomsdiagnos tilldelas antingen hög eller låg status. Hultgren (ibid) skriver att symtomdiagnoser är en av de diagnoser som tilldelas låg status och därför många gånger nekats sjukpenning. Han kommer även fram till att en människas position på arbetsmarknaden också påverkar statusen. Det som Hultgren (ibid) kallar för ett dubbelt statushandikapp är när en människa anses ha en låg status på arbetsmarknaden samt en sjukdomsproblematik som är lågt värderad. Mer än hälften av människorna som nekats sjukpenning är arbetslösa och de som arbetar har arbeten som inte kräver någon särskild utbildning och är

lågavlönade (Hultgren, 2011).

Trots att diagnoser ska vara fria från värderingar finns det ändå en rangordning inom dem. Diagnoser som är akuta och rent av dödliga samt där orsakerna till sjukdomen är tydliga tillskrivs en hög status, såsom hjärtinfarkt och cancer. Andra diagnoser som är kroniska men inte dödliga tillstånd där det är svårt att hitta orsaken till sjukdomen har låg status, till exempel fibromyalgi och utbrändhet. Hultgren (2011) kommer i sin undersökning fram till att sjukskrivningar med vissa diagnoser löper större risk att få negativa beslut från Försäkringskassan och därmed nekas sjukpenning. Detta är diagnoser som är svåra att specificera, till exempel myalgi (muskelvärk), ledvärk, värk i nacke och axlar. Ett undantag är ospecificerad ryggvärk som inte på samma sätt är förknippat med negativa beslut (Hultgren, 2011).

Behandlande läkare och försäkringsmedicinska rådgivare har möjligen stort inflytande men det är tjänstemän på Försäkringskassan som beslutar huruvida någon är sjuk och arbetsförmögen. Detta är en svår gränsdragningsprocess med en blandning av moraliska åsikter och skärpta bedömningsgrunder menar Hultgren (2011).

Vem som är arbetsförmögen till följd av sjukdom och därmed berättigad sjukpenning är i hög grad en bedömning som grundar sig i moraliska föreställningar om giltiga och rimliga skäl. På så vis formas moraliska kategorier av försäkrade som är berättigade till sjukpenning och försäkrade som inte bedöms vara berättigade sjukpenning – de som nekas (Hultgren, 2011, s.151).

De moralföreställningar som dominerar i samhället och arbetsplatsens rådande förhållningssätt avgör patienters sociala värde. Utan handlings- och tolkningsfrihet i läkaryrket är det svårt att styra hur resurserna ska fördelas utan att bryta mot reglerna. Därmed är det inte patientens behov eller hur regelverket kan frångås i bedömningen vid sjukpenning, som helt avgör utan också om patienten anses vara förtjänt av resurserna (Hultgren, 2011).

2.2. Debatten om sjukfrånvaron

Björn Johnson (2010) har skrivit forskningsrapporten ”Kampen om sjukfrånvaron” där han utgår från debatten på 1980-talet om huruvida sjukfrånvaron berodde på ett överutnyttjande. Han gör en kvalitativ textanalys med pressmaterial som främsta empiri. Johnson (2010) skriver att boken inte är tänkt som:

någon uppvisning i statsvetenskaplig eller sociologisk problemdefinieringsteori. Med undantag för resonemanget om möjligheterna att värdera olika problemdefinitioner har jag inga teoretiska ambitioner med boken, vare sig när det gäller teoriutveckling eller hypotesprövning [...] I första hand är detta alltså en empirisk undersökning om det gångna decenniets sjukfrånvarodebatt (s.19).

Johnson (2010) har som syfte att ta reda på hur den svenska sjukfrånvaron definieras som samhällsproblem, under en tidsperiod från 1990-talet fram tills idag. Han vill även undersöka hur problemdefinitionerna förändras under denna tid samt dess konsekvenser i ett policyhänseende. Johnsons (2010) sammanfattning och slutsats är att sjukfrånvaroproblemet varierar stort. Från att ibland uppmärksammas, till att i vissa perioder nästan helt försvinna och knappt diskuteras i media. På 2000-talet blir det ett av Sveriges största samhällsproblem och mer omdiskuterat än någonsin, aldrig tidigare har detta blivit så uppmärksammat. En konsekvens av detta blir en rad olika lagförändringar i hopp om att sänka sjukfrånvaron. Det leder även till att sjukfrånvaron får en negativ klang och blir en diskussion om överutnyttjande (Johnson, 2010).

I boken framgår det att regeringen år 1991 väljer att kraftigt sänka sjukpenningens första tre sjukdagar. Under krisuppgörelsen ett år senare blir regeringen tvungen att återinför karensdagen och sänka sjukpenningen. Under 1990-talet råder det ekonomisk kris i Sverige vilket medför förändringar i sjukförsäkringen. Samhället pendlar mellan att se sjukförsäkringen som ett samhällsproblem till att i nästa stund knappt uppmärksamma det. I slutet av 1990-talet till början av 2000-talet ökar sjukfrånvaron drastiskt och ses som ett av landets mest allvarliga samhällsproblem. Debatten ändrar fokus från att ha betraktats som ett arbetsmiljöproblem och en ohälsifråga till att istället ses som ett överutnyttjande (Johnson, 2010).

Johnson (2010) förklarar att begreppet överutnyttjande får konsekvensen att människor som tidigare ansågs vara offer för olika faktorer såsom stress och nedskärningar i arbetslivet istället blir ifrågasatta och sedda som arbetskygga. Dessa människor anklagas för att ta den enkla vägen ut och sjukskriva sig istället för att gå till jobbet när de har huvudvärk eller är förkylda. Likaså om de upplever att de har det stressigt på jobbet eller vill vårda en sjuk anhörig så är det enklare att sjukskriva sig. Johnson (2010) nämner en neuropsykologisk expert, Håkan Eriksson vid Akademiska sjukhuset i Uppsala som skriver en omtalad debattartikel i Dagens Nyheter år 2002. Han skriver att det finns ett samband mellan sjukfrånvaron och de nya diagnoserna såsom till exempel utbrändhet. Eriksson menar att de nya diagnoserna bjuder in till att bli sjuk på nya sätt och säger även att utbrändhet är en praktisk biljett för en paus från arbetslivets krav (Eriksson, 2002 ref. i Johnson 2010).

En allt större andel av samhällets psykiatriska resurser styrs smygande över från verkligt sjuka till individer med dubiösa diagnoser – till patienter som förr helt enkelt inte fanns inom psykiatrin och knappast borde finnas där (Eriksson, 2002 cit. i Johnson 2010, s.122).

Debatten i media handlar nu om hur det svenska folket plötsligt blivit väldigt sjuka från att alltid ha setts som ett väldigt friskt folk. I samband med detta påpekas det att mätbara sjukdomar förbättras vilket borde leda till ett bättre hälsotillstånd i Sverige. Johnson (2010) skriver även att en annan debatt handlar om hur spridningen av dubiösa och diffusa diagnoser får folk att vilja fuska och utnyttja sjukförsäkringen. Flertalet menar att det snarare är ett omedvetet överutnyttjande.

2.3. Från sjukskrivning till arbete eller arbetslöshet

Per Norberg (2014) har skrivit forskningsrapporten ”Inkomstskyddet vid övergång från sjukskrivning till arbete eller arbetslöshet. Om hur och varför den sjuke alltid haft ett bättre skydd än den arbetslöse och det problem som det medför”. Syftet med forskningsrapporten är att ge en förståelse för hur tankesätten i sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen kan skilja sig åt och att det därför kan vara svårare att lösa grundproblematiken än vad det ger sken av.

Norberg (ibid) diskuterar huruvida en person gör en förlust på att gå från sjukförsäkringen till arbetslöshetsförsäkringen, något regeringen knappt tar upp. I boken kan läsaren följa hur detta har sett ut genom tiderna fram tills idag samt vilka normer och uppfattningar som finns kring både sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Norberg (ibid) använder sig av det normativa fältet som teoretisk utgångspunkt. Samtidigt tar även han upp problematiken kring symtomdiagnoser i samband med sjukskrivning och sjukförsäkringen (ibid).

År 2008 införs rehabiliteringskedjan som medför en rad olika lagförändringar som påverkar sjukförsäkringen. Detta medför svårigheter i att bestämma allvarlighetsgraden i olika sjukdomar. Som svar inför regeringen ett nytt begrepp, allvarlig sjukdom. Personer med allvarlig sjukdom får lov att tillhöra sjukförsäkringen trots att arbetsförmåga för lågavlönade arbeten finns. De ska inte behöva leva på den låga arbetslöshetsförsäkringen och söka jobb hos Arbetsförmedlingen utan personerna ska betraktas som att de alltid är sjuka (Norberg, 2014).

Norberg (2014) tar upp två exempel på sjukdomar som tillhör begreppet allvarlig sjukdom, nämligen stroke och MS. Båda sjukdomarna är lätta att diagnosticera, MS är en degenerativ sjukdom där personen i fråga blir sämre och sämre medan stroke är en sjukdom som går att återhämta sig ifrån, om än långsamt. Andra exempel på allvarliga sjukdomar som regeringen tar

fram är förlust av kroppsdel, brännskador och förlamning med flera. Sjukdomar som innefattas av allvarlig sjukdom ska inte behöva prövas mot hela arbetsmarknaden när det har fastställts att personen ifråga inte blir bättre. ”Det är alltså fråga om situationer där det är lätt för en utomstående att se att arbetstagaren är sjuk” (Norberg, 2014, s. 186).

Norberg (2014) sammanfattar följden av begreppet allvarlig sjukdom på följande sätt i sin analys:

Antingen bygger man vidare på ett system med helt olika kärnvärden och då kommer gränsen mellan sjukdom och arbetslöshet att fortsätta att vara av central betydelse. Då blir samhällets uppgift att sortera en grupp människor och säga till vissa att du har diagnosen MS, det räknas som en allvarlig sjukdom och du har rätt till den förmånliga behandlingen. Samtidigt ska andra få budskapet du har symtomdiagnosen ryggbesvär och ledvärk, dig ska vi kontrollera noggrant. Ju mer arbete man kan få ut av den som ska kontrolleras noggrant desto större bli risken att denne ska tvingas leva i den betydligt sämre arbetslöshetsförsäkringen. Ju mer arbete man kan få ut av denna personen desto mindre sjuk anses den vara (Norberg, 2014, s. 242).

2.4. Diagnossättning vid kroniska smärtor

Vi vill också ta upp en rapport från 2014 om diagnossättning vid kroniska smärtor för att belysa läkares svårigheter i att sjukskriva patienter med dessa diagnoser. Rapporten är skriven av Stålnacke, Bäckryd, Roeck Hansen, Novo & Gerdle till Nationella Registret över Smärtbehandling och heter *Rapport 2014:3, Smärtanalys och Diagnossättning vid Kroniska Smärtor inom Specialiserad Smärtvård*. I rapporten diskuteras socialstyrelsens riktlinjer kring diagnossättning, de tar upp både positiva och negativa aspekter och kommer med förslag på förbättringar av riktlinjerna.

Gruppens uppfattning är att SoS riktlinjer innehåller positiva klargörande moment, som t.ex. kravet på en smärtdiagnos samt konstaterandet att diagnoskoder som beskriver radiologiska fynd inte alltid innebär att patienten har ont och därför inte bör användas. Till det negativa med SoS riktlinjer hör den otydlighet och förvirring som uppstår när man som huvuddiagnos i vissa fall anmodas fortsätta använda vissa traditionella smärtdiagnoser (sådana som ”indikerar förmodad typ av patofysiologi”, t.ex. migrän), samtidigt som man i andra fall anmodas använda ovannämnda svenska tillägg till ICD- 10 som huvuddiagnos istället för väletablerade traditionella smärtdiagnoser (Stålnacke et al. 2014, s.10)

Syftet med rapporten är att föreslå en komplettering till Socialstyrelsens riktlinjer kring smärtdiagnostik. De vill att två system ska användas parallellt, både Socialstyrelsens samt en utökad smärtemekanistisk klassificering. ICD-10 är en sjukdomsklassifikation som består av diagnoskoder

som används för att dela in sjukdomar och ställa diagnoser (Stålnacke et al. 2014).

2.5. Sammanfattning av tidigare forskning

Utifrån den forskning som vi har studerat framkommer det att sjukskrivningsdebatten varit ett omtalat ämne utifrån många olika aspekter. Överutnyttjande och fusk är en benämning på debatten om sjukfrånvaron som Johnson (2010) använder i sin rapport. Även Norberg (2014) tar upp sjukförsäkringens historia och diskuterar vilka normer som kan förknippas med sjukförsäkringen. Tillsammans visar Norberg (2014) och Johnson (2010) att det är ett omdiskuterat och relevant samhällsproblem som fortfarande kräver vår uppmärksamhet.

I Hultgrens (2011) rapport framkommer det att olika diagnoser och sjukdomar tilldelas olika status och att detta kan leda till att patienten behandlas olika utifrån vilken diagnos eller sjukdom den har. Symtomdiagnoser är en av de diagnosgrupper som Hultgren menar tilldelas lägre status. En av faktorerna som kan ha föranlett till att symtomdiagnoser har fått denna status är att de är diffusa, komplexa och svåra att definiera (Hultgren, 2011). Relevansen för detta i vår studie är att vi vill undersöka om framställningen av symtomdiagnoser i rättsliga dokument kan vara en bidragande faktor till den status en diagnos tilldelas. Hultgren (2011) diskuterar även de olika aktörerna såsom Försäkringskassan, försäkringsläkare och läkare, och deras roll i sjukskrivningsprocessen. Han tar upp läkarnas svårigheter med att ställa rätt diagnos och hur de ska förhålla sig till sjukskrivningar (Hultgren, 2011). Den här problematiken i diagnossättning ser vi också i rapporten av Stålnacke et al. (2014) som belyser den här situationen för läkarna.

Den forskning som vi presenterar framhåller vårt ämne både som ett relevant forskningsämne och även som ett omdiskuterat samhällsproblem. Vi kan även mer specifikt se att symtomdiagnoser ibland framställs som ett begrepp med låg status vilket blir intressant för oss eftersom framställning av symtomdiagnoser är inriktningen i vår studie. All tidigare forskning är dessutom tidsrelevant och publicerad inom de senaste fem åren. Symtomdiagnoser uppmärksammas i olika typer av forskning, såväl samhällsvetenskaplig som medicinsk. De upplevs som problematiska och nyttan av begreppet kan ifrågasättas.

3. Teori

3.1. Socialkonstruktivism

Inom socialkonstruktivism fokuseras det på olika samhällsfenomen som konstrueras av oss och på

dess utveckling. Att ta reda på den ”sanna” grunden till människors handlingar är också ett fokus. Inom socialkonstruktivismen menar man att människor genom sina dagliga interaktioner med andra människor skapar versioner om kunskap och hur de ser på världen. Vi vill även nämna att det inom socialkonstruktivismen ofta talas om diskurser som skapar en version om hur något uppfattas och uttrycks. Diskursen handlar ofta om att det finns en viss struktur och mönster i språket och det är språket som styr när en socialt konstruerad version av verkligheten skapas (Winther Jørgensen & Philips, 2000).

Socialkonstruktivismen uppmanar oss att vara kritiska mot vår version av verkligheten (Burr, 1995) och se bortom den objektiva sanningen. Rättsliga dokument är ämnade att påverka människor och på så sätt skapar de en objektiv version av sanningen. Därför är det viktigt att som läsare vara kritisk mot det som innehållet försöker förmedla. Förutfattade meningar kan skapas genom en diskurs och ger då människor en brist på objektivitet (Winther Jørgensen & Philips, 2000).

3.2. Normbildning

Normers tillkomst ser olika ut beroende på hur normer definieras. En allmän uppfattning är att normer tenderar att bestämma människors ageranden. Inom rätten kan normer definieras som något som förbjudet, påbjudet, tillåtet och så vidare. Normer är med andra ord inom rätten, en form av praktiska sats. Normer och rättsregler är något redan befintligt och syftar inte till människors faktiska handlande (Baier & Svensson, 2009). I vår empiri arbetar vi med rättsliga normer som har hjälpt till att forma sjukförsäkringen och påverkat hur samhället ser på den. Dessa formar i sin tur sociala normer som vi kommer försöka lyfta fram och tydliggöra för att problematisera hur symtomdiagnoser framställs.

Lagar är ett exempel på en skriven text där rättsliga normer skapas, vi kommer att fokusera på dessa rättsliga normer i vår analys. Normer kan se ut på olika sätt och ofta har de ett handlingsanvisande uttryck eller innehåll. Normer ges vanligtvis uttryck i skriven text. Språket är bärare av olika typer av normer såväl rättsliga som andra. Ett sätt för språket att formulera och betona normer är att använda sig av olika typer av ord av värderande inslag. Det finns olika tecken och ord som kan markera vikten av en norm (Baier & Svensson, 2009). Baier & Svensson (ibid) ger exempel på vissa sådana ord: ”Skall, kan, bör, får etc.” (Baier & Svensson, s.131). Även förkortningar, kursiveringar, understrykningar eller symboler som utropstecken kan påvisa en betydelsefull innebörd och påverka hur vi läser texten (ibid). I de texter vi kommer att analysera förekommer understrykningar och symboler sällan. Vi kommer att fokusera på hur ord, fraser och sats är uppbyggda och på hur de samspelar. Vi kommer även att arbeta med hur förkortningar,

citationstecken och kursiverad text används för att markera något och på så sätt skapa normer.

Som en del av normbildningsprocessen vill vi också nämna att det finns en risk att normer kan skapa något som ses som normalt. När det normala skapas bidrar det även till att en motsats formas, det som inte ses som normalt. Det normala formar de onormala. Normer kan påverka vad som ses som åtråvärt i vårt samhälle, vad vi strävar efter (Svensson, 2007). Svensson (2007, s. 18) skriver ”Oavsett vilket av begreppen man fokuserar, frisk eller sjuk, handlar det om att man resonerar i förhållande till en normalitet” (ibid). Denna strävan efter att vara normal kan skapa olika kategorier. Sociala kategorier kan bidra till att människors beteendeyttringar sorteras in i olika fack (Meeuwisse, 2007). Kategorier som leder till att människor delas in i olika fack kan skapa stämpling och utanförskap, med andra ord ett stigma.

3.3. Stigmatisering

”Grekerna, som tydligen höll mycket styvt på visuella hjälpmedel, skapade termen stigma för att beteckna kroppsliga tecken avsedda att påvisa någonting ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status” (Goffman, 2011, s. 9). Nuförtiden används termen snarare till att beskriva den utsattes situation istället för dess kroppsliga attribut (Goffman, 2011). Genom att utsatta människor tilldelas olika status placeras de i olika fack och därmed kategoriseras.

Samhället bestämmer vilka verktyg som ska användas för att dela in människor i olika kategorier. Detta bidrar till att vi när vi träffar nya människor kan använda oss av dessa verktyg för att placera dem i kategorier och tillskriva dem olika egenskaperna. På så sätt skapas sociala identiteter. Vi gör om våra första intryck av en människa till normativa förhoppningar som i sin tur blir krav, men det är inte alltid detta görs medvetet. Det är först när vi förstår vilka föreställningar vi skapar om hur en person borde vara som vi också kan se det avvikande och de icke önskvärda egenskaperna hos denna person. Från att ha betraktat människan som vanlig och normal ser vi honom som utstött och kastmärkt, detta ger honom en viss stämpel, alltså ett stigma (Goffman, 2011).

3.4. Sammanfattning av teori

Perspektivet socialkonstruktivism kan användas för att försöka förklara hur kunskap skapas i sociala sammanhang. För att förstå hur symtomdiagnoser framställs behöver vi komma till insikt med hur de har blivit socialt konstruerade i vår empiri. Konstruktionen skapas av olika typ av normer. För att studera hur rättsliga normer bildas kommer vi att utgå från en föreställning om språkliga normer och hur dessa konstrueras i texter. Vi kommer att arbeta med material som har en rättslig kontext,

och som därmed har en rättslig konsekvens i till exempel beslutsfattande. Det vi är intresserade av är de värderingar som ligger till grund för begreppet symtomdiagnos och hur dessa kommer till uttryck i våra valda dokument. I samband med detta kommer vi även att försöka belysa vilka olika värderingar som kan bidra till eller motverka skapandet av stigmatisering kring sjukdomsbegreppen. Stigmatisering som teori kan hjälpa oss att uppmärksamma ord som tilldelar människor olika status och placerar människor i olika kategorier.

4. Metod

Här kommer vi bland annat att redogöra för val av metod, metodens förtjänster och begränsningar, urval och avgränsningar och validitet och reliabilitet.

4.1. Val av metod

Bryman (2011) menar att kvalitativa studier både är förklarande och konstruktionistiska. Diskurser skapar förutfattade meningar för människan vilket leder till en brist på objektivitet för verkligheten. Diskurser är föränderliga och temporära, de representerar därför bara en tillfällig avspeglning av hur verkligheten kan se ut. I diskurser är det språket som styr och medverkar till att skapa en socialt konstruerad version av verkligheten (Winther Jørgensen & Philips (2000). För att citera Winther Jørgensen & Philips (2000), ”diskurs är ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen)” (Winther Jørgensen & Philips (2000, s.7).

Diskurser kan därför få oss att se på omvärlden på ett visst sätt och att skapa en ram för detta. Exempelvis kan en diskurs som rör mental hälsa ändra sättet människor uppfattar mentalt störda personer och hur dessa ska bemötas, behandlas samt hur människor ser på deras sjukdom (Bryman, 2011). Mentalt störda människor är ett exempel på en grupp människor som är kategoriserade som avvikande. En sjukdomsdiagnos kan också få människor att uppfattas som att de avviker från normen. Människor som avviker från normen tenderar att hamna i ett utanförskap och bli stigmatiserade (Goffman, 2011).

För att få fram det resultat vi strävar efter i våra dokument kommer vi att använda oss av diskursanalys som metod. Diskursanalys kan tillämpas på texter enligt Bryman (2011) och är ”inriktad mot texters innebördsaspekt” enligt Bergström & Boréus (2005, s.26). Metoden kan hjälpa oss att tydliggöra stigmatiseringens roll och belysa vilka normer och värderingar som kan skapas i förhållande till symtomdiagnoser.

4.2. Förtjänster och begränsningar

Det finns förtjänster och begränsningar med att använda sig av diskursanalys som metod.

Förtjänsterna är bland annat att texterna, det vill säga vår empiri är lättillgänglig då den finns att hämta på internet idag. I diskursanalys är det språket som analyseras och som May (2001) skriver går en text att läsas på en rad olika sätt, vilket kan ses som både en fördel och en nackdel. Kritik mot att analysera dokument är risken att man som forskare ofrivilligt läser dessa dokument på ett selektivt sätt (May, 2001). Vi förstår att det är viktigt att läsa dokumenten så objektivt det går. Även om dokumenten i sig inte är påverkade av vår förförståelse om ämnet, såsom till exempel empiri från intervjuer kan riskera att bli, kan vårt sätt att tolka texten i dokumenten påverka analysen.

4.3. Urval och avgränsning

Bergström & Boréus (2005) skriver att det är viktigt att tänka igenom sitt urval och avgränsningar för att en diskurs ska kunna ses som en diskurs. För att citera Bergström & Boréus (ibid) ”Alla urval kan givetvis ifrågasättas och det gäller för forskaren att ha så goda argument som möjligt för sitt val” (s.407). I urvalet av vår empiri har vi valt att avgränsa oss till propositioner och Statens offentliga utredningar (SOU). Dessa är förarbeten som används som underlag för att framföra hur riksdagen har tänkt sig att en lag ska tolkas eller tillämpas (Ryberg-Welander, 2011).

För att göra ett bra urval är det viktigt att förstå egenskaperna och innebörden av de dokument man väljer att använda sig av. May (2001) skriver att dokumentation kan klassificeras in i olika grupper. Vår empiri tillhör både gruppen offentliga och privata dokument samt gruppen avsiktliga och oavsiktliga dokument. Våra dokument är offentliga dokument och de utgör den största kategorin av de alla. Detta är dokument som produceras på ett statligt och kommunalt plan. Dokumenten är avsiktliga då de är skapta på begäran från riksdagen och används som underlag för lagtillämpning (May, 2001).

Utöver hur dokument kan klassificeras är det också av vikt att nämna kvaliteten på dem. Bryman (2008) nämner fyra kriterier som vi kan använda oss av för att bedöma källornas kvalitet. Den första är autencitet som syftar till om dokumentet är äkta och har ett ursprung som inte kan missförstås. Det andra kriteriet som nämns är trovärdighet och detta bedömer om dokumentet har brister eller kan misstydas. Det tredje kriteriet är representativitet och handlar om huruvida dokumentet är typisk för sin art. Det sista kriteriet är meningsfullhet och detta anger om dokumentet är lätt att förstå (Bryman, 2008 s. 489). Då vi kommer att använda oss av offentliga dokument till vår empiri

finns det inget tvivel om att dokumenten är äkta och har ett tydligt ursprung. När det handlar om statens offentliga utredningar respektive propositioner, är det dokumentens status som är av relevans. Alla dokument och texter kan tolkas på olika sätt beroende på vem som läser dessa. Politiskt språk sägs ofta vara dubbeltydigt och svårbegripligt, det har därför varit av stor vikt att vi har haft detta i åtanke vid vår analys. Våra dokument består av lagförslag och utredningar som har granskats och är representativa för den kategorin de tillhör.

4.4. Validitet och reliabilitet

Det förs många diskussioner kring hur relevanta begreppen validitet och reliabilitet är inom kvalitativ forskning. I definitioner av begreppet validitet nämns vanligtvis ordet mätning (Bryman, 2011). Begreppet validitet måste inte alltid begränsas till om något är mätbart eller inte, det är inte alltid det finns något att mäta. I dessa fall innebär validitet huruvida den undersökning som utförs kan besvara en bestämd fråga (Bergström & Boréus, 2005). I vår studie finns det inget att mäta vilket innebär att vi istället kommer att koda vårt material. För att kunna koda materialet så att vi till slut kan besvara studiens syfte och frågeställningar kommer vi att utforma analysfrågor.

För att se om diskursanalysen är valid gäller det att se till sammanhanget, vilket skapas av analytiska påståenden. Hittar vi inget sammanhang eller om något av påståendena inte passar in, riskeras analysen att inte uppfattas som trovärdig (Winther Jørgensen & Philips, 2000). Vikten av att vara medveten om vilka konsekvenser vår egen förförståelse får för de diskurser vi har valt är en viktig aspekt av validitet och tillförlitlighet (Winther Jørgensen & Philips, 2000). Tillsammans har vi en del förförståelse om ämnet. Vi känner människor med symtomdiagnoser som har upplevt att de har blivit ifrågasatta och sedda som överutnyttjare. Vi förstår att detta kan påverka vår undersökning och analys. Bergström & Boréus (2005) menar att det vid en konstruktivistisk ansats kan vara svårt att bedöma validiteten. Hur vi uppfattar och förstår en text beror på vem som läser och tolkar den. När forskare har med sig sin egen förförståelse in i undersökningen riskerar denna att mista positionen som neutral observatör (Bergström & Boréus, 2005). Men i vårt fall är vår förförståelse anledningen till att vi intresserade oss för ämnet från början. Vi vill utreda om det finns en grund för vår förförståelse. Vi riskerar därför att inte vara helt neutrala men tror inte att det kommer att påverka resultatet, kanske snarare hur vi går tillväga samt vad vi väljer att fokusera på.

God validitet innebär inte automatiskt en bra undersökning. Det krävs precision, noggrannhet och att forskaren grundligt följer undersökningens olika steg, även kallat reliabilitet. För vår del som har valt att använda oss av en textanalys kan tolkningsaspekten ses som en del av reliabiliteten. För att

studien ska kunna testas fler gånger och ses som tillförlitlig är det viktigt att vara konsekvent och noggrann i sin tolkning av texter. De människor som läser analysen ska i princip kunna dra samma slutsatser vi har gör. Det är därför viktigt att underbygga våra tolkningar av texterna med citat och referat (Bergström & Boréus, 2005).

4.5. Etiska övervägande

Vetenskapsrådet (2002) skriver om individskyddskravet som kan delas in i fyra stycken forskningsetiska principer. Dessa etiska krav finns för att skydda individer mot psykisk eller fysisk skada samt kränkning. Kraven innebär i stort att forskaren måste informera om tystnadsplikt, insamla samtycke och skydda eventuella deltagares personuppgifter (Vetenskapsrådet, 2002). Vår studie kommer inte innefatta några deltagare vilket gör att vår studie inte omfattas av dessa etiska principer. Vi använder oss av dokument som är tillgängliga för allmänheten och omfattas av offentlighetsprincipen. Däremot är det av stor vikt att vi är försiktiga med hur vi själva formulerar oss och vilka värderingar vi lägger i studien eftersom vår analys handlar om att hitta texternas befintliga värderingar.

Diskursanalytikern är ofta själv förankrad i just de diskurser som hon vill analysera [...] Även om arbetet hela tiden går ut på att distansera sig från dessa diskurser och "visa dem som de är", så finns det i detta teoribygge inget hopp om att man kan komma utanför diskurserna och säga den rena sanningen. För sanningen är själv alltid en diskursiv konstruktion (Winther Jørgensen & Philips, 2000, s.56).

Som vi tidigare nämnt har vi en viss förförståelse och koppling till ämnet och som beskrivits i citatet ovan kan det svårt att förhålla sig det. Den etiska kopplingen till det här blir att vi aldrig kan distansera oss helt och se en text objektivt för vad den är. Då vår studie till stor del kommer att beskriva en befintlig diskurs och bekräfta dess innebörd kommer det bli svårt att hela tiden vara kritisk och undvika att det blir en beskrivning av dokumentens innebörd. Vi tänker att vi därför ska vara noggranna i vår analys och göra kopplingar till vår teori samtidigt som vi ska leta efter mönster i texten i form av ord och meningar.

4.6. Tillvägagångssätt

Vi började med att intressera oss för sjukförsäkringens utveckling och vad den har medfört gällande sjukskrivningar och sjukfrånvaro. Vi sökte runt på internet, i olika databaser och diskuterade hur vi skulle avgränsa ett sådant brett ämne. Till slut fastnade vi för begreppet symtomdiagnoser. Efter att

vi hade satt oss in i tidigare forskning insåg vi att det är ett komplext begrepp som har funnits i debatten om sjukförsäkringen de senaste 20 åren. Vi funderade på vad detta kan bero på och valde därför att försöka skapa oss en inblick i hur den offentliga framställningen av symtomdiagnoser ser ut. I relation till symtomdiagnoser kommer vi även att diskutera kring sjukdomsbegreppet i allmänhet. I vår analys väljer vi att förhålla oss till sjukdom som ett normalbegrepp. Vi väljer att betrakta sjukdom som det önskvärda och åtråvärda. Vi vill även poängtera att vi i vårt material främst syftar till symtomdiagnoser i samband med sjukskrivningar. Vi menar inte därmed inte att personer med symtomdiagnoser alltid måste vara sjukskrivna.

Vi inriktade oss på den rättsliga och officiella framställningen av begreppen och valde därför att använda oss av olika förarbeten från riksdagen som empiri. Vår empiri består av tre stycken propositioner och fem stycken SOU:er. För att hitta dessa dokument sökte vi på orden symtomdiagnos/symtomdiagnoser i regeringens och riksdagens databaser. Våra sökningar resulterade i totalt nio träffar varav en inte var relevant för vår studie. Utöver dessa kommer även en SOU från 1944 som innehåller den första beskrivningen av sjukdomsbegreppet att ingå i vår empiri.

Vi har kodat vårt material för att underlätta vårt arbete med analysen. Koder hjälper oss att strukturera vårt material och detta gör att det blir lättare att finna och tolka olika mönster och sammanhang. Genom kodning av vårt material kan vi synliggöra intressanta förhållanden utifrån kategorier och begrepp (Jönson, 2010). Vi kommer ta hjälp av Brymans (2011) och Boréus (2011) olika förslag och steg för kodning.

Vi började med att läsa igenom all empiri tre gånger var för sig. Tredje gången vi läste igenom empirin strök vi under och markerade de delar och citat som vi tyckte var intressanta. Vi gick sedan igenom våra markeringar och understrykningar tillsammans och sammanställde detta i ett dokument per proposition och SOU. Efter det skapade vi analysfrågor som vi tog hjälp av för att kunna dela in det vi sammanställt i olika teman. Detta sammanställde vi i nya dokument utifrån dessa teman. Vi skrev sedan ut dokumenten per tema och arbetade igenom de för att sedan påbörja analys- och resultatavsnittet.

4.6.1. Analysfrågor

Som vi beskrev tidigare har vi använt oss av analysfrågor för att dela in vårt material i teman. Vi har använt oss av följande frågor:

- Vilka begrepp och ord används för att förstå symtomdiagnoser?

- Vilka begrepp och ord används för att beskriva symtomdiagnoser?
- Vilka begrepp och ord används i samband med symtomdiagnoser?
- Hur beskrivs människor med symtomdiagnoser?
- På vilket sätt beskrivs det att människor med symtomdiagnoser ska bemötas?
- Uttrycks det någon form av förståelse för människor med symtomdiagnoser i dokumenten?
- Tillskrivs människor med symtomdiagnoser några särskilda egenskaper och i så fall vilka?
- Hur beskrivs individens roll i sjukskrivningsprocessen samt för att komma tillbaka till arbetslivet?
- Hos vem ligger ansvaret för sjukskrivningsprocessen?
- Vilka skillnader går att hitta i beskrivningarna/diskussionen mellan symtomdiagnoser och andra sjukdomar?

4.7. Sammanfattning av metod

Vi vill försöka förstå den officiella och offentliga innebörden av symtomdiagnoser och därför består vår empiri av offentliga och rättsliga dokument. Vi valde den här typen av dokument för de är bärare av olika normbildande funktioner, dels konkret beslutsfattande och dels politiskt-ideologiskt. Propositioner och SOU har en egenskap att kunna vara normbildande. De kan också påverka hur vi resonerar och känner gällande olika företeelser. Dessa källor skapar en grundsyn som påverkar hur vi bemöter och behandlar människor som omfattas av sjukförsäkringen och som i sin tur påverkar hela vårt välfärdssamhälle. Vi anser att den allmänna grundsynen spelar en avgörande roll för människor som hamnar i dessa situationer och omfattas av socialt arbete.

I en diskursanalys går det att undersöka språkets mening och hur språket påverkar framställningen av något, i vårt fall symtomdiagnoser och sjukdomsbegreppet. Eftersom vi vill se hur något framställs och konstrueras i en text är diskursanalys en lämplig metod. Metoden kan hjälpa oss att belysa vilka normer och värderingar som kan skapas i förhållande till symtomdiagnoser. Samtidigt vill vi urskilja om det finns avvikande egenskaper i samband med symtomdiagnoser. Vår empiri består av offentliga, rättsliga dokument som i många fall är menade att påverka och vara direkt normbildande. Genom att undersöka diskursen av symtomdiagnoser i rättsliga dokument får vi veta hur lagstiftarna vill att allmänheten ska se på och tycka om symtomdiagnoser. För att innebörden i dokumenten inte ska tas för givna är det viktigt att förhålla sig kritisk till dess sociala konstruktion.

Med hjälp av diskursanalysens olika steg kommer vi att kunna analysera vårt material och ta reda på hur språket påverkar hur vårt material framställs. Ett av stegen i diskursanalys är kodning och den

hjälper oss att dela upp och sammanfatta materialet för att hitta det som är av vikt för vår studie. Genom dessa steg hoppas vi kunna besvara vårt syfte och våra frågeställningar.

5. Analys och resultat

Vi har valt att integrera analys och resultat för att på ett tydligare och mer intressant sätt kunna presentera våra undersökningsfynd. Vår analys- och resultatsdel presenteras inte i kronologisk tidsordning då vi istället väljer att presentera den utifrån olika teman som genomsyrar vårt resultat. Som tidigare nämnt kommer vi att förhålla oss till sjukdomsbegreppet som det som betraktas som det normala.

Först presenteras vår uppfattning om hur symtomdiagnoser framställs i empirin, exempel ges på normbildande och stigmatiserande ord. Vi introducerar sedan sex olika delar där vi diskuterar sjukfrånvaron i förhållande till symtomdiagnoser, huruvida symtomdiagnoser ses som en sjukdom eller inte, sjukdomsbegreppets normbildning och regeringens framställning av individerna bakom symtomdiagnoserna.

5.1. Svårbedömda besvär

För att kunna gå in på hur symtomdiagnoser framställs inleder vi med att presentera regeringens första beskrivning av symtomdiagnoser från år 1996/1997 som kan ge lite klarhet i hur en sådan diagnos beskrivs i vår empiri.

För de typer av sjukdomar eller besvär som ibland endast med svårighet låter sig objektivt fastställas, eller som åsätts symtomdiagnoser, kan de förslagna reglerna få större betydelse än när det gäller sjukdomar som är objektivt påvisbara och där sambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga klart kan konstateras. Ett exempel på de typer av sjukdomar eller besvär som kan vara svåra att objektivt fastställa är olika sjukdomar i rörelse- och stödjeorganen (prop.1996/97:28, s.5).

Det som går att utläsa från citaten är det som genomsyrar resultatet av vår undersökning, symtomdiagnoser förknippas många gånger med en vag och diffus bild. Vi har i vår empiri hittat ord, uttryck och meningar som hjälper till att framställa och skapa en bild av dessa symtomdiagnoser. I det första citatet menar regeringen att symtomdiagnoser är oerhört besvärliga att fastställa. Det är viktigare att följa reglerna när det gäller symtomdiagnoser än andra sjukdomar som går att bevisa och där det går att konstatera ett samband mellan sjukdomen och

arbetsförmågan. Genom att nämna sjukdomar som *objektivt påvisbara* framställs symtomdiagnoser som att oklara och otydliga. Ytterligare en beskrivning av symtomdiagnoser presenteras i en senare proposition något år därpå:

Patienter med psykosociala problem uppvisar ofta en heterogen bild med en blandning av somatiska, psykologiska och psykosociala problem vilka ofta uttrycks genom en diffus symtombild. Dessa patienters besvär klassificeras ofta i form av s.k. symtomdiagnoser, dvs. att symtomen är avgörande för behandlingsinsatser m.m. utan att den egentliga orsaken till besvären hittas. Detta kan vidare medföra att orsaken till besvären inte uppmärksammas i erforderlig omfattning av patient och läkare. Patienter med denna typ av problem betraktas inte heller som svårt sjuka av hälso- och sjukvården, vilket ytterligare komplicerar problemlösningen (prop. 1998/99:76, s.9).

I citatet nämns ordet *heterogen* vilket innebär att även om två komponenter blandas, kan de lätt åtskiljas såsom till exempel vatten och olja. De hör inte riktigt ihop trots att de nämns tillsammans. Det påvisar att resultatet av att patienter visar en heterogen bild med massa olika besvär som egentligen inte hör ihop resulterar i en diffus och otydlig bild för läkaren. I citatet benämns symtomdiagnoser som s.k. *symtomdiagnoser*. Genom att använda uttrycket ”så kallade” framstår det som att symtomdiagnoser inte är någon konkret sjukdom trots att begreppet används. I citatet skriver regeringen att den *egentliga* orsaken till besvären inte går att hitta. Användningen av ordet *egentliga* skapar en värdering som kan tolkas som att symtomen i sig inte är verkliga eller egentliga. Att leva med värk beskrivs inte som en sjukdom eller något som sätter ned arbetsförmågan. Här beskrivs symtomdiagnoser som något icke-egentligt, till skillnad från en sjukdom som är reell och egentlig. Orden i våra exempel ovan används för att förstärka och skapa olika normer (Baier & Svensson, 2009).

Några exempel på ord som ofta används för att både beskriva själva diagnosen men också situationen kring hur patienter med symtomdiagnoser sjukskrivs och handskas med, är *slentrianmässiga sjukskrivningar*, *svårbedömda besvär*, *diffus symtombild* och *komplexa smärttillstånd*.

... en grupp patienter som uppvisar en diffus problematik och inte kan betraktas som svårt sjuka (SOU 1997:169, s.93-94).

Sjukvårdshuvudmännen har, som tidigare konstaterats, på olika sätt svårt att ta hand om och utreda den patientgrupp som kännetecknas av sammansatta och svårbedömda besvär (prop. 1998/99:76, s.10).

De slentrianmässiga sjukskrivningarna avser i många fall sjukfall där diagnoserna är oprecisa, s.k. symtomdiagnoser (t.ex. smärta, ryggbesvär eller lättare psykiska besvär) (Prop 2002/03:89, s.17).

När det gäller smärttillstånd är både bedömning om orsaker till problemet såväl som valet av åtgärder komplext (SOU 2011:15, s.110).

... behandlingen framförallt bör riktas till långvariga och mer komplexa smärttillstånd där man i bedömningen identifierat fler relevanta faktorer än enbart smärta (SOU 2011:15, s.117).

Det är mer än 10 års skillnad i citaten ovan, vi kan se en viss förändring i hur regeringen och de utredande kommittéerna har uttryckt sig kring symtomdiagnoser men innehållet i begreppet är fortfarande detsamma. Citaten konstruerar en bild av symtomdiagnoser som en patientgrupp som är svår att ta hand om med besvär som inte direkt går att få grepp om. Diagnosen är bred och svår för läkare att göra en rättvis bedömning om huruvida sjukskrivning är den bästa åtgärden. Patienterna beskrivs ha en ”mångfacetterad livssituation” till skillnad från begreppet sjukdom som är en medicinsk situation. Patienterna beskrivs även som en grupp ”som kännetecknas av sammansatta och svårbedömda besvär” (prop.1998/99:76, s.8-10).

Beredningens analys av försäkringskassornas arbete med de långtidssjuka visade att den mest betungande gruppen var de långtidssjukskrivna med sammansatta och diffusa funktionshinder (SOU 1997:169, s.42).

Sjukhuset ackumulerar en unik kunskapsmassa kring en stor, utsatt och svårrehabiliterad patientkategori som även ur samhällsekonomisk synpunkt har en stor tyngd (SOU 1997:169, s.45).

...”tunga” grupperna med permanent nedsatt arbetsförmåga... (SOU 2009:93, s.97).

Den utredande kommittéen i SOU:erna väljer här att benämna symtomdiagnoser med ord och uttryck som ”*tunga*” och *den betungande gruppen*, vilket förstärker bilden av det är en problematisk grupp att ha och göra med. Det kan göra att myndigheter som på olika sätt kan komma i kontakt med denna patientgrupp får en bild av att det är en svårhanterlig och problematisk grupp att arbeta med. Detta kan i sin tur leda till att gruppen blir föraktad och hamnar i ett utanförskap.

Hur ett ord eller uttryck används för att beskriva något kan påverka läsarens inställning till innehållet. Alltså kan ord och uttryck ha förmågan att konstruera innehållets objektiva verklighet (Winther Jørgensen & Philips, 2000). När symtomdiagnoser i empirin beskrivs som till exempel

diffusa och *vaga* får läsaren en uppfattning om det är något som inte riktigt går att sätta ord på och dess existens inte går att bevisa. Det är oklart huruvida det finns någon egentlig, medicinsk orsak till besvären. Uttryck som *ospecifika smärttillstånd* och *slentrianmässiga sjukskrivningar* ger också en uppfattning av att dessa diagnoser är svåra att specificera. I proposition 2002/03:89 står det skrivet

I avsnitt 5.1.1 beskrivs problem med de slentrianmässiga sjukskrivningarna. I många fall avser de sjukfall där diagnoserna är oprecisa, s.k. symtomdiagnoser. I korta sjukfall är det inte alltid möjligt att göra en fullständig arbetsförmågebedömning i sådana fall med symtomdiagnoser. Sjukskrivning kan därför vara motiverad. När sjukskrivningen har pågått en något längre tid är det nödvändigt att precisera diagnosen dels för att kunna bedöma rätten till sjukpenning, dels för att läkaren skall kunna bedöma vilken behandling som är lämplig.

Det förekommer att försäkrade blir sjukskrivna under längre tid än nödvändigt, eftersom sjukskrivningen förlängs slentrianmässigt under den tid den försäkrade väntar på undersökning eller behandling av specialist. Dessa fall av felaktiga eller olämpliga sjukskrivningar bör uppmärksammas och åtgärdas (prop. 2002/03:89 s.25).

När regeringen skriver att både läkare och patient måste *precisera diagnosen* efter en viss tid framstår det som att symtomdiagnoser i sig inte är preciserade och inte heller patientens upplevelse av problemen. Citatet beskriver för läsaren att symtomdiagnoser kan förknippas med felaktiga sjukskrivningar. Framställningen kan få läsaren att tolka det som att patientgruppen med dessa diagnoser inte alltid får korrekt bedömning vilket kan leda till att läkaren gör felaktiga sjukskrivningsbedömningar. Det blir en problematisk situation där det kan framstå som att det är patienterna som luras och att läkarna inte har tillräcklig kompetens för att behandla denna patientgrupp. I och med den komplexa bilden kring symtomdiagnoserna och läkarnas ibland bristande kompetens kan det leda till att patienter slussas mellan olika vårdinrättningar där ingen riktigt vet vad som göras och hos vem ansvaret ligger.

Detta betyder inte att de försäkrade inte har haft kontakter med sjukvård och olika rehabiliteringsinrättningar, men varje instans har kanske bedömt en mindre del av en ofta mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning har varit avgörande för prognosen (SOU 1997:169, s.100).

Genom att diskutera en *mångfacetterad livssituation* där något annat än sjukdom och diagnos är avgörande för prognosen, framställs det som att diagnosen saknar orsakssamband och den enskildes totala livssituation måste ventileras och behandlas. Sociala problem eller upplevda sociala problem får då inte samma betydelse som medicinska problem. Detta kan medföra att sociala problem framställs som avvikande och därmed stigmatiserande (Goffman, 2011). Samtidigt visar det på en

strävan efter en helhetsbedömning som gör det sociala arbetets kunskap relevant.

Det finns en rad olika symtom och diagnoser som kan uppfattas som att de tillhör begreppet symtomdiagnoser utifrån vår empiri. Vi vill tydliggöra att vi inte hittat en allmän definition för vad som innefattas av symtomdiagnoser utan detta är vår egen sammanfattning utifrån vissa ord och meningar som används i samband med symtomdiagnoser. Symtomdiagnoser benämns bland annat som okända, utan tydligt orsakssamband och som ospecifika besvär.

Det syndrom som benämns fibromyalgi är ofullständigt känt såväl till etiologi som till konsekvenser avseende funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Olika behandlingsmodeller har tillämpats med varierande framgång. Fibromyalgiliknande tillstånd kan benämnas och diagnosticeras med stor variation (SOU 1997:169, s.29).

[...] personer med ospecifik smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stressyndrom (SOU 2011:15, s.29).

Smärta i rörelseorganen drabbar en stor andel av personer i arbetsför ålder (1, 2). Dessa smärttillstånd relateras ibland till mer specifika diagnoser som reumatiska ledsjukdomar, artros eller ben- skörhetsfrakturer (osteoporosrelaterade frakturer), ibland till andra typer av smärttillstånd som ryggsmärta, myalgier (muskelsmärta) oftast betecknade som ospecifika smärttillstånd (SOU 2011:15, s.109).

I det första citatet skriver den utredande kommittéen att fibromyalgi är ofullständigt känt när det gäller dess *etiologi*, vilket betyder att orsakssambandet fortfarande är okänt. I citatet står det även att det finns en mängd olika namn för detta syndrom. I både det andra och tredje citatet ges också exempel på sjukdomstillstånd av ospecifik art. Symtomdiagnoser och de exempel på sjukdomstillstånd som nämns i citaten beskrivs besitta samma typ av egenskaper. En slutsats vi drar utifrån att detta är att dessa diagnoser kan uppfattas vara en del av det som kallas för symtomdiagnoser.

5.2. En renodlad sjukförsäkring

När symtomdiagnoser diskuteras som ett problem läggs mycket fokus på de kostnaderna som sjukfrånvaron och sjukskrivningarna medför. Det ska kostnadseffektiviseras, sjukförsäkringen ska renodlas och läarkompetensen ska höjas. Det är de ekonomiska problemen som regeringen väljer att ställa i centrum när det diskuteras lösning på problemet. Regeringen genomförde bland annat en renodling av sjukförsäkringen i hopp om att minska sjukskrivningarna. Inför renodlingen uttalade vissa remissinstanser sig om detta.

Arbetsmarknadsstyrelsen, Landsorganisationen i Sverige, Pensionärernas riksorganisation och Svenska kommunalarbetsförbundet är negativa och menar att en renodling av systemen medför att många försäkrade faller mellan systemen (prop. 1996/97:28, s.5).

Att falla mellan systemen innebär att vissa människor blir lidande och inte får den hjälp de behöver. Dessa människor riskerar att bli isolerade och övergivna av välfärdssamhället. Återigen kan vi se en risk för att människor med symtomdiagnoser kan stigmatiseras (Goffman, 2011). Trots detta uttalande om eventuella konsekvenser av renodling, genomfördes den ändå. Regeringen ansåg att renodlingen var något positivt då det skulle ge möjlighet att slussa människorna till rätt instans, skapa en tydlig gränssättning för vad socialförsäkringen bör ersätta samt minska sjukförsäkringens kostnader (prop. 1996/97:28).

5.3. Sjukfrånvaron på grund av symtomdiagnoser

Vår empiri presenterar problematiken kring symtomdiagnoser som om det mestadels handlar om sjukfrånvaron och de felaktiga, slentrianmässiga sjukskrivningarna som görs. Som vi tidigare nämnde ligger fokus främst på den ekonomiska aspekten. Genom en renodling av sjukförsäkringen vill regeringen öka precisionen vid sjukskrivningarna vilket i sin tur ska leda till att sjukfrånvaron minskar. Vem ska då bära ansvaret för denna förändring? I sjukskrivningsprocessen som leder till huruvida människor har rätt till ersättning eller inte, finns det flera aktörer inblandade, nämligen läkare, försäkringsläkare, Försäkringskassan samt individen själv. Regeringen skriver att en ökad utbildning i försäkringsmedicin för läkarna kan leda till en precisering av sjukskrivningarna:

I de flesta fallen saknar den intygsskrivande läkaren närmare kunskap om den enskildes arbetsförhållanden. Läkaren har därför i regel svårare att intyga sambandet med arbetsförmågan än att intyga att sjukdom föreligger. Den tid som läkaren har till sitt förfogande att närmare utreda arbetsförmågan är dessutom sällan tillräcklig. Det finns därför risk för slentrianmässiga sjukskrivningar och bedömningar av arbetsförmågan (prop. 2002/03:89, s.18).

...de intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin behöver förbättras. Den nuvarande utbildningen inom ramen för grund- och vidareutbildningen har en mycket begränsad omfattning. Den otillräckliga utbildningen i försäkringsmedicin samt tids- och resursbristen leder till att alltför många läkarintyg och läkarutlåtanden är ofullständiga eller bristfälliga i övrigt (prop. 2002/03:89, s.18).

Remissinstanserna skriver att de delar uppfattningen om att en ökad vikt av de medicinska grunderna för sjukskrivning är bra (prop. 2002/03:89). Sveriges Läkarförbund som är en del av

remissinstanserna menar dock att läkarna inte bär hela ansvaret:

Sveriges läkarförbund påpekar att läkarna har en viktig roll i sjukskrivningsprocessen men att den inte får överskattas när det gäller möjligheterna att påverka den ökande sjukfrånvaron. Läkarna arbetar under pressade förhållanden och ges i dag inte rätta förutsättningar för att göra omfattande arbetsförmågebedömningar (prop. 2002/03:89, s.19).

För de flesta människor med till exempel ryggsmärta är det inte ett tecken på någon allvarlig sjukdom eller något som tyder på att patienterna bör avstå från sitt normala vardagsliv. Vetenskap visar däremot på att aktivitet och motion gynnar tillfrisknandet (prop. 2002/03:89). Genom att påpeka att aktivitet och motion skulle vara bra för personer med symtomdiagnoser framställs väl den symtomdiagnosticerade som en ”lat” person? Regeringens sätt att tala om symtomdiagnoser i detta fall, kan bidra till en normbildning där personer med symtomdiagnoser upplevs som lata människor som inte lever sunt (Baier & Svensson, 2009). Smärta och besvär kan visserligen vara normala inslag i vardagen, men vår uppfattning är att detta kan innebära att besvären förringas.

Som påpekats i prop. 1994/95:147 [...] är det angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem (prop. 2002/03:89, s.18).

Om läkaren har skäl att anta att den försäkrades besvär i första hand rör den psykosociala arbetsmiljön, arbetsförhållandena, allmän olust, existensiella problem, missnöje med arbetsuppgifterna eller liknande bör läkaren hänvisa till andra åtgärder än sjukskrivning (prop. 2002/03:89, s.25).

I citaten ovan skriver regeringen tydligt att det är angeläget att se till att ingen ersättning utbetalas till människor med sociala och generella livsproblem. Samtidigt skriver regeringen i samma proposition att människor med symtomdiagnoser ofta har inslag av olika besvär som kan tolkas som vardagliga problem. De skriver bland annat: ”för många försäkrade är många krämpor och besvär vanliga inslag i tillvaron” (prop.2002/03:89, s.20-21). Med detta kan det tolkas som att regeringen indirekt menar att människor med symtomdiagnoser inte bör ha rätt till ersättning och att det är av angelägenhet att motverka detta.

I vår empiri läggs huvudansvaret på att läkarna ska öka sin precision vid sjukskrivning och på att de medicinska grunderna ska tydliggöras. Det är dock Försäkringskassans beslut som är det slutgiltiga beslutet när det gäller rätt till ersättning eller inte. Det som mestadels nämns, i förhållande till Försäkringskassans ansvar när det handlar om symtomdiagnoser, är hur svårt de har för att ta beslut när läkarna inte skriver tillräckligt utförliga sjukskrivningar.

Målet med en utredning måste i första hand vara att det utlåtande som presteras skall kunna ligga till grund för relevanta ställningstaganden från försäkringskassans sida. Dessa kan avse rätt till ersättning eller behov av rehabilitering (SOU 1997:169, s.37).

I utredningen beskrivs att försäkringskassornas kanske största problem i rehabiliteringsarbetet är den stora gruppen långtidssjukskrivna som har diffusa problem och inte får adekvat vård eller hjälp att återgå i förvärvsarbete. Kassorna ansåg att sjukvården hade mycket svårt att utreda orsaken till dessa patienters problem. Framför allt hade man inom vården svårt att få ett grepp över patienternas hela situation (SOU 1997:169, s.44).

I vår empiri framgår det att Försäkringskassan har ett visst ansvar men för att de ska kunna ta korrekta beslut om huruvida en sjukskrivning ska bli sjukpenninggrundande eller inte, är det fortfarande läkarnas sjukskrivningsintyg som behöver preciseras. När det inte tydliggörs varför en individ bör sjukskrivas och ha rätt till sjukpenning blir det problematiskt för Försäkringskassan. I vår empiri kan vi utläsa att Försäkringskassans ansvar skiljer sig åt beroende på vilka sjukdomstillstånd som diskuteras. När det handlar om till exempel cancer läggs det mer tyngd på Försäkringskassans ansvar. Sådär kan det bland annat se ut:

Rehabiliteringsrådet föreslår att: [...]

- vården tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassa ska ta fram metoder för att kontinuerligt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samordna befintliga rehabiliteringsresurser och svara för att fortsatt utveckla åtgärder och behandlingar [...]

- patienter med rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet ska uppmärksammas och samarbetet mellan vården och Försäkringskassan är i dessa fall extra angeläget [...]

- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivaren bör få ökade kunskaper om cancersjukdomar och behandlingar (SOU 2011:15, s.44).

5.4. Sjukdom eller inte?

En av alla förändringar som gjorts i hopp om en renodlad sjukförsäkring är att rätt till ersättning i princip bara ska baseras på medicinska grunder. Att ha en arbetsoförmåga innebär inte att individen i sig är sjukpenningsberättigad, det ska fortfarande föreligga medicinska grunder. Att den medicinska aspekten ska vara avgörande för rätt till sjukpenning har varit nästan genomgående i vår empiri. För att tydliggöra är det alltså en sjukdom som måste ligga till grund. I citaten vi kommer presentera nedan står det uttryckligen att inget förutom sjuktilståndet ska ha en betydelse vid sjukskrivning.

Andra faktorer utöver de medicinska, vilka i sig kan ha stor betydelse för den enskildes möjligheter att faktiskt få ett arbete som han eller hon kan försörja sig på, bör i princip inte längre ge rätt till ersättning (prop. 96/97:28, s.6)

Som även påpekats i denna proposition skall dock givetvis sjukdomstillstånd som har utlösts av de nämnda problemen eller förhållandena kunna ge rätt till sjukpenning (prop. 2002/03:89, s.18).

Sjukförsäkringen är till för dem som på grund av sjukdom har extra stora problem att finna sin plats (SOU 2009:89, s.89).

För att markera att det är sjukdom och därmed jämställt medicinskt tillstånd som ska sätta ned den försäkrades arbetsförmåga gjordes i lagstiftningen det fortfarande gällande tillägget: "Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden" (SOU 2009:89 s.135)

Vad innebär och innefattas i begreppet sjukdom? Framställs symtomdiagnoser som en sjukdom? På grund av symtomdiagnosernas vaga och diffusa symtombild skapas det ofta en förvirring och otydlighet kring vad en sådan diagnos ska klassificeras som.

När grupper av symtom uppkommer med en tydlig regelbundenhet brukar de kunna etableras som ett syndrom, en diagnos, för vilka behandlingsprogram kan utvecklas och evidensprövas, även om själva de underliggande biologiska mekanismerna är mer eller mindre okända (SOU 2009:89, s.147)

Citatet ovan tyder på när det finns olika symtom framkommer ofta och regelbundet bör en diagnos upprättas. I citatet står det även att detta ska ske trots att symtombilden är mer eller mindre oklar. Borde inte då symtomdiagnoser ses som en etablerad diagnos och sjukdom?

Grunden till en sjukskrivning ligger i att en individ har en nedsatt arbetsförmåga vilket kan bli problematiskt vid en vag och oklar symtombild för den sjukskrivande läkaren.

Den grundläggande svagheten i att låta diagnosen utgöra ledstjärnan för vilka egenskaper som ska beskrivas är att en beskrivning av symtom och besvär ofta inte går att skilja från själva ställandet av diagnosen. En mycket stor andel av de personer som blir aktuella för sjukskrivning lider av problem där det inte finns särskilt många andra undersökningsfynd än just själva symtomen. Det är trötthet, oro, ångest, smärta, sömnbesvär, koncentrationssvårigheter och så vidare som utgör de dominerande orsakerna till upplevd

arbetsförmåga. Allt detta är fenomen som en stor del av befolkningen upplever i varierande grad och omfattning. I vilken mån problemen kläs i termer av sjukdom eller inte handlar oftast om hur allvarliga och varaktiga symtomen är samt om de leder till problem i det vardagliga livet och i betydligt mindre utsträckning om i vilken grad det går att identifiera några bakomliggande observerbara sjukliga förändringar [...] I dessa fall finns ingen exogen given sjukdomsdiagnos att ta spjörn emot och avgränsningen blir därmed mycket svårare (SOU 2009:89, s.111)

Idealt bör man se en kedja där det ena leder till det andra, men i praktiken är det ofta svårare än så. I sjukförsäkringens värld är ofta aktivitetsbegränsningar eller mer allmänt uttryckta symtom startpunkten. Det är inte ovanligt att själva sjukdomsbilden aldrig blir mycket tydligare än någon form av symtombaserad diagnos där de objektiva fynden på organnivå (funktionsnedsättningarna) är svaga eller obefintliga. I stället för den ideala kedjan med sin startpunkt i sjukdomen kan det ofta mer likna en cirkel där symtom av olika slag ger en diagnos som i sin tur får ligga som förklaring till symtomen. Svårigheten att mer objektivt verifiera sjukdomen och funktionsnedsättningarna är ett ständigt återkommande bekymmer vid diskussioner både kring sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen och det är ett bekymmer som är gemensamt för de allra flesta länder vi har studerat (SOU 2009:89, s.174-175)

Långt vanligare än förtida död är långvariga och/eller svåra smärtor i muskler och leder, och psykiska besvär som nedstämdhet, oro, ångest och trötthetstillstånd (SOU 2009:93, s.27).

Som det nämns i citaten ovan är det inte så att symtom alltid kan leda till att en diagnos ställs. Det är problematiskt för läkare och patienter med dessa symtomdiagnoser enligt hur det framställs i citaten ovan. Normbildande ord som *vaga* och *obefintliga* är exempel på ord som påverkar läsarens uppfattning om dessa diagnoser (Baier & Svensson, 2009). Problemen med symtomdiagnosernas symtom är att de är för svävande och svårbedömda och detta förstärks i SOU 2009:89 genom att det görs en liknelse av situationen med en cirkel där det inte finns något slut. Detta får läsaren att uppfatta symtomdiagnoser som mindre allvarliga, särskilt när de jämförs med *allvarliga* och *varaktiga symtom* i det senare citatet. I det tredje citatet jämförs symtomdiagnoser med *förtida död* vilket också leder till att vi ser det som inte så hemskt allvarliga. Att jämföra något med en händelse som döden, som nog för de flesta är det värsta tänkbara scenario, gör att symtomdiagnoser framställs som något näst intill obetydligt.

Olika symtom som tillhör symtomdiagnoser nämns även med ord som *trötthet*, *ångest* och *koncentrationssvårigheter*, symtom som alla mer eller mindre har någon gång i livet. Detta kan skapa en uppfattning om att symtomdiagnoser endast är en sammansättning av olika vardagsbesvär som inte kräver sjukskrivning. Genom att välja att skriva *upplevd arbetsförmåga*, som är en

individuell uppfattning, framgår det som något som inte går att bevisa. Personen ifråga kan tala sanning likväl som osanning. I det första citatet ovan har den utredande kommittéen valt att skriva att det är svårt att *objektivt verifiera sjukdomen* vilket kan tolkas som att symtomdiagnoser är svåra att legitimera till skillnad från andra objektivt fastställda sjukdomar.

Sjukdom är en händelse i den enskilda kroppen. Men den är så mycket mera. Sjukdom är det kanske enda riktigt legitima skälet att slippa ansvar och skuld. Den förklarar och förlåter, ger individen identitet och blir grunden till relationer och roller. En avgörande roll spelar diagnosen. Utan namn är sjukdomen hemlös, säger Karin Johannisson; I själva verket finns sjukdom först när vi är överens om den, genom att uppfatta, bekräfta och namnge den [...]

Diagnos betyder enligt Nationalencyklopedin avgränsning och beskrivning av ett visst sjukdomstillstånd. Det ger associationer till identifierade, gärna mätbara, biologiska processer som förklarar orsaken till lidande. Att veta varför ger förutsättningar för prognos, behandling och hopp, bekräftar läkarens professionella kompetens, ger Försäkringskassan grund för beslut och ger förutsättningar för forskning och utveckling av mediciner och medicinska behandlingsmetoder (SOU 2009:89, s.142) (Karin Johannisson ref i. SOU 2009:89, s.142).

Eftersom symtomdiagnoser är vaga och diffusa kan det leda till att symtomdiagnoserna hamnar utanför själva sjukdomsbegreppet. Det blir en svår och otydlig situation där det inte helt klart framgår om symtomdiagnoser borde räknas som sjukdom eller inte. Symtomen inom symtomdiagnoser är svåra att mäta vilket gör det svårt att klassificera symtomdiagnoser som en diagnos och förklara orsaken till besvären.

5.5. Sjukdomsbegreppets normbildning

I en SOU från 1944 beskrivs begreppet sjukdom, denna SOU avser att bilda en rättslig norm kring begreppet sjukdom och är en högst medveten process. Ett utdrag från det lyder:

Man synes vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen. Efter en sjukdomsprocess kvarblivande missbildningar eller stymplingar utan samband med sjukliga symptom böra dock icke räknas såsom sjukdom (SOU 1944:15, s.162).

Efter hand har det behövts avgränsningar och indelningar för att bättre kunna specificera vad som innefattas i begreppet sjukdom såsom olika benämningar för att beskriva hur pass allvarlig en sjukdom är eller inte är. Ett exempel är prioriteringsgrunderna som beskrivs i en SOU från år 1997:

PRIORITERINGSGRUNDER

Den prioriteringsindelning som regeringen angivit i propositionen och som antagits av Riksdagen är:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Habilitering/ Prevention – Rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom och skada (SOU 1997:169, s.49)

Genom att skapa sådana här prioriteringsgrunder ges olika sjukdomstillstånd olika hög respektive låg status. Det här fyndet stödjer det som Hultgren (2011) diskuterar kring hur olika diagnoser tilldelas olika status i samhället. Detta leder också till att människor på grund av sina sjukdomar delas in i olika kategorier som får olika status som i sin tur kan frambringa stigmatisering. Människorna som delas in i de lägsta grupperna får automatiskt inte lika hög status som de som delas in i de övre grupperna. De lägsta kategorierna med låg status kan av andra betraktas som mindre betydelsefulla kategorier. Detta skapar ett slags utanförskap för människorna i de lägsta grupperna och detta utanförskap kan leda till stigmatiserande (Goffman, 2011).

Renodlingen av sjukförsäkringen som vi tidigare nämnt, som presenterades av regeringen i en proposition från 1996/1997 är också ett exempel på ett försök för att avgränsa och specificera vad som ska tillhöra sjukdomsbegreppet.

I direktiven angavs bl.a. att beredningen skulle lämna förslag till kriterier för rätt till ersättning från den allmänna försäkringen med utgångspunkten att prövningen av arbetsförmågans nedsättning jämfört med dagens regler mer renodlat skall baseras på medicinska grunder [...] Syftet med att bedöma arbetsförmågan mer renodlat utifrån medicinska kriterier är att utforma klarare regler som medverkar till att tydliggöra

På grund av denna förändring hamnar automatiskt de sjukdomstillstånd som inte går att medicinskt specificera i ett utanförskap. Symtomdiagnoser innefattas i många fall av besvär där det medicinska orsakssambandet inte går att förklara vilket innebär att människor med dessa diagnoser återigen kategoriseras som avvikande. Om sjukdom är det som anses vara det normala kan det tolkas som att symtomdiagnoser är det onormala och avvikande (Meeuwisse, 2007). På så sätt skapas det en norm kring vad som bör ses som sjukdom respektive inte bör ses som sjukdom.

En särskilt problematisk grupp ur en verksamhetssynpunkt är de personer vars arbetsförmåga är permanent nedsatt, eller där organisationen inte ser någon rimlig, realistisk möjlighet att anpassa medarbetare och arbetsuppgift till varandra. Detta är personer som sällan anställs i syfte att direkt öka produktiviteten, utan om de anställs överhuvudtaget är skälen oftast av ideologisk eller moralisk natur, som det ges exempel på i det följande avsnittet, eller på grund av tvingande regler. I spektret av "marginaliserade" grupper på arbetsmarknaden är dessa individer de mest utsatta: personer med permanent psykisk funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna med belastningsbesvär, icke-svensktalande utan utbildning, för att nämna några exempel (SOU 2009:93, s.96).

Människor med symtomdiagnoser görs genom diskursen till människor med ospecifika besvär. De kan tendera att hamna i ett utanförskap på arbetsmarknaden och får betydligt tuffare än många andra. Jämfört med "friska" och arbetsföra människor blir människor med symtomdiagnoser oönskvärda på arbetsmarknaden.

Begreppet *allvarlig sjukdom* används i rättsliga dokument för att skapa ännu en indelning av sjukdomsbegreppet. De sjukdomar och sjukdomstillstånd som inte innefattas allvarlig sjukdom borde då rimligen betraktas som icke allvarliga. Ett exempel från år 2010 är:

När det gäller smärta och muskuloskeletala problem som rygg- och nackproblem konstateras att det är av största vikt att tidigt och specifikt identifiera problemet. Utgångspunkten är att först bedöma om smärtan är ospecifik, är utlöst från en definierad struktur, eller är ett symptom på en allvarlig sjukdom (SOU 2010:58, s.25).

I citatet används ordet *eller*, för att särskilja på allvarlig sjukdom och ospecifik smärta. Som läsare blir man införstådd med att allvarlig sjukdom och ospecifik smärta inte är samma sak och ska inte betraktas som det. När någonting såsom allvarlig sjukdom ställs emot något annat, i detta fall ospecifik smärta, kan det indirekt tolkas som att ospecifik smärta inte är en allvarlig sjukdom.

För den helt dominerande andelen människor som får ryggsmärtor är det inte någon signal på en allvarlig sjukdom eller ett tecken på att man bör avstå från sina normala dagliga aktiviteter (prop. 2002/03:89, s.21).

Om allvarlig sjukdom och sjukdom i sig ses som normen och det som eftersträvas innebär det, som vi nämnt tidigare, att de sjukdomstillstånd som inte innefattas av de begreppen blir avvikande från normen. Återigen hamnar symtom som förknippas med symtomdiagnoser i en situation som lätt kan leda till ett utanförskap.

Diagnos betyder enligt Nationalencyklopedin avgränsning och beskrivning av ett visst sjukdomstillstånd. Det ger associationer till identifierade, gärna mätbara, biologiska processer som förklarar orsaken till lidande. Att veta varför ger förutsättningar för prognos, behandling och hopp, bekräftar läkarens professionella kompetens, ger Försäkringskassan grund för beslut och ger förutsättningar för forskning och utveckling av mediciner och medicinska behandlingsmetoder (SOU 2009:89, s.142).

I vår empiri har vi ett flertal gånger stött beskrivningar av vad som bör och ska ingå i det regeringen och de utredande kommittéerna beskriver som sjukdom. För att tillhöra begreppet sjukdom är önskvärt att det finns mätbara, specifika och medicinska orsaker till symtomen som objektivt går att fastställa.

Ett exempel på de typer av sjukdomar eller besvär som kan vara svåra att objektivt fastställa är olika sjukdomar i rörelse- och stödjeorganen (prop. 96/97:28, s.5)

För de olika sjukdomstillstånden med komplex symtombild är etiologin som regel okänd (SOU 1997:169, s.104).

För att markera att det är sjukdom och därmed jämställt medicinskt tillstånd som ska sätta ned den försäkrades arbetsförmåga gjordes i lagstiftningen det fortfarande gällande tillägget: "Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden" [...] (SOU 2009:89 s.135).

Majoriteten av rygg- och nackbesvär är så kallade icke-specifika besvär (SOU 2010:58, s.25).

Majoriteten av smärttillstånden i rörelseorganen är ospecifika (SOU 2011:15, s.43).

Som vi kan förstå utifrån dessa citat avviker symtomdiagnoser från sjukdomsbegreppets normer på ett flertal sätt. Detta leder till att symtomdiagnoser kan tolkas som något som egentligen inte finns

och ett sjukdomstillstånd som inte går att bevisa. Det enda vi kan lyssna till är individens egen uppfattning. Frågan är då hur vi någonsin ska kunna mäta och specificera individens egen upplevelse och uppfattning? Innebär det då att symtomdiagnoser inte kommer kunna innefattas av begreppet sjukdom?

5.6. Lata människor med allmänna besvär?

Genom åren har det skett en perspektivförskjutning av ansvaret. När försäkringen infördes på 1950-talet fanns dels ett skyddsperspektiv (individerna skulle inte skadas av arbetet) och samhällets ansvar betonades samtidigt som det framstod som självklart att den som kunde arbeta skulle arbeta. Under 1990-talet flyttades fokus i hög grad mot arbetsgivaren som genom medfinansiering av ersättning, samverkansmöten mm skulle fås att anpassa arbetet. Den senaste förändringen ställer individens ansvar i fokus [...] (SOU 2009:93, s.38).

Som vi kan utläsa från citatet har individens ansvar för sig själv och sin försörjningsförmåga hamnat i fokus de senaste åren. För personer med symtomdiagnoser kan detta betyda att det blir en kämpig tillvaro. Som vi nämnt tidigare är det med dessa ospecifika besvär och symtom inte alltid lätt att legitimera sitt sjukdomstillstånd. Dessa människor kan därför bli ifrågasatta både gällande sjukdomstillstånd och arbetsförmåga. Regeringens hårda krav på vad som ska ge rätt till ersättning gör det inte lättare för människorna med symtomdiagnoser. Av citatet att döma ska inte människor med symtomdiagnoser ha rätt till ersättning om inte sjukdom kan motiveras.

Vi har alltså i lagstiftningen ett absolut och strängt krav på att sjukdom och inget annat ska vara grunden för den arbetsförmåga som ger rätt till ersättning från sjukförsäkringen (SOU 2009:89, s.135).

I citatet nedan problematiseras svårigheten med att ställa en diagnos, det finns mycket att ta hänsyn till. Som det beskrivs är det individens egen upplevelse som blir den avgörande faktorn, det handlar om individens *smärttålighet*, *rörelserädsla* och *uthållighet* med mera.

Svårare blir det när man närmar sig de relativt vanliga tillstånd som utmärks av smärta och rörelsebegränsningar i t.ex. nacke, skuldror och rygg. Där är arten av aktivitetsbegränsningarna ofta betydligt mer svårfångade och smärtan kan också ge en nedsättning av olika mentala funktioner, antingen direkt eller indirekt via t.ex. sömnstörningar. Aktivitetsbegränsningarna är i sådana fall ofta mindre absoluta och blir ofta en fråga om smärttålighet, rörelserädsla, uthållighet och liknande faktorer. Vid värderingen av begränsningarna kompliceras bilden av att det kan röra sig om såväl fysiska som mentala begränsningar (SOU 2009:89, s.198).

Detta problematiserar diagnosställningen för alla inblandade aktörer, då det endast är individen själv som kan känna och veta hur den mår. Trots att det bara är individens egen upplevelse som ligger till grund betyder det väl inte att sjukdomstillståndet inte finns?

Det talas det en hel del i vår empiri om hur individer med symtomdiagnoser bör ta ansvar för sitt eget välbefinnande och försörjning. Det finns kommentarer och påståenden kring hur de bör leva och hantera sin situation.

För många försäkrade är krämpor och besvär vanliga inslag i tillvaron [...] För den helt dominerande andelen människor som får ryggsmärtor är det inte någon signal på en allvarlig sjukdom eller ett tecken på att man bör avstå från sina normala dagliga aktiviteter. Tvärtom visar tillgängliga vetenskapliga studier att det gynnar tillfrisknandet att fortsätta att vara aktiv, återgå till sitt arbete och motionera i lagom och ökande omfattning (prop. 2002/03:89, s.21).

Genom att formulera sig på sättet som regeringen gör i citatet ovan, framställs människor med symtomdiagnoser indirekt som lata människor med allmänna besvär. Vad vet regeringen om hur ”alla” människor med symtomdiagnoser rör på sig och lever sitt liv? Med denna formulering konstruerar regeringen en bild av hur människor med symtomdiagnoser är (Barlebo Wenneberg, 2010). Mycket av det vi läser i vår empiri bekräftar samma bild, som vi nämnt tidigare kan människorna med symtomdiagnoser uppfattas som svårhanterbara i en komplicerad sits. Diagnoserna som beskrivs vara diffusa och svårbedömda kan göra att även människorna upplevs som svåra att komma underfund med.

För att uppnå en hög motivation till arbetsåtergång är det viktigt att ha individuella mål, positiva förväntningar inför framtiden och tilltro till sin egen förmåga. Särskilt inom smärtområdet har det framförts att bedömning av dessa faktorer bör ske tidigt. Det är mycket som talar för att detta skulle kunna spara in resurser i form av lägre sjukfrånvaro (SOU 2010:58, s.16).

I citatet ovan från 2011 talar den utredande kommittéen om hur människor med symtomdiagnoser bör hantera sin livssituation. Genom att uppmana till *individuella mål, positiva förväntningar och tilltro till sin egen förmåga* kan det tolkas som dessa människor inte har något av detta. Att spara in resurser i form av lägre sjukfrånvaro tyder på att det inte är individens välbefinnande som är det viktiga utan snarare att regeringen ska spara in pengar.

Gruppen kännetecknas således ofta av att de har en omfattande sjukskrivningshistorik och av att de har genomgått ett stort antal undersökningar utan att man kommit till rätta med

deras problem (prop. 1998/99:76, s.9).

”Gruppen” som regeringen nämner ovan beskrivs som en grupp som ofta är sjukskrivna och där problematiken inte går att lösa. Kostnaden nämns återigen indirekt genom att tala om den *omfattande* sjukskrivningshistoriken. Gruppen människor med dessa symtomdiagnoser framställs än en gång för läsaren som komplicerade och svåra att förstå.

5.7. Slutkommentar till analys och resultat

Då denna studie är en kandidatuppsats kan dess omfång inte vara allt för omfattande. Det finns därför inte någon möjlighet att presentera alla våra fynd. Vi väljer att presentera det vi har funnit av störst intresse och som vi tycker ger en helhet till vårt resultat. Vi valde, som vi tidigare nämnde, att inte skriva vår analys- och resultatdel i kronologisk ordning. Detta för att vi anser att vårt resultat gör sig bäst genom att presenteras i olika teman. Våra teman fick vi fram med hjälp av vår kodning och våra analysfrågor. Vi har givetvis ändå haft tidsaspekten i beaktning och vill därför presentera det vi fann intressant när vi studerade empirin i kronologisk ordning.

När vi studerar vår empiri över tid kan vi se att det finns en förändring kring hur symtomdiagnoser framställs i de olika dokumenten. Dokumenten från de tidigare åren benämner bland annat symtomdiagnoser med ”så kallat” före. Vi kan även i dessa dokument se hur både regeringen och de utredande kommittéerna framställer symtomdiagnoser som något icke legitimt och ett sjukdomstillstånd som är svårt att objektivt fastställa. Det talas om svårbedömda besvär som inte egentligen inte går att bevisa annat än genom individens egen upplevelse av tillståndet. Fokus ligger på hur läkare ska undvika att göra felaktiga, slentrianmässiga sjukskrivningar. Om vi istället läser i de senare årens dokument, har framställningen förändrats till viss del. Begreppet symtomdiagnoser har etablerats och blivit ett accepterat begrepp, detta går bland annat att utläsa från att ”så kallat” har tagits bort vid benämningen av symtomdiagnoser. Dessutom upplever vi att det ligger mer förståelse i framställningen av symtomdiagnoser. Trots detta innefattas begreppet symtomdiagnoser fortfarande av samma innehåll, begreppet syftar fortfarande till en grupp individer med besvär som vi inte riktigt kan fastställa. Fortfarande förknippas symtomdiagnoser med vaga diffusa symtombilder som inte kvalificeras som ”sjukdomar”. Genom att acceptera begreppet symtomdiagnoser tillåts det mer eller mindre att det finns en stor grupp individer där normen blir att betrakta de som lata och med besvär som är svåra att komma underfund med.

Vårt material bestående av propositioner och SOU:er är bärare, precis som Hultgren (2011) och Johnson (2010) säger, av en moraliserande idé. I dokumenten konstrueras en idé om rätt och rätt fel,

om hur samhället ska och bör se på olika saker och ting. Som Hultgren (2011) nämner i sin studie, har det skapats en rangordning inom olika sjukdomar och diagnoser. Denna rangordning gör att olika sjukdomar och diagnoser tilldelas hög respektive låg status. Detta är även något som vi har upptäckt i vår studie då till exempel symtomdiagnoser vid flera tillfällen tilldelats egenskaper som kan försätta de i en lägre status. Som vi ser det kan denna rangordning kan medföra en risk för stigmatisering. I vår empiri hittar vi mycket värderingar som bidrar till att människorna med dessa diagnoser blir stigmatiserade. Vi hittar dock inga värderingar i vår empiri som vi anser kunna motverka stigmatisering.

I vårt material framgår det tydligt att sjukdom först och främst är det som ska ligga till grund för rätten till sjukpenning. Det diskuteras mycket kring vad som bör ses som sjukdom eller inte. Genom att diskutera vad som ska ses som sjukdom skapas kategorier och tillstånd som automatiskt inte bör ses som sjukdomar. Sjukdom förklaras många gånger som något som objektivt måste kunna bevisas. När det talas om symtomdiagnoser i vår empiri uttrycks det tydligt att detta begrepp innefattar symtom som inte går att bevisa. Men hur ska vi kunna bevisa vad en annan människa upplever sig känna när det inte går att objektivt fastställa? Innebär det att symtomdiagnoser inte bör betraktas som en ”sjukdom” och att människorna därför inte bör ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen?

Symtomdiagnoser ses som ett samhällsligt problem, inte för att personer lider av värk utan för att sjukskrivningarna ses som en kostnad för statskassan.

6. Slutdiskussion

Begreppet symtomdiagnoser är svårt att få grepp om. Det är svårt att sätta ord på vad som innefattas i begreppet. Vår uppfattning utifrån det vi har läst och analyserat är att symtomdiagnoser framställs både i propositioner och SOU:er som *vaga, diffusa* och *svårbedömda* diagnoser. Överallt har vi läst ord som *komplexa, sammansatta, mångfacetterade, långvarig smärta, slentrianmässiga sjukskrivningar, okänd etiologi, oprecisa/ospecifika, smärta i rörelseorganen* eller *smärta i rygg, nacke och axlar* i samband med symtomdiagnoser. Genom att regeringen och de utredande kommittéerna väljer att uttrycka sig på detta sätt konstrueras en diskurs kring symtomdiagnoser. Vår empiri som består av rättsliga förarbeten och är menade påverka oss i vårt sätt att tänka kring saker. Regeringen påverkar hur vi uppfattar begreppet symtomdiagnoser. Genom att skriva att symtomdiagnoser är *diffusa* får det oss att se på symtomdiagnoser på samma sätt. En normbildning runt dessa diagnoser konstrueras. Genom att regeringen påverkar oss i hur vi ska tänka kring både

begreppet och människorna med symtomdiagnoser kan det bli svårt att bilda sig en egen uppfattning. Vår studie har gett oss en tydlig bild av hur regeringen framställer symtomdiagnoser.

Vi uppfattar det som den här beskrivningen av symtomdiagnoser ger oss en dålig och otydlig bild av människorna bakom symtomen. Genom att tilldela olika sjukdomar och sjukdomstillstånd olika prioriteringar och allvarlighetsgrad skapas det kategoriseringar. Människor som har en sjukdom med hög prioritering och hög allvarlighetsgrad tilldelas en högre status än människor med sjukdomstillstånd som har en låg prioritering. På så sätt tilldelas sjukdomar olika status och detta leder till att människor också tilldelas olika status beroende på deras sjukdomsbild. Människorna med låg status riskerar att hamna i ett utanförskap då deras egenskaper kan ses som avvikande och mindre åtråvärda. Dessa avvikande och mindre önskvärda egenskaper är vad som kan leda till att dessa människor blir stigmatiserade. Men är det verkligen rätt att egenskaper i ett sjukdomstillstånd ska kunna påverka en människas status?

När människorna bakom symtomdiagnoser beskrivs och diskuteras i vår empiri ligger fokus mestadels på problematiken som diagnoserna skapar för myndigheterna som ska arbeta med dessa människor. Läkarnas svårigheter med att ta hand om dessa människor diskuteras, det talas om hur svårt det är att sätta diagnoser och bevisa symtomen. Det talas även om hur svårt det blir för Försäkringskassan att ta beslut i dessa komplicerade och svårbedömda fall. En annan, och kanske den mest uppmärksammade aspekten, vid diskussionen kring symtomdiagnoser är den ekonomiska aspekten. Det diskuteras nästan alltid hur resurser ska kunna sparas in, hur sjukfrånvaron ska kunna sänkas och hur färre människor ska kunna sjukskrivas och få rätt till ersättning i form av sjukpenning. Det som vi fann väldigt intressant och även skrämmande var att det nästan ingenstans i all denna text nämns något om individen i fråga. Det beskrivs aldrig någonting om vad individen får utstå eller vilken problematik symtomdiagnoser tillför dennas liv.

Var hamnar dessa individer om de inte längre får rätt till ersättning från sjukförsäkringen men ändå är för sjuka för att kunna arbeta? Då kan de varken tillhöra sjukförsäkringen eller arbetslöshetsförsäkringen, det är inte heller säkert att det uppfyller kraven för att kunna tillhöra socialförsäkringen. Dessa människor riskerar att falla mellan systemen och då har de inte längre någonstans att vända sig. Är det verkligen så vårt samhälle ska se ut? Dessa människor får inte alltid den hjälp de behöver både för att de faller utanför systemet men också för att många läkare inte vet exakt hur de kan hjälpa dem. När det händer riskerar dessa människor att bli ännu mer isolerade och utanför. Om personer med symtomdiagnoser upplever att de inte får rätt hjälp hos sjukvården klarar de kanske inte av att jobba och hamnar till slut utanför arbetsmarknaden och får det ännu svårare att

komma tillbaka till arbetslivet i framtiden. Detta beskriver Hultgren (2011) som det dubbla statushandikappet i sin rapport där han syftar till människor som har en låg status på både arbetsmarknaden och i sjukdomsbilden. Många människor som hamnar utanför arbetsmarknaden tenderar att isolera sig i hemmet och låser ute människorna och vännerna i sitt liv. Hur kan vi då hjälpa människorna i denna utsatta position? Människorna med symtomdiagnoserna har då gått från vaga och diffusa symtom till människor som varken har socialförsäkring, jobb eller vänner och vad är då nästa steg? Är detta möjliga konsekvenser om vi inte börjar se symtomdiagnoser som en etablerad sjukdom snart?

På många ställen i vår empiri har vi upptäckt att det i förhållande till sjukdomsbegreppet talas om symtom som något som ska gå att objektivt fastställa och påvisa. Det nämns vid flera tillfällen att det ska finnas medicinska grunder när läkarna ska ställa diagnos och motivera rätten till ersättning. Som vi vid många tillfällen nämnt är symtomdiagnoser ofta motsatsen, det går nästan aldrig att bevisa orsakssambandet och de medicinska grunderna går därför inte heller att uppfylla. Frågan är då om symtomdiagnoser på grund av detta inte ska kunna betraktas som legitimt nog att ses som en ”riktig” sjukdom och uppfylla rätten till ersättning? Vad är det egentligen som avgör om en människa ska ses som sjuk eller inte? Vad behöver göras för att symtomdiagnoser ska börja ses som en riktig sjukdom och för att människor med dessa diagnoser ska sluta ifrågasättas? Det går att skönja att symtomdiagnoser hamnar utanför sjukdomsbegreppets normer i flera sammanhang och detta skapar ett tydligt utanförskap för dessa människor.

Fibromyalgi som är ett syndrom och en symtomdiagnos är ett bra exempel på hur symtomdiagnoser innehåller väldigt många symtom och syndrom. Till fibromyalgi hör en rad andra sjukdomar och ses som en del av fibromyalgin. Till exempel är koncentrationssvårigheter och IBS (colon irritabile) två symtom på att en person har fibromyalgi, samtidigt ses dessa två sjukdomstillstånd som två egna symtomdiagnoser. Detta gör det inte direkt lättare för sjukskrivande läkare och för regeringen att faktiskt fastställa vad som bör ses som sjukdom och inte. Oavsett blir det inte lättare för läkarna att fastställa exakt vad patienten lider av. Lider patienten av fibromyalgi eller IBS, av båda eller är IBS bara ett symtom på att patienten faktiskt har fibromyalgi? Hur ska det egentligen tolkas att både fibromyalgi och IBS är sjukdomstillstånd som går att bli sjukskrivna för och få ersättning för men det anses inte vara sjukdomar? Om knappt regeringen och läkare förstår sig på diagnoserna hur ska då andra människor göra det?

Efter att ha läst all vår empiri kan vi nästan förstå debatten som skapats kring sjukfrånvaron om överutnyttjande och fusk. Både regeringen och de utredande kommittéerna skriver i dokumenten att

människor med symtomdiagnoser förknippas med slentrianmässiga och felaktiga sjukskrivningar. De skriver i princip att symtomdiagnoser inte finns och att dessa människor inte har någon "riktig" sjukdom. I dokumenten beskrivs symtomdiagnosers symtom och besvär som vardagliga bekymmer som alla människor stöter på någon gång i livet och som går att bota med lite vardags motion och aktivitet. Alltså är människor med symtomdiagnoser lata människor som aldrig rör på sig? I vissa fall blir vi verkligen chockade av att läsa hur regeringen formulerar sig kring dessa människor. De skapar en bild av lata och ohälsosamma människor som inte vill arbeta och som egentligen inte har några direkta sjukdomssymtom. Att det utifrån denna bild från regeringen och de utredande kommittéerna, skapas en debatt kring överutnyttjande och fusk är egentligen inte alls särskilt svårt att förstå. De har verkligen underbyggd uppfattningen och bilden om dessa människor i dessa dokument under en lång tid, den är skapad för att påverka läsarens uppfattning. Dessa människor har blivit stämplade och det är nog en stämpel som inte kommer vara så enkel att bli av med. I vår studie har vi upptäckt mycket värderingar som vår empiri har skapat kring symtomdiagnoser och människorna med diagnoserna. Dessa leder i sin tur till människorna bakom dessa diagnoser blir stigmatiserade i vårt samhälle.

Vi är alla unika individer som fungerar på väldigt olika sätt, den ena är inte den andra lik. Det finns en norm om hur de flesta sjukdomar påverkar oss människor, till exempel vet vi alla ungefär hur influensa påverkar människan. En stor del av problematiken kring symtomdiagnoser är att symtomen inte är allmänt kända och har väldigt olika egenskaper samt påverkan på individen. En diagnos kan betyda olika saker för olika personer. Vissa människor klarar till exempel av att arbeta och besitter full eller delvis arbetsförmåga medan det finns andra människor med samma sjukdomstillstånd som knappt klarar av att ta sig upp ur sängen på morgonen. Dessutom finns det människor som vissa dagar som kan arbeta och fungera "normalt" men som andra dagar inte klarar det alls. Att kunna arbeta är inte samma sak som att en person bör arbeta när denna har en skada/sjukdom. Någon som har fibromyalgi, en så kallad symtomdiagnos kanske klarar av att arbeta ena dagen men inte nästa. Bör personen då arbeta? Hur går det att veta om personen faktiskt är sjuk om personen är arbetsför på måndagen men inte på tisdagen? Hur stor smärta krävs för att en person inte ska ses som arbetsför? Vem avgör när en människa är sjuk?

Människor med symtomdiagnoser är ett typexempel på personer med en mångfacetterad livssituation. Dessa människor klarar inte alltid av att arbeta och hamnar i slutändan hos Arbetsförmedlingen och/eller hos socialtjänsten. Vi har funderat mycket på vilken roll symtomdiagnoser spelar för oss som socionomer och socialarbetare. Detta är individer som vi förmodligen kommer att stöta på i vårt framtida arbete. Vi lär oss att bemöta individer respektfullt,

öppensinnat och utan fördomar. Dessa människor är förmodligen vana vid att bli ifrågasatta och sedda som lata människor som inte vill arbeta. Frågan är då om de vågar fråga efter den hjälp de behöver. Det ses som stigmatiserande att vara i behov av hjälp och att inte klara av att försörja sig själv. Människorna som lever med symtomdiagnoser är ifrågasatta på många sätt och det är därför viktigt att förändra synen på dessa människor.

Detta gör det såklart extra svårt att veta hur samhället ska förhålla sig till och bemöta människor med symtomdiagnoser, både på arbetsmarknaden och inom sjukvården. Hur ska samhället lösa problematiken kring symtomdiagnoser? Regeringens lösning syftar mestadels till att lösa sjukskrivningsproblematiken och inte individernas problematik. Genom detta har regeringen skapat en diskurs kring symtomdiagnoser. Deras framställning har fått samhället att uppfatta dessa människor som ett ekonomiskt problem och lata människor som bara utnyttjar sjukförsäkringen. Vad är det då som krävs för att hitta en lösning som också ser individens problematik? Kanske är det som krävs att vi ökar den allmänna kunskapen kring symtomdiagnoser och hur individens hela livssituation påverkas? Genom att öka kunskapen kan vi kanske minska ifrågasättandet och för första gången få en ärlig debatt om hur människor med symtomdiagnoser faktiskt har det?

Regeringen pratar om att vi måste lösa ”problemet” med symtomdiagnoser, men en del av lösningen kanske hade varit att börja med att sluta se det som ett ”problem”? Visst består en stor del av de ökade sjukskrivningarna av symtomdiagnoser men någonstans finns det en anledning till detta. Vi tror inte att detta beror på överutnyttjande och fusk utan snarare på en allmän okunskap kring sjukdomstillståndet och hur samhället borde bemöta människorna. Genom att göra sjukdomstillståndet till en ”riktig” och legitim sjukdom hade vi kommit längre enligt vår mening. Detta hade kanske också gjort att människorna hade kunnat få rätt hjälp och rehabilitering. Med rätt hjälp kanske de som faktiskt har en del arbetsförmåga kvar kan få möjlighet att arbeta så mycket de orkar och klarar av. På så sätt kan vi nyttja den arbetsförmåga som finns. Detta i sin tur kan leda till att även sjukskrivningarna och sjukfrånvaron minskar. Med andra ord kan ”vår lösning” leda det som regeringen faktiskt vill, en minskad sjukfrånvaro. Fördelen med ”vår lösning” hade kunnat bli att individerna i fråga hade mått bättre och fått rätt hjälp.

7. Referenslista

7.1. Empiri

Regeringens proposition 1996/97:28. *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*. Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens proposition 1998/99:76. *Försäkringsmedicinska utredningar, m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens proposition 2002/03:89. *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 1944:15. *Socialvårdskommitténs betänkanden VII: Utredning och förslag angående Lag om Allmän sjukförsäkring*. Stockholm: Fritze.

SOU 1997:169. *NYTRA-utredningen*. Stockholm: Fritze.

SOU 2009:89. *Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Stockholm: Fritze.

SOU 2009:93. *Inkluderande arbetsliv*. Stockholm: Fritze.

SOU 2010:58. *Rehabiliteringsrådets delbetänkande*. Stockholm: Fritze.

SOU 2011:15. *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. Stockholm: Fritze.

7.2. Litteratur

Andrews, Tom (2012) "What is Social Constructionism?" *Grounded Theory Review* March 2012 Volume 11 p39-46. 8p.

Baier, Matthias & Svensson, Måns (2009) *Om normer*. Malmö: Liber AB. Upplaga 1:1.

Barlebo Wenneberg, Søren (2010) *Socialkonstruktivism – positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber. Upplaga 2:1.

- Bergström, Göran & Boréus, Kristina (2005) *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur. Upplaga 3:1.
- Boréus, Kristina (2011) ”Diskursanalys”. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB. Upplaga 1:3.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB. Upplaga 2:2.
- Burr, Vivien (1995) *An introduction to social constructionism*. London och New York: Routledge.
- Edebalk, Per Gunnar (2007) ”Sjukförsäkring och sjuklön” (elektronisk)
<http://www.historisktidskrift.se/fulltext/2007-1/pdf/HT_2007_1_045-69_edebalk.pdf> (2014-10-21)
- Eriksson, Håkan (2002) ”Psykiatrin skapar psykisk ohälsa”. *Dagens Nyheter*, 4:e februari 2002.
- Försäkringskassan (2014) ”Socialförsäkringen” (elektronisk) *Försäkringskassans hemsida*
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/957106b2-6325-4d9f-b9c5-d73c13dd69a7/4000_20130101.pdf?MOD=AJPERES> (2014-12-11)
- Goffman, Erving (2011) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Förlagsgrupp AB. Upplaga 4:1.
- Hultgren, Peter (2011) *Det dubbla statushandikappet och sjukförsäkringens moraliska praktiker- en aktstudie om sjukpenningärenden som får negativa beslut på Försäkringskassan*. Göteborg: Intellecta Infolog.
- Johnson, Björn (2010) *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag
- Jönson, Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Stockholm: Liber AB.
- May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur. Upplaga 1:10.

Meeuwisse, Anna (2007) ”Sociala kategoriseringar, ojämlikhet och motståndsstrategier”. I Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. Upplaga 1:7.

Norberg, Per (2014) *Inkomstskyddet vid övergång från sjukskrivning till arbete eller arbetslöshet. Om hur och varför den sjuke alltid haft ett bättre skydd än den arbetslöse och det problem som det medför*. Uppsala: Iustus Förlag AB.

Ryberg-Welander, Lotti (2011) *Socialförsäkringsrätt. Om ersättning vid sjukdom*. Stockholm: Norstedts Juridik AB. Upplaga 1:1.

Stålnacke, Britt-Marie, Bäckryd, Emmanuel, Roeck Hansen, Elisabeth, Novo, Mehmed & Gerdle, Björn (2014) *Rapport 2014:3 Smärtanalys och Diagnossättning vid Kroniska Smärtor inom Specialiserad Smärtvård*. Nationella Registret över Smärtbehandling.
http://smartinformation.se/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Diagnosdokument_finalv1b.pdf
(Hämtad 2014-10-30)

Svensson, Kerstin (2007) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. Upplaga 1:7.

Svensson, Kerstin (2007) ”Normer, normalitet och normalisering”. I Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. Upplaga 1:7.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetik inom samhällsvetenskap och humaniora*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Winther Jørgensen, Marianne & Philips Louise (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.