

SKJULTE LIDELSER

– *Fanget i liminalitet*



Kandidatafhandling
Cand.soc. i Politisk Kommunikation og Ledelse
Andreas Hollensen
Vejleder: Erik Caparros Højbjerg

Anslag/sider: 181.181 / 79,9
Afleveringsdato: 17. august 2015
Copenhagen Business School 2015

ABSTRACT

This thesis investigates how the social construction of hidden disorders shapes the way in which welfare subjects are dealt with and governed and how this construction, along with demands of documentation and predominant values of active citizenship, affect the negotiation of the subject role based on an analysis of fibromyalgia as a hidden disorder.

This thesis deals with chronic widespread pain, here exemplified by fibromyalgia (FM), where patients are trapped in liminality between two very different epistemes. Whether or not the pain can be traced back to an underlying anomaly in the body is controversial and causes division. Determining what it means to be sick is a social process and since the disorder is ‘hidden’ so to speak, it goes beyond the sphere of the health system encroaching upon other political fields, and FM becomes a political regulation category. Two regimes of practice are at battle when considering the phenomenon: The instrumental regime, which is grounded in traditional biomedicine with a dualistic division between mind and body, and the holistic regime, which is grounded in a constructivistic understanding of the body with a biopsychosocial point of view of sickness.

The analysis is divided into two parts carried out within an analytical framework, which draws upon Michel Foucault’s insights into power and governmentality. The first part draws on Foucault’s concept *regimes of practice* in order to reconstruct the two regimes. It shows that the instrumental regime has been divided into a part that recognizes FM and a skeptical part, which along with the holistic regime, results in three discourses. Each discourse constitutes different subjectivations such as ‘the moral patient’, ‘the evidence-seeking patient’ or ‘the good pain patient’. The second part of the analysis draws on Foucault’s concept of *ethics* and *technologies of the self*. It shows that the way FM-patients are identified as a patient has consequences for what they are entitled to, what they have to undergo to obtain these rights and how they are understood in the social system. This thesis shows that pain, which used to be a private matter, has become interpersonal and part of the public sphere, which enables more governmental intervention. The distinction between private and public is in a process of dissolution where private matters become politicized.

Keywords: Foucault, hidden disorders, governmentality, regime of practice, identity, discursive power, structural power

INDHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	1
INDLEDNING.....	4
1. PROBLEMFELT	6
1.1 Problemafgrænsning.....	6
1.2 Problempræcisering.....	7
1.3 Læsevejledning	10
2. ANALYSESTRATEGI.....	11
2.1 Videnskabsteori	11
2.2 Teoretisk rammeværk.....	12
2.3 Teoretisk afgrænsning	15
2.4 Operationalisering.....	16
2.5 Analysedesign	23
3. ANALYSE.....	25
3.1 Det instrumentelle regime – en dualistisk tilgang	25
3.1.1 Biomedicinens opkomst & udspaltningen af det instrumentelle regime.....	25
3.1.2 Smerteobjektet.....	26
3.1.3 Den skeptiske fløj	27
3.1.4 Den anerkendende fløj	32
3.1.5 Opsamling	36
3.2 Det holistiske regime – en biopsykosocial tilgang	39
3.2.1 Den biopsykosociale model.....	39
3.2.2 Smertens subjektivitet vs. objektivitet	40
3.2.3 Smertens privathed vs. smertens socialitet	44
3.2.4 Sygefortællingen	46
3.2.5 Accept	52
3.2.6 Opsamling	57
3.3 Fibromyalgi i beskæftigelsespolitikken	60
3.3.1 Arbejdsmarkedspolitikken	61
3.3.2 Hvordan dømme syg?	62
3.3.3 Visitation: hvordan er du syg?	63

3.3.4 Visitationskategorierne: et disponeret fortolkningsrum	67
3.3.5 Opsamling	69
4. DISKUSSION	70
4.1 Et instrumentelt blik	70
4.2 Et holistisk blik	72
5. KONKLUSION	75
5.1 Perspektivering	79
LITTERATURLISTE	80

INDLEDNING

Begrebet 'evidensbaseret praksis' har optrådt i de senere års offentlige debat. Det indeholder nogle forhåbninger og forestillinger om, at man kan basere det kliniske og sociale arbejdes praksis på retningslinjer, der på baggrund af dokumentationssystemer og aktuel forskning, har vist sig at have en høj grad af sandsynlig positiv effekt (Høgsbro, 2011). Inden for den kliniske medicin er effektevalueringer og et dertilhørende ideal om evidensbaseret praksis således en fremherskende måde at vurdere og reflektere over praksis. Denne evidensbevægelse kan som helhed ses som et udtryk for, at nogle forestillinger omkring evidens, udviklet inden for den kliniske medicin, er ved at sprede sig til andre velfærdsområder – heriblandt det sociale arbejde (H. F. Hansen, Rieper, & Bhatti, 2006). Det er en evalueringsform, der er interesseret i at etablere evidens for kausale relationer mellem det kliniske og sociale arbejde og dets effekter.

Der er noget selvindlysende fornuftigt ved den tanke, at læger ikke skal ordinere medicin til patienter uden at vide, om det virker eller ej. Lige så vel skal kommunerne ikke iværksætte tiltag uden dokumenteret effekt. Idealet om evidensbaseret praksis er på den måde bundet til 'sund fornuft', som uden tvivl også har betydning for, at effektevalueringer og fordringer om evidensbaseret praksis i disse år, vinder indpas på flere velfærdsområder. Evidensbevægelsen er særlig fremherskende idet den placerer sig inden for tre 'megatrends', der i stigende grad påvirker den offentlige sektor: resultat-/effektorientering, evalueringsorientering og kvalitetsorientering (Ibid.). Udviklingskravet og dokumentationen af udviklingen er blevet allestedsnærværende, idet den har bredt sig til flere områder af velfærdsarbejdet, og dens karakter af 'sund fornuft' har gjort, at den er svær at undsige sig: Hvem vil ikke kvaliteten? udviklingen? læringen? Der ses altså en udvikling af velfærdsstaten med stigende kontrol og evaluering.

Inden for sundhedsområdet ses en eksplosion af diagnostiske værktøjer og nye diagnoser, der har resulteret i, hvad Brinkmann (2010) kalder for en patologiseringstendens i nutidens vestlige samfund. Der bliver diagnosticeret nye problemgrupper i befolkningen, som kræver nye servicesystemer. På det sociale område ses at grupperne af personer, der antages at have hjælpebehov, bliver stadig større (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

Parallelt med denne udvikling har der igennem de seneste 30 år været debat om den videnskabelige vidensproduktions betingelser, status og effekter. Forestillinger om objektive og positivistiske vi-

denskabsopfattelser erstattes af en ny subjektivisme eller konstruktivisme (Dahler-Larsen, 2011). Inden for medicinvidenskaben er der ikke tale om et decideret paradigmeskifte, forstået på den måde at konstruktivismen afløser den lange tradition for positivisme. Snarere giver det sig til udtryk i en liminalfase – altså en tærskel mellem to paradigmer (Dehlholm-Lambertsen & Maunsbach, 1998). I praksis betyder dette, at to forskellige evaluatore evaluerer ganske forskelligt i samme situation, uden at det opleves som et problem. Evalueringskriterierne er dermed ikke længere givet; de er blevet kontingente. Det bliver mere legitimt, at evaluatorene bliver fortalere for bestemte værdimæssige positioner. Mangfoldigheden hyldes – bare der er udvikling (Dahler-Larsen, 2011). Denne 'udvikling' er imidlertid ikke så attraktiv så snart den bliver konkret. I det sociale arbejde har udviklingen konsekvenser for nogen, og systemerne knager i forhold til regler, budgetter og hierarkier, når der udvikles (Ibid.).

En anden konsekvens af det øgede fokus på konstruktivismen er, at stadig flere sociale indretninger bliver kontingente, dvs. hverken nødvendige eller umulige, men afhængige og udfordret af den dynamiske kompleksitet, der formidles af teknologi, markeder, organisationer, globalisering og ekspertsystemer på tværs af tid og rum (Giddens, 1994). Når kontingensen vinder frem, kan alt være anderledes, og alt er til diskussion. På den ene side ser vi altså kontroverser i opfattelsen af, hvad der er videnskabelig metode. På den anden side er den teknologiske udvikling kombineret med det øgede krav om dokumentation med til at producere nye problemgrupper. Den aktuelle kontingens rejser politiske og ledelsesmæssige udfordringer ift. velfærdsstaten om, hvad 'det gode liv' er og hvordan det styres.

1. PROBLEMFELT

Igennem de senere år er der registreret en stigning i antallet af mennesker med forskellige symptomer, såsom kroniske smerter, træthed, koncentrationsbesvær m.m., der henvender sig til sundhedsvæsnet (Hviid Andersen, 2000; SST, 2015). Symptomerne fik af Sundhedsstyrelsen (SST) i 2000 den samlede betegnelse 'de nye sygdomme' (Ibid.). Fælles for disse er ifølge SST, at det er svært at finde en fysiologisk forklaring på dem, trods rigtig mange mennesker oplever symptomerne (SST, 2015). 'De nye sygdomme' er såkaldte 'skjulte lidelser'¹ (SL) (Frølich, 2009) og adskiller sig fra andre sygdomme ved en diskrepans mellem de subjektive oplevelser og de objektive fund. Symptomerne kan med andre ord ikke forklares fysiologisk, hvilket der ellers er tradition for i sundhedsvæsnet. Personer med SL oplever derfor at kastes ud i en legitimeringskrise, hvor anerkendelse af deres symptomer må opnås ad anden vej end den fysiologiske, hvilket problematiserer aspekter af den rettighedsbaserede og universelle velfærdsstats sundhedspolitik.

1.1 Problemafgrænsning

En samlet oversigt over den historiske baggrund for SL er vanskelig, idet der hersker en terminologisk forvirring på området. Fra før vores tidsregning har man anvendt betegnelsen hysteri, men der er aldrig opnået bred enighed om, hvad betegnelsen dækker (Fink, 2012). En af årsagerne til dette kan muligvis findes i kraft af at mange af symptomerne er overlappende, hvorfor SL er en 'mudret' kategori der dækker over mange lidelser. Fælles for patienter med SL er diffust udbredte smerter i store dele af bevægeapparatet, hvor der gennem parakliniske undersøgelser ikke kan findes biomedicinsk objektiv dokumentation for lidelserne. Smertens subjektivitet udgør derfor et centralt emne for feltets forståelse og konstruktion af SL. For klarhedens skyld har jeg valgt at fokusere på én case; fibromyalgi (FM). FM er et eksempel på SL og for at løfte denne case er omdrejningspunktet smerte, da det netop udgør det 'skjulte' aspekt og derfor danner grundlag for politisk regulering.

Udenlandske studier har vist, at FM er forbundet med betydelige direkte såvel som indirekte sundsøkonomiske omkostninger, herunder udgifter i forbindelse med uhensigtsmæssige, langstrakte udredningsforløb i specialistregi, sygefravær og tilkendelse af sociale ydelser (SST, 2015). Der fo-

¹ Jeg har valgt betegnelsen 'skjulte lidelser' fordi det netop konnoterer de paradokser og udfordringer der forekommer i diagnosticeringen af patienterne. SL er også kendt som: 'funktionelle lidelser', 'kronisk diffuse smerter', 'generaliserede smerter i bevægeapparatet', 'medicinsk uforklarede symptomer' (Fink & Rosendal, 2012, Mik-Meyer & Obling, 2012, SST, 2015). Fælles for betegnelserne er, at patienter med tilstanden udfordrer smertebehandlingsområdet, fordi patienternes smerter typisk er medicinsk uforklarlige, idet de er meget vanskelige at bestemme ætiologisk og patogenetisk. Dertil kommer, at smerterne ofte er skjulte for patientens omverden, dels fordi der sjældent kan findes en fysisk legemsbeskadigelse, der ligger til grund for dem, og dels fordi de kroniske smerter ofte har et anerledes og mere afdæmpet udtryk end akutte smerter. Dette gør dem svære at observere og identificere (Frølich, 2009).

religger desuden en betydelig forskningsbaseret viden inden for området, og flere danske videnskabelige afhandlinger har i nyere tid været med til at beskrive de forskellige aspekter af tilstanden (Jensen, 2001; Wittrup, 2002). På trods af denne øgede viden er årsagssammenhænge ved FM dog fortsat uklare, og diagnosen er kontroversiel: *”Er fibromyalgi en rent psykisk lidelse (et somatiseringsyndrom) – eller det modsatte – en rent somatisk lidelse...?”* (Danneskiold-Samsøe et al., 2009: 160).

I kraft af at lidelsen så at sige er ”skjult”, sprænger den rammerne, hvorved andre politiske indsatsområder – heriblandt beskæftigelsespolitikken – gøres afhængige af, hvordan den medicinske diskurs udvikler dette begreb og, det er dermed ikke en lukket medicinsk debat. FM er særlig interessant, da den åbner et helt nyt rum af intervention for en lang række politiske indsatsområder. Det er derfor ikke den sundhedsfaglige debat i sig selv, der er interessant, men den sociologiske analyse af SL.

Dette speciale tager ikke stilling til det videnskabelige bag FM, og gør det derfor udelukkende til genstand som et kommunikativt fænomen. I feltets kamp om at meningsudfylde FM, tager jeg ikke stilling til den ontologiske status af FM, men søger derimod en analyse af FM's ontologisering og dens konsekvenser. Den gennemgribende genstand er derfor, hvordan der indenfor det sundhedsfaglige felt er kamp om at indholdsudfylde FM, hvilket har konstitutive konsekvenser for, hvordan man kan være borger.

1.2 Problempræcisering

Personer med SL – herunder FM – udgør en kategori i både sagsbehandlere og lægers øjne, da deres problemer biomedicinsk betragtet ofte er uforklarelige, hvilket gør denne klient-/patientgruppe tidskrævende og besværlige at arbejde med (Mik-Meyer & Obling, 2012). Patienter med SL udfordrer almenpraktiserende lægers traditionelle, biomedicinske tilgang til diagnose og intervention, og hvad det kræver at være en ”legitim” patient i lægens øjne. Behandlingstilbuddene til disse typer patienter er yderst begrænset, så patienterne ofte udredes sekventielt ved forskellige medicinske specialer for ét symptom ad gangen. Kommunens rehabiliteringsindsatser afventer ofte, at sygdommen diagnosticeres for at få en afklaring af, om funktionsevnen kan bedres ad behandlingens vej (DSAM, 2013). Biomedicinsk dokumentation knyttes til sociale rettigheder da legitimiteten ofte hænger tæt sammen med biomedicinsk dokumentation for den sygdom klienten beskriver (Mik-Meyer, 2012).

Spørgsmålet om, hvordan vi skal forstå og forholde os til SL er udfordrende, fordi det rammer midt ned i en traditionel opsplitning i videnskaberne, skellet mellem to kulturer: den naturvidenskabelige og den humanistiske måde at erkende på (Frølich, 2009). To praksisser i forståelsen og konstruktionen af FM synes at være på spil, som jeg har valgt at kalde: 'det instrumentelle regime' og 'det holistiske regime'. Det instrumentelle regime har grobund i en traditionel biomedicinsk forståelse af kroppen og forstår sygdom ud fra en dualistisk opsplitning mellem det fysiologisk og det psykiske. Det holistiske regime har en konstruktivistisk forståelse af kroppen og forstår sygdom ud fra en bi-psykosocial tilgang. Jeg har valgt at konstruere dem som praksisregimer², da SL netop er et fænomen, der er institutionelt- og policygrænseoverskridende, og her er praksisregime-begrebet oplagt til at favne denne kompleksitet.

I dette speciale undersøges, hvordan SL konstrueres i sundhedssystemet, og hvordan denne konstruktion sætter rammer for iagttagelses-, og handlerummet i styringen af velfærdssubjekter. Herunder undersøges, hvordan konstruktionen af SL sammen med dokumentationskrav og fremherskende værdier om medborgerskab påvirker, hvordan subjektroller forhandles. Dette gøres med udgangspunkt i en analyse af FM som SL. På baggrund heraf er følgende problemformulering konstrueret:

Hvordan disponerer konstruktionen af skjulte lidelser rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter og hvordan påvirkes forhandlingen af subjektroller af denne konstruktion sammen med dokumentationskrav og fremherskende værdier om medborgerskab, med udgangspunkt i en analyse af fibromyalgi som skjult lidelse?

For at kunne besvare problemformuleringen, er det nødvendigt at opstille og begrunde en analysestrategi, hvilket følger i kapitel 2. Analysen består af to delanalyser. Delanalyse 1 undersøger, hvordan der konstrueres forskellige rationaliteter om FM inden for sundhedssystemet. Den måde der stilles diagnoser på og den sygdomsforståelse der kommer til udtryk, fortæller ikke kun noget om, hvad den enkelte person isoleret fejler, men også hvilke bagvedliggende samfundsmæssige værdier der er dominerende. Arbejdsspørgsmålet der er ledende for denne analyse er:

- *Hvordan konstrueres en rationalitet om FM i sundhedssystemet?*

² I analysestrategien udfoldes Foucault-begrebet samt operationaliseringen deraf.

I analysen vil det fremgå, at det instrumentelle regime har udspaltet sig i en anerkendende fløj og en skeptisk fløj, og der er således tre diskurser på spil. Når formålet i den første delanalyse er at rekonstruere de tre diskurser, så rejser det spørgsmålet: Hvis subjektivering er det, der gøres til iagttagelsepunkt? For første delanalyse har jeg valgt at beskæftige mig med patienten som genstand for de tre diskurser. Delanalyse 1 består af tre dele, som repræsenterer de tre diskurser. Eftersom det holistiske regime rummer langt større kompleksitet end det instrumentelle regime, fylder dette regime mere i analysen. Arbejdsspørgsmålet for delanalyse 1 bidrager til den overordnede problemformulering, da det belyser, hvordan bestemte magtstrukturer er med til at forhåndsdisponere rummet for handling og iagttagelse i styringen af FM-ramte.

Givet de tre diskurser må det antages at have et antal konstitutive konsekvenser på andre politiske områder. Jeg har valgt beskæftigelsespolitikken, fordi den har gennemløbet en tilsvarende udvikling, som det sundhedsfaglige felt har været inde i, hvor der åbnes for kontingens i måden at regulere på. I anden delanalyse vil jeg undersøge, hvordan der stilles en subjektivitet til rådighed for sagsbehandleren inden for rammerne af beskæftigelsespolitikken. I anden delanalyse flyttes iagttagelsepunktet således til sagsbehandleren. Med analysen får jeg blik for, hvilke fortolkningsrum lovgivningen etablerer, hvor loven ikke udtømmende fortæller, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning, men hvor der samtidig er en subjektivitet på spil. For at koble de to delanalyser kigger jeg derfor på, hvordan denne subjektivitet kan være formet af, hvordan klienten forholder sig. Arbejdsspørgsmålet der er ledende for delanalyse 2 er:

- *Hvordan stilles en subjektivitet til rådighed for sagsbehandleren i etableringen af et fortolkningsrum inden for beskæftigelsespolitikken, hvor loven ikke udtømmende bestemmer, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning?*

Hovedbidraget ligger i første delanalyse, hvorfor anden delanalyse ikke er en fuldt udfoldet analyse. Den har blot til formål at antyde en række konstitutive konsekvenser i skabelsen af subjektivitet hos sagsbehandleren, som følge af de tre diskursers konstruktion af FM.

1.3 Læsevejledning

Besvarelsen af problemformuleringen falder i følgende kapitler:

I kapitel 2 præsenteres afhandlingens *analysestrategi*. Her introduceres specialets videnskabsteoretiske grundlag, metoden og det analytiske blik i form af en governmentality-analytik, hvor første delanalyse udgør en praksisregime-analyse, og anden delanalyse består af en analyse med udgangspunkt i det etiske selvforhold; begge inspireret af Foucaults teoretiske arbejde. Disse operationaliseres, og kapitlet afsluttes ved at præsentere analysens design.

Kapitel 3 udgør afhandlingens *analyse*. Første delanalyse undersøger, hvordan der konstrueres rationalitet om FM i sundhedssystemet, og iagttagelsespunktet er patienten. Anden delanalyse undersøger, hvilke konstitutive konsekvenser konstruktionen af FM har i beskæftigelsespolitikken. Det er en undersøgelse af, hvilke fortolkningsrum lovgivningen etablerer, hvor loven ikke udtømmende fortæller, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning, men hvor der samtidig er en subjektivitet på spil. Iagttagelsespunktet flyttes her til sagsbehandleren.

I kapitel 4, der udgør specialets *diskussion*, trækkes nogle implikationer af de tre diskurser i det sociale system ved at opstille to scenarier af henholdsvis det instrumentelle og det holistiske regime. De to scenarier er en ekstrapolering i form af to potentielle reguleringsstrategier, som kan følge af analysen, der har konsekvens for, hvordan man kan tænke velfærdsledelse.

Kapitel 5 indeholder specialets *konklusion og perspektivering*. Her samler jeg op på resultaterne af de to delanalyser og forholder mig kritisk til specialets analytiske set-up. Kapitlet afrundes med en kort perspektivering.

2. ANALYSESTRATEGI

Analysestrategi handler om, at fremlægge en strategi for, hvordan man vil forme og konditionere et blik på den sociale verden fra en bestemt position i denne verden (Esmark et al., 2005: 10). I dette kapitel redegøres for, hvordan afhandlingen analysestrategisk gribes an. Her vil afhandlingens videnskabsteoretiske udgangspunkt præsenteres. Derudover præsenteres det teoretiske grundlag, som har afsæt i forfatterskabet af Michel Foucault, hvorfor de udvalgte centrale begreber af hans teoriapparat ligeledes introduceres og operationaliseres. Herunder en forklaring på, hvordan disse bidrager til besvarelse af problemformuleringen.

2.1 Videnskabsteori

Specialet indskrives sig i en epistemologisk orienteret videnskabsteori og opererer derfor pr. definition på anden orden (Andersen, 1999). Som epistemolog konstrueres andre aktørers iagttagelser som genstand for egen iagttagelse (ibid.: 12). Fordelen ved at være på anden orden er, at en anden ordens iagttagelse får mulighed for at iagttage, hvad første ordens iagttageren er blind for. Konkret for dette speciale betyder det, at det gennem anden ordens iagttagelse bliver muligt at reflektere over, hvordan der konstrueres forskellige rationaler om FM inden for det instrumentelle regime og det holistiske regime.

I stedet for en ontologisk videnskabsteori, hvor ambitionen er at udsige noget sandt om analysegenstanden, dvs. producere analysegenstandens selvfølgelighed, er sigtet i den epistemologiske videnskabsteori at afselvfølge genstanden (ibid.: 14). For den epistemologiske analysestrategi er det derfor relevant, hvem der iagttager. Verden forstås ikke som noget vi kan erkende uafhængigt af vores begreb herom, men kommer derimod til syne på en bestemt måde alt efter hvilket perspektiv vi anlægger – herunder hvilke begreber og teorier der anvendes til at reducere virkelighedens kompleksitet. Sammenfattende kan det siges at den epistemologiske videnskabsteori bevæger sig væk fra ontologiens *hvad* og i stedet opererer med epistemologiens *hvordan*. Specialet er derfor ikke optaget af *hvad* viden eller sygdom er (som en objektiv sandhed), men snarere, *hvordan* viden konstrueres og betinger rammen for mulige iagttagelser og handlinger. Specialet er ikke en kritik af den vestlige rationalisme, men snarere en fremvisning af de specifikke rationalitetsformer, som er opstået sammen med bestemte institutionelle, administrative og medicinske praksisser.

Den epistemologisk orienterede videnskabsteori indebærer visse krav til forskeren (ibid.: 15). For når blikket konstruerer analysegenstanden, må man stille som betingelse, at forskeren definerer præmisserne for, hvordan han iagttager sin analysegenstand og med hvilke 'blikke' den iagttages hvornår. Med andre ord kræves en redegørelse for de anvendte begreber, der styrer det analytiske blik, og hvilken betydning valget af disse har for konstruktionen af analysegenstanden (Ibid.). Denne redegørelse følger løbende i resten af kapitel 2.

2.2 Teoretisk rammeværk

Som beskrevet i problemfeltet, er dette speciales erkendelsesinteresse at undersøge, hvordan konstruktionen af SL disponerer rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter. Herunder hvordan forhandlingen af subjektroller påvirkes af denne konstruktion sammen med dokumentationskrav og fremherskende værdier om medborgerskab med udgangspunkt i en analyse af FM som SL. Hertil synes Michel Foucaults analytiske blik at være særdeles frugtbart, da det med sine analytiske begreber giver gode muligheder for at iagttage disponeringen af det sociale. Foucault er oplagt til at tilvejebringe kritiske analyser af den moderne velfærdsstat. Foucault påpeger, hvordan staten på den ene side fremstiller borgeren som en ukrænkelig rettighedsbærende størrelse. På den anden side udvikler staten et vidtforgrenet apparat af institutioner og eksperter, som søger at drage omsorg for, disciplinere, afrette, myndiggøre og selvrealisere borgeren gennem bearbejdning af individets selvforståelse og moral. Foucaults analyser er oplagte til problematikken, idet de kan fremvise, hvordan både de styrende (sagsbehandlere og læger) og de styrede (FM-ramte) er underlagt magtstrategier, der søger at forme dem som subjekter med bestemte selvforhold (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Som nævnt består analysen af to delanalyser der tilsammen udgør, hvad Foucault vil kalde en governmentality-analytik. Inden der redegøres for, hvordan de to delanalyser vil blive operationaliseret som en governmentality-analytik, er det nødvendigt først med en introduktion til, hvad Foucault forstår ved *magt*, *styring*, *det etiske selvforhold*, *selvteknologier* og *pastoral magt*, da disse udgør centrale temaer i opgaven. Dernæst en redegørelse for, ud fra hvilket teoriunivers, andre tilgange kan fravælges.

2.2.1 Foucaults magttænkning

Et gennemgribende tema i opgaven er magt, hvilket vil blive forstået ud fra Foucaults koncipering heraf. Et centralt aspekt ved Foucaults magtbegreb er, at han gør op med en forståelsen af magten

som undertrykkende og udgående fra staten. Magten er altså ikke en substans, der kan erhverves af et bestemt subjekt eller en institution og loven udgør ikke magtens grænse (Villadsen, 2013). Magten giver retning til erkendelser, ønsker og sproglige praksisser. Den er omvendelig og ikke aflukket for modstand eller modmagt. Med andre ord er magten produktiv, idet den selv skaber punkter og kapaciteter, der muliggør udøvelse af modmagt (ibid.). Dette betyder, at hverken de professionelle eller den FM-ramte er determineret af magten – aktørerne er derimod strategisk intentionelle gennem anvendelse af modmagt. Foucaults magtkonception, hvor magten forstås som skabende, giver mulighed for at iagttage, hvordan magt kan være indskrevet i forskellige relationer og teknikker, der muliggør og begrænser iagttagelses- og handlerummet for styring af FM-ramte.

Ifølge Foucault handler magtudøvelse ikke om at undertrykke naturlige, forud eksisterende subjekter, men i at indføre bestemte tendenser i de sociale relationer. Foucaults magtkonception bidrager derfor til en forståelse af, hvordan der forsøges at give retning til den refleksion og samhandling FM-ramte udøver. Subjektets frihed til at handle anderledes er afgørende for magtens virke. At subjektet anskues som en grundlæggende fri agent indebærer samtidig en antagelse om et subjekt, der leder sig selv i henhold til visse idealer, værdier og principper, og som reflekterer over sig selv som havende en sådan etisk selv-praksis (ibid. 343). Dette bringer os videre til endnu en af de centrale temaer hos Foucault, nemlig styring som 'conduct of conduct' og dernæst det etiske selvforhold og selvteknologier.

2.2.2 Styring som conduct of conduct

Styring som conduct of conduct kan defineres som ”...en hvilken som helst form for kalkuleret og rationel aktivitet. Den udføres af en mangfoldighed af autoriteter og organer, benytter sig af en mangfoldighed af teknikker og vidensformer og søger at forme vores adfærd ved at operere gennem vores ønsker, interesser og overbevisninger. Styring udøves med henblik på specifikke, men skiftende mål og har relativt uforudsigelige konsekvenser, effekter og resultater.” (Dean, 2006: 44). Denne definition har en række implikationer. For det første betegner styring altså ethvert forsøg på at forme aspekter ved vores adfærd i overensstemmelse med bestemte normsæt og med bestemte mål for øje. For det andet betegner udtrykket 'rationel' et forsøg på at indføre en form for rationalitet i overvejelserne omkring, hvordan der skal styres. Inden for vestens rationalisme findes der en mangfoldighed af rationaliteter. Styringen har en moralsk karakter, da den med varierende grad af udtalt-hed og på basis af specifikke former for viden, hævder at vide, hvad der er god, dydig, passende og ansvarlig adfærd for individer og kollektiver. Kravet om at FM-ramte, der modtager forskellige so-

cialle ydelser og behandlinger, skal udføre bestemte opgaver (fx gå til møder, modtage rådgivning eller deltage i revalideringsprogrammer), er knyttet til påstande om, hvordan disse personer bør lede sig selv.

2.2.3 Etisk selvforhold og selvteknologier

At styring er en moralsk aktivitet bygger på antagelsen og ideen om selvstyring, dvs. en forestilling om et autonomt individ, der er i stand til at regulere og overvåge bestemte aspekter af sin adfærd. Styringen forudsætter et etisk selvforhold dvs. en kapacitet til at tænke og handle, hvilket samtidig implicerer de styredes frihed. Installeringen af det rette selvforhold er et afgørende element i styringen. Magten, som her opererer igennem den enkeltes selvstyring, virker altså ved, at subjektet betragter sig selv som en bestemt type subjekt og anerkender de værdier og det potentiale, som følger med den subjektivering, som der indtrædes i. Foucault beskriver det således: *“This form of power applies itself to immediate everyday life which categorizes the individual, marks him by his own individuality, attaches him to his own identity, imposes a law of truth upon him which he must recognize and which others have to recognize in him”* (Foucault, 1982: 781).

Subjektivering betegner processen, hvor subjektet selv underkaster sig. Den konkrete subjektiveringsproces sker bl.a. gennem teknologier, der retter sig mod selvet, såkaldte *selvteknologier* (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Selvteknologier *“...permits individuals to effect by their own means, or with the help of others, a certain number of operations on their own bodies and souls, thought, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality”* (Foucault, 1988: 18). Selvteknologier kan altså forstås som procedurer, der foreskriver subjektet, hvordan det skal bestemme sin identitet, udvikle og vedligeholde den, med henblik på bestemte mål. Herigennem kan individet forme sit selv og give det bestemte betydninger, muligheder og mål – eller med andre ord underkaste sig en bestemt subjektivering. Det etiske selvforhold og selvteknologierne er centrale begreber, fordi de udgør bindeledet mellem de to delanalyser. Dette leder os videre til endnu et centralt begreb, nemlig pastoralmagten.

2.2.4 Pastoralmagt

Pastoralmagten er en magtform, der anvender metaforen ’hyrden og flokken’, som stammer fra den kristne kirke. I moderne vestlige samfund er der tale om en reformulering af den kristne kirkes ide om ledelse med henblik på frelse, til nu at handle om ledelse i retning mod lykke og velfærd. Hyrden skal ikke blot overvåge flokken som helhed, men kere for hver enkelt. Dette kræver at hyrden

får et indgående kendskab til individernes indre hemmeligheder, tanker og følelser gennem bekendelsen som teknologi (Dean, 2006). Individet afkræves derfor at fortælle sandheden om, hvem hun er, således at hun kan ledes i henhold hertil. Frembringelsen af disse sandheder skal sætte subjektet i stand til at indtage et refleksivt forhold til sig selv, sine tanker og sin selv-ledelse (Villadsen, 2013). Den pastorale magtform er intim, idet den retter sig mod individets sjæl, og subtil, fordi den gør den, som magten rettes mod, til autoritet for bestemmelsen af individets lidelser eller afvigelser. Samtidig er det oplagt at sandhedshævningen ofte finder sted med bistand fra en autoritet, der strukturerer og filtrerer udsagnene (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Da centrale temaer fra Foucaults forfatterskab nu er blevet præsenteret, vil jeg redegøre for, ud fra hvilket teoriunivers, andre tilgange kan fravælges. Efterfølgende vil jeg redegøre for, hvordan de to delanalyser bliver operationaliseret.

2.3 Teoretisk afgrænsning

Den måde jeg har valgt at formulere problemet på, peger i retningen af en bestemt type teoretisk bearbejdning. Det må for det første være teori der beskæftiger sig med kommunikation. Ikke bare forstået som et middel til formidling af information, men som en skabende kraft med konsekvenser for iagttagelses- og handlerummet vi befinder os indenfor. Endvidere er det nødvendigt med en teori, der med sin epistemologiske orientering, ikke tager genstanden for givet, men derimod accepterer, at genstanden må konstrueres, før den kan iagttages (Andersen, 1999).

2.3.1 Laclaus hegemonianalyse

Laclau har blik for den diskursive konstitution af det sociale og dens virkninger. Hans begrebsapparat muliggør en undersøgelse af, hvordan meningsproduktion finder sted. Skabelsen af nye hegemoniske projekter er identifikationsprocesser, hvor tomme udtryk tjener som nye punkter for mulige identifikationer (Hansen, 2005). Med Laclaus hegemonianalyse ville jeg kunne anskue liminalfasen som udtryk for en dislokation. Her ville jeg få blik for fremvæksten af nye politiske identiteter igennem konstruktionen af nye diskursive punkter for identifikation. I det omfang hegemoniseringen lykkes, sker der en tiltagende præcisering af indholdet (smerte) resulterende i fremkomsten af logikker. Hermed ville jeg kunne forstå de to epistemologiske tilgange til FM, som forsøg på at sedimentere smerte ved at knytte forskellige partikulariteter dertil. Hegemonianalysen ville derfor udgøre en stærk kobling mellem de to delelementer i den overordnede problemformulering, da jeg ville få blik for den politiske kamp om meningsudfyldelsen af smerte og hvordan politiske identiteter konstrueres i hegemoniseringen.

Ikke desto mindre afstod Laclau fra empirisk arbejde, hvilket har smittet af på hans teoretiske arkitektur. Hvad der teori-internt er kohærent og konsistent, bliver til meget løse metaforer i konfrontationen med en genstand. Dette gælder begreberne *diskurs*, *flydende betegner* og *tom betegner*, hvor særligt tom betegner er et decideret antiempirisk begreb (Andersen, 1999: 169). Hans teoriapparat lider derfor af en række konditioneringsproblemer. Laclaus generelle diskursteori til forskel for Foucaults mere specifikke diskursanalyse indebærer at der ingen retningslinjer gives for, hvornår der kan dømmes diskurs. Laclaus diskursteori fordrer derfor ikke samme empirifølsomhed, som det er tilfældet med Foucault, hvilket ville betyde, at mit speciale derfor ville blive mere teoretisk.

2.3.2 Goffmans interaktionisme

En kritik af Foucault og hans analyseapparat er, at han ikke undersøgte, hvordan de diskursive kategorier bringes i anvendelse og udøves af almindelige mennesker, og ikke mindst, hvordan de bliver en del af institutionernes konkrete arbejde og funktionsmåde (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). For alternativt at få blik for, hvordan magten udspiller sig i de mikrosociale forhold (mellem læger/sagsbehandlere og borgere) kunne Goffmans interaktionisme have været udgangspunkt. Med Goffmans begreb om ”totale institutioner” tilbydes en forståelse af, hvordan individer formes i kraft af videnskabelig-administrativ klassifikation. Det er altså en analytik, som kunne bidrage med en forståelse af, hvordan subjektpositioner aktivt udøves, spilles og forhandles. Styrken ved Goffman er et blik for den dynamik, som findes i social interaktion mellem mennesker til trods for de ellers styrende strukturer omkring interaktionen.

Goffman kritiseres imidlertid for ikke at forholde sig til et samfunds- og statsbegreb, da fokus er på interaktionen (Ibid.). På trods af Goffmans fokus på normer og værdier i interaktionen, kædes disse ikke sammen med generelle samfundsmæssige normer og værdier i velfærdsstaten i moderne vestlige samfund. Med Goffmans analyseapparat ville analysen derfor blive trukket tættere på, hvordan roller skabes i forbindelse med den konkrete interaktion, men interessen ligger snarere på det diskursive niveau; hvordan rummet for kommunikation er disponeret af magtstrukturer, hvilket jeg ikke får blik for med Goffman. Foucaults governmentality-analytik vil derfor danne grundlag for analysen og de to delanalyser vil følgelig blive operationaliseret.

2.4 Operationalisering

Foucault forsøgte med hans governmentality-begreb at specificere magtens væsen i det moderne samfund. Begrebet kan anskues som en bred diagnose af vestlige samfunds særlige styringsrationa-

litet. En governmentality-analytik kan ses som et forsøg på at udfolde, hvordan viden og magt forbindes på bestemte måder, med bestemte konsekvenser i det moderne samfund. En governmentality-analytik forsøger at vise, at de selvfølgelige måder, vi handler på, reflekterer over handlinger og drager i tvivl på, ikke er absolut selvindlysende eller nødvendige (Dean, 2006). Styring handler i moderne samfund, om at sandsynliggøre chancen for at bestemte subjekter opstår. Analysen må derfor undersøge de tekniske redskaber, praksisser og institutioner, som søger at forme og omforme vores refleksionsmåder, selvforhold og handlinger. Endvidere må den undersøge, hvordan måden der styres på, muliggør opkomsten af bestemte måder at producere sandhed på. Undersøgelsen retter sig mod de specifikke koblinger mellem viden og magt – dvs. mellem at foreskrive en bestemt adfærd og etablere en viden om de handlende individer (Ibid.). En governmentality-analytik undersøger bl.a. de betingelser, hvorunder praksisregimer kommer til verden, opretholdes og transformeres (ibid.). Første delanalyse vil derfor udformes som en praksisregime-analyse. Det er derfor nødvendigt med en introduktion til, hvad der forstås ved praksisregimer.

2.4.1 Praksisregimer

Praksisregime-analysen er udviklet af Mitchell Dean. I sin bog ”Governmentality. Power and Rule in Modern Society” (Dean, 2010) trækker han på Foucaults begreb om governmentality og udscriber heraf praksisregime-analysen. Idet praksisregime-analysen får blik for ”*hvordan forskellige personers og aktørers kapaciteter og frie handlinger er blevet formet gennem styringspraksisser*” (Dean, 2006: 70) er den oplagt til at besvare, hvordan konstruktionen af rationalitet om SL i sundhedssystemet disponerer rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter. At spørge hvordan styring fungerer, er at spørge hvordan vi skabes som forskellige typer af aktører med bestemte kapaciteter og handlingsmuligheder (Ibid.). Nedenfor vil jeg redegøre for praksisregime-analysen som analysestrategisk værktøj. Praksisregime-analysen skal samtidig læses som en operationalisering af de tidligere præsenterede Foucault-temaer.

Praksisregimer kan karakteriseres som ”...*relativt sammenhængende måder at gøre ting på. De er de mere eller mindre organiserede måder, hvorpå vi på et givent tidspunkt og på et givent sted tænker, praktiserer og reformerer aktiviteter, såsom omsorg, administration, rådgivning, sygepleje, afstraffelse, uddannelse osv.*” (Dean, 2006: 58). Praksisregime-analysen udlæser en skematik for disponering af det sociale. Det er en skematik, som benytter bestemte vidensformer, funderet på bestemte teknikker og anordninger, som søger at skabe bestemte former for subjektivitet. I moderne liberal-demokratiske samfund, som Danmark, er der praksisregimer rettet mod afstraffelse, helbre-

delse, behandling af sindssyge, opretholdelse af mental sundhed osv. Regimerne omfatter og sammenknytter bestemte institutioner. Vi kan således tale om 'det strafferetslige system', 'sundhedssystemet' og 'det sociale system'. Helt centralt er det at pointere, at praksisregimerne ikke er identiske med bestemte institutioner såsom SST eller Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) og ej heller et system, såsom sundhedssystemet eller det sociale system. Tilstedeværelsen af disse praksisregimer muliggør derimod lån på tværs af institutioner. Dertil kommer at praksisregimerne selv låner fra hinanden, lige så vel som der kommer samarbejde, overlap, gennemskæringer og konkurrence mellem dem. At konstruere genstanden som praksisregimer, er derfor ideelt til at favne dynamikken og kompleksiteten på tværs af forskellige politikområder. Praksisregimerne giver ophav til, trækker på og omformes af diverse former for viden og ekspertise, såsom medicin, socialt arbejde, terapi osv. Vidensformerne definerer praksisregimets objekt og de professionelle og institutionelle domæner, hvorfra myndighedsindehavende ekspertise og legitimitet kan hentes (ibid.).

Som nævnt i problemfeltet, vil jeg iagttage konstruktionen af FM gennem to praksisregimer, der synes at være på spil, som jeg har valgt at kalde 'det instrumentelle regime' og 'det holistiske regime'. Jeg vil derfor søge at rekonstruere praksisregimernes iboende logik eller strategi, som er styrende for, hvordan der konstrueres rationalitet om FM. Der er tale om praksisregimer, når der eksisterer et relativt stabilt felt af korrelerede synligheder, mentaliteter, teknologier og aktører, der sammen udgør en slags indforstået referencepunkt for enhver form for problematisering, som er regimernes dynamiske motor (Dean, 2006).

Dean opstiller fire dimensioner som praksisregime-analysen bør indeholde: *styringens synlighedsfelter*, *styringens rationalitetsformer*, *styringens tekniske aspekter* og *skabelsen af identitet* (Ibid.). Det er disse fire dimensioner der konkret vil bære delanalyse 1 frem.

2.4.1.1 Synlighedsfelter

Den første dimension vedrører de former for synlighed, som er nødvendige for praksisregimernes operationer. Synlighedsfelter gør os i stand til at forstå hvad og hvem der styres. Fokus er på det visuelle og rumlige i styringen i form af diagrammer, grafer og tabeller. Disse måder at visualisere styringsfelter på kan hjælpe med at bestemme hvem og hvad der skal styres, hvordan relationer af autoritet er konstitueret, hvordan agenter skabes i netværk og hvilke problemer der søges løst (Dean, 2010). I denne dimension kan jeg efterspørge, hvilke lyskilder der anvendes til at oplyse og definere FM som bestemt objekt. Et eksempel på et synlighedsfelt i det instrumentelle regime, er

når patientens smerter søges sporet tilbage til en underliggende anomali i kroppen. Et eksempel på et synlighedsfelt i det holistiske regime er, når smerten synliggøres gennem en socialisering af smerterne.

2.4.1.2 Rationalitetsformer

Den anden dimension fokuserer på de former for viden, der affødes af og selv informerer styringsaktiviteter. Her spørger governmentality-litteraturen til, hvilke former for viden, ekspertise eller rationalitet der bringes i anvendelse i styringspraksisser. Dvs. hvordan emner og problemer gøres styrbare (Dean, 2006). Styring indebærer at autoriteter og organisationer stiller spørgsmål til sig selv, anvender former for viden og knowhow, og formulerer visioner og målsætninger for, hvad de søger at opnå. Vigtigt er det at pointere, at specialets kritiske aspekt ikke er en kritik af specifikke institutioner, men snarere en problematisering af bestemte styringsidealer og forestillinger, der giver sig til udtryk i den måde der konstrueres rationalitet om FM. Styring har desuden en programmatisk karakter, hvilket betyder, at governmentality-litteraturen ligeledes sætter fokus på de mere eller mindre eksplicite forsøg på at organisere og reorganisere institutionelle rum, rutiner, ritualer og procedurer og ændre aktørers adfærd på specifikke måder. Disse 'adfærdsprogrammer' søger at udføre en regulering i praksisregimerne ved at formulere en række specifikke mål. I denne dimension søger jeg efter, hvilken viden/rationalitet der benyttes til at gøre FM-ramte styrbare. Et eksempel på en rationalitetsform i det instrumentelle regime, er når FM konstrueres som enten en psykisk eller fysisk lidelse. Et eksempel på en rationalitetsform i det holistiske regime, er når FM konstrueres som et biopsykosocialt fænomen.

2.4.1.3 Tekniske aspekter

Den tredje dimension fokuserer på styringens tekniske aspekt. Her spørger governmentality-litteraturen til, igennem hvilke midler, instrumenter, procedurer, teknikker og teknologier bliver autoritet konstitueret og styring gennemført? (Dean, 2006). Såfremt at styring søger at indfri bestemte værdier eller opnå mål, må den anvende tekniske midler. Disse tekniske midler udgør derfor en betingelse for at styre samtidig med at de sætter grænser for, hvad der er muligt at gøre. Det er dog vigtigt at pointere, at styring ikke blot kan reduceres til det tekniske aspekt ved magtudøvelse, men at det tekniske er mindst lige så vigtig som de andre aspekter af styring (Ibid.). I denne dimension søger jeg efter, hvilke teknologier, teknikker og behandlingsmetoder og på basis af hvilke magtformer FM søges styret. Et eksempel på en teknologi i det instrumentelle regime er klassifikationskriterierne, der anvendes i diagnosticeringen af FM. Et eksempel på en teknologi i det holistiske regi-

me er psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi. Pastoralmagten anvendes som en del af de tekniske aspekter i det holistiske regime. Et eksempel på pastoralmagt, er når patientens sygdomsopfattelse sættes i centrum for en regulering, der hævder at øge livskvaliteten for patienten.

2.4.1.4 Skabelsen af identitet

Den sidste dimension i analysen af praksisregimer vedrører de former for individuel og kollektiv identitet, som styring opererer igennem, og som specifikke styringspraksisser og –programmer søger at skabe (Ibid.). Bestemte styringspraksisser forudsætter at både styrer og styret har bestemte selv'er og identiteter. Ligeledes forventes det, at begge parter har bestemte kapaciteter, egenskaber, indstillinger og status. Her kan governmentality-litteraturen spørge til; hvilke former for adfærd forventes af de styrende og styrede og hvilken type adfærd problematiseres? Hvilke rettigheder og pligter har de? Hvordan håndhæves pligterne og hvordan sikres rettighederne? Hvordan får man bestemte individer og befolkningsgrupper til at påtage sig bestemte identiteter?" (Ibid.: 75). Helt centralt er det at pointere, at de former for identitet som forudsættes og fremelskes i forskellige styringspraksisser ikke bør forveksles med et *virkeligt* subjekt eller en virkelig subjektivitet. Praksisregimerne promoverer, faciliterer, skaber og tildeler kapaciteter og egenskaber, men de er ikke determinerende. De er udelukkende succesfulde i det omfang, at de givne aktører oplever sig selv gennem sådanne kapaciteter. Styringen handler derfor mere om identifikation end identitet. I denne dimension søger jeg efter, hvilke identiteter eller adfærd hos FM-ramte der forudsættes og hvilke kapaciteter FM-ramte antages at rumme. Et eksempel på identitetsskabelse, er når patienten konstrueres som en moralsk patient, en evidenssøgende patient eller 'den gode smertepatient'³.

Ved at undersøge disse dimensioner søger dette speciale at rekonstruere de to praksisregimers iboende logik, som er styrende for konstruktionen af rationalitet om FM. Det skal påpeges, at de ovennævnte fire dimensioner forudsætter hinanden, og at de derfor ikke kan reduceres til hinanden. Med andre ord kan praksisregimerne ikke udlæses eller reduceres til én af dimensionerne. Ved at eksplisitere de former for rationalitet og tænkning, der er indlejret i de to praksisregimer og ved at påpege skrøbeligheden af de måder FM-ramte bliver bedt om at genkende sig selv på, kan analysen således ophæve disse praksissers selvfølgelige karakter.

³ 'Den gode smertepatient' er en diskursiv konstruktion hvis inspiration er hentet fra Nanna Johannesens ph.d.-afhandling "Smertens socialitet" (Johannesen, 2011).

I stedet for at eftersøge en bestemt normativitet om, hvordan der burde styres eller konstrueres rationalitet om FM, er målet at åbne det felt, hvori der kan reflekteres over muligheden for at gøre tingene på en anden måde. Analysen opnår således sit kritiske element ved at gøre klart, hvad der står på spil, når FM-ramte styres på en bestemt måde gennem anvendelsen af bestemte former for tænkning og handling således, at det bliver muligt at påtage sig ansvar for konsekvenserne af at tænke og handle på den måde. Specialet belyser de teknikker og praksisser, de rationaliteter og vidensformer, og de identiteter og handlingsdispositioner, som styringen af FM opererer gennem. Eftersom fokus er på de styringspraksisser, som danner basis for problematiseringen af FM, er det relevant at undersøge de elementer, der er nødvendige for at bestemme de to praksisregimer.

I delanalyse 1 omfatter dette elementer som: retningslinjer og anbefalinger til læger, de midler og teknologier der bruges til at indsamle, opbevare og frembringe informationer om FM-ramte, procedurer for diagnosticering og behandling af patienter, behandlingsmetoder fx i form af patientuddannelse, kognitiv adfærdsterapi og rehabiliteringsoplæg baseret på aktiv patientdeltagelse. Følgelig vil jeg redegøre for de analysebærende begreber i delanalyse 2.

2.4.3 Etiske selvforhold som analysestrategi

Forskeren Lisa Dahlager har med afsæt i Foucaults teorier om styring udviklet en analysestrategi, som er baseret på Foucaults tænkning om subjektets etiske selvforhold. Herigennem udskriver hun 4 analytiske dimensioner: *objekt-*, *subjekt-*, *sandheds-*, og *handleform* (Dahlager, 2001), hvilke teoretisk er gensidigt betingede.

Objektformer indrammer den etiske substans, der er knyttet til subjektet. Med objektformen analyserer jeg, i hvilke epistemologiske rum objekter dukker op og bliver synlige. Det er en objektgørelse af noget ved subjektet (fx adfærd, tænkning, holdning) dvs. hvordan sagsbehandleren konstitueres som objekt gennem objektgørelse af klienten. Subjektformen betegner forskellige former, gennem hvilke styringen kan forme, hvordan mennesker adresseres som individer. Det gælder former, der opdyrker bestemte kapaciteter, kvaliteter og statustilstande hos sagsbehandlerne. Med subjektformen undersøger jeg altså, hvilke identiteter/roller sagsbehandleren kan påtage sig. Et eks. på objektform er når ansvar og vilje objektgøres i klienten, hvilket konstituerer sagsbehandleren som dommer for hvorvidt disse er opfyldt. Her tydeliggøres sammenhængen mellem objekt- og subjektformer. Sandhedsformer består både som kodificerende og som en argumentativ orden. Givet denne dobbelte status findes sandhedsformer, hvor objekter gøres til genstande og klassificeres, samt hvor

der sættes kriterier for, hvordan de kan gøres til genstand for undersøgelse, tale og regulering. Jeg undersøger derfor de former for viden, ekspertise og rationalitet som er indlejret i visitationen af klienten og hvordan de inddeles i gennemgribende kategorier. Et eks. på en sandhedsform er de visitationskategorier som klienten inddeles i af sagsbehandleren. Handleformer er formgivende praktikker, instrukser, procedurer, organisationsformer m.m., der bringes i anvendelse for at forme objektet, hvilket i dette tilfælde fx drejer sig om lovgivningens vejledning til sagsbehandlerne. Jeg undersøger her, hvilke konkrete jobrelaterede og adfærdsregulerende aktiviteter der tilbydes. Et eks. på en handleform, er de mestringskurser klienten tilbydes at deltage i.

Gennem disse 4 dimensioner kan jeg analysere, hvordan lovgivningen stiller en subjektivitet til rådighed for sagsbehandleren i etableringen af et fortolkningsrum inden for beskæftigelsespolitikken, hvor loven ikke udtømmende bestemmer, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning. Med denne analyse kan jeg altså vise, hvordan sagsbehandlere og klienter er indspundet i formaterede rum, der søger at lede dem mod bestemte måder at tænke sig selv på og lede sig selv på (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Det Foucaultske perspektiv hævder ikke, at subjekterne er determinerede og beskriver ej heller, hvordan subjekterne i praksis underkaster sig de strategier og styringsteknologier, der rettes mod dem. Delanalyse 2 bevæger sig derfor ligeledes på strategiernes, programmernes og teknologiens niveau.

I delanalyse 2 har jeg valgt at fokusere på sygedagpengeloven, og herunder bekendtgørelser og vejledninger for denne, da disse fortolker loven og hvordan den skal praktiseres. I analysen inddrages endvidere en pjece, udgivet af STAR, som har til formål at give information om ændringerne af sygedagpengesystemet.

2.5 Analysedesign

Følgende afsnit har til formål at redegøre for det analytiske narrativ i de to delanalyser og i diskussionen. Som nævnt er FM et eksempel på SL og det centrale omdrejningspunkt for at løfte denne case er smerte, da dette udgør det skjulte aspekt.

I delanalyse 1 vil hver diskurs fremskrives som en problematisering, der skaber grundlag for en meningsfuldhed inden for den enkelte fase og som centrerer sig om fænomenet smerte. Problematismen følger rækkefølgen af de fire dimensioner: *synlighedsfelter*, *rationalitetsformer*, *tekniske aspekter* og *identitetsskabelse*, som indikationer på diskurs. I det holistiske regime har det dog vist sig mere hensigtsmæssigt at starte med rationalitetsformer, og følgelig; synlighedsfelter, tekniske aspekter og afslutningsvis identitetsskabelse.

Det analytiske nulpunkt i delanalyse 1, bygger videre på et nulpunkt i 1800-tallet, hvor den medicinske diskurs blev etableret som adskillelsen af krop og sind. Det instrumentelle regime bliver altså etableret i 1800-tallet og rummer kun, hvad jeg kalder 'den skeptiske fløj' indtil år 1991, hvor 'den anerkendende fløj' etableres. Det holistiske regime etableres i 1977. Det analytiske nulpunkt for analysen sættes omkring år 2000, hvor debatten omkring SL og herunder FM eskalerede (Ehlers, 2000). På trods af at nulpunktet sættes omkring år 2000, bliver de tre diskursers opkomst kort tematiseret i analysen.

Når der i arbejds spørgsmålene for første delanalyse spørges til de to praksisregimers konstruktion af FM, er det ud fra et synkront blik. Da det instrumentelle regime udspalter sig i to, er der dermed tre diskurser på spil. Den første delanalyse skal derfor læses som tre synkrone analyser, hvor jeg ikke forholder mig til en udvikling i tid – dvs. hvordan debatten *inden* for den enkelte diskurs har udviklet sig i tid. De tre diskurser markerer tre forskellige faser i FM's historie og jeg beskriver dem som faser, med henblik på at belyse specialets problemformulering. Det er ikke med henblik på at rekonstruere de tre diskurser som selvstændige medicinske diskurser, idet dette rummer en anden tidslighed. Arkivet, som de tre diskurser baserer sig på, er større end det, jeg bearbejder, men faseinddelingen som jeg sætter, baserer sig på afgrænsningen af det arkiv, jeg bruger til problemformuleringen. De tre diskurser afløser ikke hinanden, men forløber som selvstændige medicinske diskurser uafhængigt af, hvordan jeg gør dem iagttagelige.

Delanalyse 2 er delt op i progressive temaer; dvs. hvor forrige tema er afgørende for at forstå det følgende. Første tema er en undersøgelse af, hvilke betingelser lovgivningen opstiller for, hvordan sagsbehandleren kan dømme sygdom. Det følgende tema omhandler, hvordan den sygemeldte sidenhen kategoriseres i visitationen. Sidste tema omhandler, hvordan visitationskategorierne er forhåndsdisponeret. De analysebærende begreber i delanalyse 2 er: *objekt,-, subjekt,-, sandheds,- og handleformer*. Udfaldet på analysen er, hvilke effekter denne udvikling har på moderne velfærdsledelse.

I diskussionen går jeg på tværs af analyserne og forsøger at diskutere nogle implikationer af de tre diskurser i det sociale system ved at opstille to scenarier af henholdsvis det instrumentelle og det holistiske regime. De to scenarier er en ekstrapolering i form af to potentielle reguleringsstrategier, som kan følge af analysen, der har konsekvens for, hvordan man kan tænke velfærdsledelse. Scenarierne tager udgangspunkt i det reservoir af viden, de tre diskurser stiller til rådighed for det sociale system, og selvom konsekvenserne kan trækkes i mange retninger, vil jeg i dette speciale afgrænse mig til beskæftigelsespolitikken.

3. ANALYSE

Dette kapitel består af to delanalyser. I første delanalyse vil jeg forsøge at rekonstruere den iboende logik i de to praksisregimer – det instrumentelle regime og det holistiske regime – som er styrende for, hvordan der konstrueres rationalitet om FM. I anden delanalyse vil jeg undersøge, hvilke konstitutive konsekvenser konstruktionen af FM har i beskæftigelsespolitikken. Arbejdsspørgsmålet, der er ledende for delanalyse 1 er: ”*Hvordan konstrueres en rationalitet om FM i sundhedssystemet?*” Analysen bidrager til den overordnede problemformulering ved at belyse, hvordan bestemte magtstrukturer er med til at forhåndsdisponere rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter.

3.1 Det instrumentelle regime – en dualistisk tilgang

Eftersom det instrumentelle regime har udspaltet sig i to, er der således tre diskurser på spil. Delanalyse 1 bevæger sig i tid for at rekonstruere, igennem hvilke problematiseringer de tre diskurser for FM har udviklet sig over tid. Hver diskurs inden for de to praksisregimer bliver skrevet frem igennem de fire dimensioner i rækkefølgen: *synlighedsfelter*, *rationalitetsformer*, *tekniske aspekter* og *identitetsskabelse*, som indikationer på diskurs. De to fløje inden for det instrumentelle regime afrundes hver især ved at undersøge, hvordan de to diskursers iagttagelse af smerte konstituerer et udfaldsrum af patientroller. For at forstå det instrumentelle regime og dets udspaltning, er det nødvendig med et kort historisk oprids af den biomedicinske forståelse af kroppen og sygdomme.

3.1.1 Biomedicinens opkomst & udspaltningen af det instrumentelle regime

Med udgivelsen af *Naissance de la clinique* (Klinikkens fødsel) i 1963 har Michel Foucault historiseret opkomsten og tilblivelsen af den medicinsk objektiverede krop, der opstod med introduktionen af nye medicinske metoder og instrumenter i 1800-tallets Paris. Det var særligt obduktionen af den døde krop, der ledte til ideen om sygdomme som entiteter, der eksisterede og derfor nu kunne lokaliseres i den biologiske krop. Kroppen kunne med andre ord studeres og kategoriseres i henhold til specifikke lidelser, der placerede sig inden for forskellige kropslige domæner og medicinske specialer. Med dette distancerede objektive blik på kroppen og sygdomme, fik lægen en privilegeret position, der indebar, at patientens subjektive lidelsesfortælling blev udgrænset til fordel for den objektive professionelle undersøgelse (Raffnsøe, Gudmand-Høyer, & Thaning, 2008).

I 1991 blev ”Dansk Fibromyalgi-Forening” stiftet (Berlingske, 2009) og markerede således en spaltning af det instrumentelle regime, som jeg har valgt at kalde henholdsvis ’den skeptiske fløj’ og ’den anerkendende fløj’. Hvor den skeptiske fløj er kategorisk afvisende over for SL, idet der ikke menes at forefindes objektiv dokumentation, anerkendes SL i den anden fløj med centralnervesystemet som diagnostisk dokumentation (Dansk Fibromyalgi-Forening, 2015). Anerkendelsen af FM blev dog først politisk vedtaget i 1992 hvor WHO fastlagde en egentlig definition. Efter denne definition lider man af FM, hvis man har smerter over og under livet, i højre og venstre side af kroppen og i musklerne langs rygsøjlen, og hvis disse smerter har varet i mere end tre måneder (Aggerbeck, 2011).

De to fløje har til fælles, at de begge forudsætter kroppen og dens dybder, som et særligt synlighedsfelt. Inden jeg undersøger, hvordan den anerkendende fløj udspalter sig som en problematisering af den skeptiske fløj, vil jeg derfor først undersøge, hvordan lyskilder anvendes af begge tilgange til at oplyse og definere bestemte styringsobjekter.

3.1.2 Smerteobjektet

Udgangspunktet i begge fløje i det instrumentelle regime er en biomedicinsk forståelse af kroppen. Antagelsen er, at alle symptomer kan klassificeres, diagnosticeres og placeres inden for bestemte specialer. Idealet i behandlingen er derfor at handle ud fra et objektivt afgrænset smerteobjekt. Sundhedpsykologen Søren Frølich har i antologien ”Skjulte lidelser”, som både forholder sig til det instrumentelle regime og det holistiske regime, skrevet et kapitel om kronisk smerte. Her forholder han sig til, hvordan SL udfordrer den biomedicinske behandlingsmodel. I nedenstående beskriver han fx, hvordan det medicinske behandlingssystem er indrettet, som afspejler den biomedicinske forståelse af kroppen:

“Det medicinske behandlingssystem er specialiseret således, at sygdomme diagnosticeres og behandles under forskellige specialer alt efter sygdommens formodede årsag eller det organsystem, der er berørt” (Frølich, 2009: 18).

At det medicinske behandlingssystem er organiseret ud fra en biomedicinsk tilgang, ses ligeledes i kraft af, at diagnosticeringen og en del af behandlingen af FM, finder sted hos en reumatolog (SST, 2008). Denne tilgang har en kausal iboende logik idet forestillingen er, at der kan identificeres objektive parametre i kroppen, som peger på bestemte medicinske behandlinger. Dette ses fx i kapitlet

”Fibromyalgi” i antologien ”Skjulte lidelser”, hvor en gruppe læger beskriver, hvordan FM optimalt diagnosticeres og behandles:

“Sygdomsdefinition og klassifikation af sygdomme baseret på ætiologi og patogenese er ønskelig, idet denne metode fremmer kausal behandling” (Danneskiold-Samsøe et al., 2009: 160).

Behandlingsstrategien medfører en endimensionel smertetænkning, der primært fokuserer på de fysiologiske/biologiske aspekter af smerten og på viden om smertens ætiologi⁴ og patogenese⁵. Den dominerende orden i det instrumentelle regime er således en antagelse om eksistensen af den medicinsk objektiveret krop, som synlighedsfelt. Eftersom jeg nu har undersøgt, hvordan lyskilder anvendes af begge tilgange til at oplyse og definere bestemte objekter, vendes blikket mod, hvordan SL udfordrer dualisme-tankegangen i den skeptiske fløj. Herunder fremgår også, hvordan lægens korrektion af patientens diffuse (forstået som ikke objektivt lokaliserbare) smerter, fungerer som håndtering af udfordringen.

3.1.3 Den skeptiske fløj

For at forstå, hvordan subjektiviteten ved SL problematiseres, er det nødvendigt at vende blikket mod, hvordan smerte opfattes, da det netop er smerteaspektet der udgør den subjektive del, og som ikke passer ind i det instrumentelle regimes søgen efter objektivitet. Jeg vil med andre ord undersøge, hvilke rationalitetsformer der bringes i anvendelse i styringen af SL.

I nedenstående citat ses, hvordan neuropsykologen Lise Ehlers, som repræsentant for den skeptiske fløj, i sin bog ”Ondt i livet – kvinder og de nye sygdomme ” bl.a. beskriver smerte og dens rolle i den biomedicinske tilgang:

*“En stor del af problemet ligger i forskellen mellem lægens sygdomsopfattelse (disease), og patientens oplevelse af lidelse (illness). For lægen refererer sygdom til fejl i de biologiske processer, med deraf følgende patologiske ændringer i kroppen...[S]ygdommen må gives et navn, en diagnose, for det er forudsætningen for at kunne gå videre med en relevant behandling. Illness refererer derimod til den af patienten følte lidelse og medinddrager altså den personlige **oplevelse** [org. fremhævet].”*

⁴ Ætiologi er læren om sygdommens årsager, dvs. summen af de genetiske og miljømæssige faktorer der igangsætter en sygdom. (Den Store Danske, 2014).

⁵ Patogenese er selve sygdomsprocessen, dvs. de forandringer i organismen, der fører til udvikling af en sygdom (Ibid.).

ning]... *Ofte er det imidlertid 'kun' smerten, der er reel; ikke den diagnose, der jagtes.*" (Ehlers, 2000: 9).

Den viden der trækkes på her, er en biomedicinsk forståelse af krop og sygdom, hvor det således er lægens sygdomsopfattelse i form af de dokumenterbare patologiske ændringer, der kan korrigere patientens utroværdige smerteperception. Når det drejer sig om patienter med SL udfordres lægerne på idealet om objektivitet, da der er uoverensstemmelse mellem lægens manglende fund og patientens sygdomsbeskrivelse. Kriteriet for vurderingen af patientens sygdomstilstand, som er relevant for behandlingen, skrider fra objektivitet til at indeholde vurderinger af patientens troværdighed. Dette disponerer hvordan den enkelte patient kan opfattes. En læge fra Odense beskriver det således:

"[Patienter med SL] er svære, fordi vi skal give en objektiv vurdering i den situation, hvor der er uoverensstemmelse mellem patientens oplevede symptomer og [vores] objektive fund. Man skal jo forholde sig objektivt, men jeg synes det er svært... Det er jo stadig subjektivt... [H]vad er det for en patient det her. Er det én, der skal have et kærligt los et vist sted, eller er det én, der lige skal værnes om i en periode." (Mik-Meyer, 2012: 62).

Underforstået synes der i de to citater at foreligge en antagelse om, at patienten kun kan tage udgangspunkt i deres egen krop og erfaring og derfor ikke har forudsætningerne for at vurdere alvoren og intensiteten. Hermed bliver ekspertens observation, komparation og vidensgrundlag vigtige redskaber til at korrigere og justere patientens fortællinger, så de bliver objektive eller i Ehlers ord "reelle". Symptomerne inddeles i subjektive symptomer og objektive symptomer. De subjektive symptomer anses som sensationer og andre klager, der ikke kan verificeres gennem undersøgelsesmetoder. Til forskel kan objektive symptomer verificeres. Subjektive symptomer opfattes derfor som psykologiske fænomener, da de ikke kan måles og verificeres og underlægges derfor en psykologisk bearbejdning. Med andre ord lader det til, at smerten som fænomen dirrer i sondringen mellem det reelle, forstået som objektive indikationer, og det ikke-reelle forstået som subjektive indikationer.

FM problematiseres fordi der ikke er objektive fund i kroppen, som kan korrigere eller supplere de subjektive smerter. At patientens krop inden for det instrumentelle regime opfattes som et objekt,

udelukker dog ikke forestillingen om, at personen er et intentionelt agerende subjekt. Problemet konstrueres derimod omkring subjektets subjektive – i betydningen ikke-troværdige – opfattelse af symptomerne i kontrast til lægens professionelle objektive tilgang. Som håndtering af dette tilskrives de subjektive smerter hos patienter med SL, en psykisk årsag. Hermed ses den dualistiske opsplitning mellem fysiologiske og det psykiske, hvor FM konstrueres som et fænomen inden for det psykiske. Smertens dirren håndteres med andre ord, ved at betone ethopsykosociale personlighedstræk, hvorved perspektivet ændres til en moralsk iagttagelse. Dette ses fx i nedenstående citater:

“Manglen på handlekraft og det ubevidste ønske om passivitet (nogen må dog tage sig af mig) er måske tidens allerstørste sygdom...kan det tænkes, at nogle syge slet ikke ønsker at blive raske... kan det så tænkes, at nogle så at sige beslutter sig for at være syge?” (Ehlers, 2000: 10, 115).

Jeg har undersøgt, hvilken form for viden der bringes i anvendelse i styringen af SL. Eftersom den skeptiske fløj ikke anerkender gældende teknologier til diagnosticering af FM, da de anskues som pseudovidenskabelige og som ugyldig dokumentation, er det ikke meningsfuldt at undersøge de tekniske aspekter i den skeptiske fløj. Jeg vil derfor bevæge mig videre og undersøge, hvilke identiteter der forudsættes og hvilken status og kapaciteter der forventes af personer med SL i den skeptiske fløj.

3.1.3.1 Den moralske patient

’Modediagnoserne’ som Lise Ehlers kalder SL, ses fremfor sygdomme, som et symptom på en række passive, uansvarlige mennesker. Lidelser der ikke kan diagnosticeres objektivt og ikke kan bestemmes ud fra ætiologi og patogenese, bliver konstrueret som et udtryk for en række individer, der er udfordrende for samfundet, fordi deres moralske kompas ikke stemmer overens med værdier om den aktive og ansvarlige medborger. SL iagttages som et fælleskatalog af identiteter eller roller, som uansvarlige individer, strategisk intentionelt påtager sig for at kunne forblive i offerrollen. Dette indebærer, at ansvaret placeres i omgivelserne. SL kategoriseres med andre ord som en moralsk udfordring for samfundet, der kræver intervention i de pågældende individers psyke.

Som formand for Etisk Råd i 2007 skrev den danske overlæge Ole Hartlig en artikel, som handler om forskellige SL – herunder FM:

"I vort samfund er der i hvert fald én acceptabel måde at krybe uden om sociale forpligtelser på, og det er ved at være syg. Så slipper man for at gå i skole, at arbejde, at vaske op, at gå til selskaber og så videre. Men sygerollen har naturligvis sine begrænsninger og krav. Det forventes, at man opfører sig som syg. Man bør for eksempel finde sig i tilbud om kamillete, og man kan ikke spille golf. Desuden bør man udtrykke et ønske om at blive rask og derfor også acceptere at blive behandlet." (Hartling, 2007).

SL, som Ole Hartling kalder for 'ikke-sygdomme', konstrueres som undskyldninger for at 'krybe uden om' og 'slippe for' diverse forpligtelser. Der synes at blive konstrueret en dobbelthed i sygerollen i Ole Hartlings udtalelse. I sygerollen antages det, at man indtager en offerposition og således for en periode kan fraskrives ansvar. Af samme årsag forventes at man vil modtage den tilbudte hjælp/behandling. Med andre ord giver sygerollen moralsk legitimitet for, at man ikke kan opretholde ansvaret for sine normale forpligtelser. Ansvarer genplaceres samtidig i sygerollen i form af et ansvar for egen sygdom, hvor individet forventes at søge tilbage til den normale rolle. Man kan godt være uansvarlig overfor sociale forpligtelser, men man skal være ansvarlig for sin uansvarlighed. Helt centralt er det dog, at personer med SL ikke anses som værende patienter – dvs. FM udgør ikke en patientrolle biomedicinsk betragtet. Personer med SL anses enten som rationelle, men moralsk forkastelige eller som irrationelle og dermed moralsk uskyldige, men derfor inkompetente mennesker. Adfærden hos personer med SL udgør derfor patienter med moralske problemer i det omfang at dette kan klassificeres som en sygdom.

Individer med SL problematiseres, da de opstår i spændingsfeltet mellem syg og rask. De tilbydes at være en legitim del af fællesskabet, hvis de ellers påtager sig ansvar for deres 'moraliske sygdom' samt de forpligtelser, krav og forventninger rollen indebærer. Dette kræver altså at personer med SL, i Ole Hartlings ord, bør *"finde sig i tilbud om kamillete, og man kan ikke spille golf"* og tage i mod behandling for at kunne blive normaliseret. Det insinueres samtidig, at individer med SL påtager sig sygerollen. Et andet eksempel på dette ses i en artikel af Ehlers, som skriver:

"Hvor der er ofre, er der advokater, sympati og compensation, men kun meget lidt ansvarlighed og selvforsørgelse. Med en kronisk, uhelbredelig 'sygdom' følger en sygerolle og en forventet adfærd." (Ehlers, 2003).

Personerne med SL problematiseres som uansvarlige i deres ageren, og det er samfundets opgave at behandle dem. At disse individer fremstår som passive, gør dem med andre ord velegnet til et terapeutisk forløb, der har til formål at indgyde ansvar og engagement. Jobcenteret er et eksempel på en institution der er nedfældet til, og opnår sin succes og legitimitet, gennem produktionen af ansvarlige selvkørende individer. At individer med SL således gøres ansvarlige for egen sygdom forvandler subjektets forhold til sig selv, til en genstand der kan styres af andre. Arbejdet for sagsbehandleren i jobcenteret er afhængig af, netop denne type borgere; personer, som både *kan* og *vil* påtage sig ansvaret for deres sygdomme, og som er målbevidst på at blive behandlet for disse. Borgeren forventes således aktivt at bidrage til forbedringen af egen sundhed og livskvalitet.

På den ene side har vi et juridisk system der kræver, at et menneske kan gøres ansvarlig for sine handlinger. Ansvarret bliver dermed en absolut størrelse forstået på den måde, at man fx ikke kan fritages for ansvar med henvisning til, udokumenterbar sygdom. Derimod kræves en lægeerklæring jf. lovens § 39 vedrørende sygedagpenge: "*Lægeerklæringen skal [...] dokumentere sygdommen*" (Sygedagpengeloven § 39 stk. 1). På den anden side har vi en terapeutisk model (fx jobcenteret), som behandler personer, hvis selvforståelse tilsyneladende adskiller sig fra den præsenterede. De to systemer er skarpt adskilt, og den juridiske tankegang producerer den ideale normale borger. Der ved skabes behovet for det terapeutiske system, som behandler afvigelsen (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Sygdomsbeskrivelsen er et symptom på en diagnose af samtiden eftersom sygdomsbeskrivelsen ikke kun fortæller noget om, hvad den enkelte person isoleret fejler, men også noget om, hvordan dominerende normer og værdier i det danske samfund udgrænser og kategoriserer bestemte handlinger og tilstande som unormale og syge. SL problematiseres, da de anses som et symptom på en række tankesæt og handlinger, der er et angreb på dominerende værdier om selvbeherskelse, viljestyrke og ansvarlighed, hvilken den ideale borger antages at rumme. Eller med andre ord; personer med SL problematiseres, da de fremstår som individer, der ikke tager ansvar for deres liv.

Eftersom SL således konstrueres som et fænomen i grænselandet mellem syg og rask, ændres perspektivet til en moralsk iagttagelse, hvor årsagen til adfærden hos personer med SL placeres som et sociologisk fænomen. Praktiserende læge, Anders Tuxen, skriver fx:

”Fibromyalgi var pludselig sagen. Et utal af kvinder i 40’erne refererede til en kvindelig overlæge på Frederiksberg. Hun havde beskrevet en lang liste af velkendte symptomer. Havde kvinden syv (tror jeg nok) eller flere, var diagnosen sikker. Der var stor jammer, og ingen behandling virkede rigtigt. Jo, først når kvinden omsider fik invaliderende, gik det over - og næsten lige med det samme.” (Tuxen, 2009).

Eller som Lise Ehlers skriver omkring personer med SL:

”...det må i det mindste betragtes som en mulighed, at der nogle gange kan være tale om en ubevidst efterrationalisering; at patienten så at sige ’vælger sig ind i’ et identitetsgivende (kultur)sygdomsfællesskab” (Ehlers, 2000: 56).

Der konstrueres en potentialitet for at individer med SL ’påtager’ sig en bestemt identitet for at føle sig inkluderet. Troværdigheden omkring personer med SL fremskrives således som tvivlsom, idet de ikke anses som reelt syge, men blot påtager sig rollen som syg. Samtidig bliver resultatet af værdier om selvbeherskelse, viljestyrke og ansvarlighed, at den sygdomsramte konstant må være på forkant med at udvise adfærd, der bekræfter omgivelserne i at sygdommen er reel, for ikke at blive kategoriseret som snylter. Med andre ord underkastes de og underkaster sig selv en subjektivering, hvori de fastholdes i en selvfortælling, der skaber deres identitet som syg.

Da jeg nu har analyseret den skeptiske fløj, vil blikket nu vendes mod den anerkendende fløj, hvis overgang baserer sig på en problematisering af den skeptiske fløj. Problematiseringen centrerer sig, som tidligere nævnt, ligeledes om fænomenet smerte, da det er dette fænomen omkring SL, som udfordrer det instrumentelle regime. Først skal vi se på, hvilken form for viden der bringes i anvendelse i styringen af SL, dvs. hvilke rationalitetsformer der er på spil.

3.1.4 Den anerkendende fløj

Den anerkendende fløj mener at finde dokumenteret bevismateriale for FM i form af målbare tests, på trods af at disse er baseret på subjektive målparametre, der ellers udgør et troværdighedsproblem i den biomedicinske kropsforståelse. Diagnosepraksissen i denne fløj kan derfor anskues som en måde at gribe det ellers uhåndgribelige an; et forsøg på at overskride de etablerede grænser for det instrumentelle regime. Patientforeningen, Dansk Fibromyalgi-Forening, repræsenterer den anerkendende fløj. Her defineres FM som:

”...en kronisk sygdom, hvor forstyrrelser i centralnervesystemet medfører, at de ramte lider af udbredte smerter, hurtig udtrætning, kognitive forstyrrelser i form af hukommelses- og koncentrationsproblemer samt en række andre symptomer. Forskere har påvist forstyrrelser i centralnervesystemet, og bl.a. SPECT-scanninger viser, at der er tale om en markant større smertereception i hjernen hos de ramte sammenlignet med raske kontrolpersoner” (Dansk Fibromyalgi-Forening, 2015).

FM defineres alene som en *”patologisk enhed”* og *”fysisk lidelse”* (ibid.). Denne karakteristik af sygdommen knyttes patogenetisk til hjernen med udsagnet *’forstyrrelser i centralnervesystemet’*. Det kan således iagttages, at der forekommer en konstruktion af FM, der i sin gendrivende form peger tilbage på en medicinsk objektiveret kropsforståelse, hvor sygdommen placeres i et organ. Flere steder på hjemmesiden henvises der endvidere til WHO’s placering af diagnosen på ICD-10-listen:

”...WHO fandt, at diagnosen og symptomerne nu er tilstrækkeligt klart beskrevet som en selvstændig enhed, og at den derfor kan bære en selvstændig placering som en diagnose med fysiske smerter af ikke psykogen karakter [org. fremhævning]” (Ibid.).

Her ses en klar udgrænsning af en mulig psykisk eller psykosocial sammenhæng. Dette understøttes yderligere af deres henvisning til et amerikansk hospital og forskningsenhed ved navn John Hopkins, der har udgivet en artikel, der *”...gør op med den tidligere opfattelse, at fibromyalgi er en psykisk tilstand, den slår fast, at læger nu har forstået, at fibromyalgi involverer centralnervesystemet og ikke ’sidder mellem ørerne’”* (Ibid.).

Denne fløj anerkender udelukkende FM som en fysisk lidelse og forsøger derfor at placere det som et objektivt fænomen, der finder sted i centralnervesystemet. Referencen til et konkret organ er afgørende i legitimitetsbelægget for sygdommens anerkendelse inden for det instrumentelle regime, hvorfor denne fløj er særligt optaget af sygdommens placering i kroppen. Da vi nu har undersøgt rationalitetsformen, vendes blikket mod styringens tekniske aspekter og slutteligt afrundes afsnittet med identitetsskabelsen af personer med SL.

3.1.4.1 Klassifikationskriterier – en teknologi

Det instrumentelle regime udfordres af patienter med SL som FM. Inden for den skeptiske fløj så vi, at smertens dirren blev håndteret ved at betone ethopsykosociale personlighedstræk, hvorved

perspektivet ændres til en moralsk iagttagelse. I den anerkendende fløj håndteres smerten gennem indførelse af forskellige teknologier i diagnosticeringen:

“Ætiologien og patogenese ved mange reumatologiske sygdomme er imidlertid ikke fuldt klarlagt, og der er derfor langt til denne idealtilstand. Alligevel er der behov for klare definitioner af sygdomsenheder med det formål at kunne fremme forståelsen af sygdommen ved forskning, bedømme interventionsformer og forbedre patientbehandling. Da mange reumatologiske lidelser savner patognomoniske manifestationer, er der i stedet udviklet klassifikationskriterier baseret på kombinationer af kliniske fund og parakliniske fund.” (Danneskiold-Samsøe et al., 2009: 160).

Citatet implicerer, at FM bliver placeret inden for det medicinske speciale ’reumatologi’, som beskæftiger sig med medicinske sygdomme i bevægeapparatet. Der forelægger altså en antagelse om, at FM kan diagnosticeres på baggrund af den traditionelle biomedicinske opsplitning af kroppen i forskellige specialer. FM problematiseres som et fænomen, der sprænger den biomedicinske forståelse af sygdom, idet ætiologien og patogenesen – der ses som den ideelle tilgang til forståelse af sygdom – endnu ikke er klarlagt. Idealet for behandlere med en instrumentel tilgang er med andre ord at identificere entydige objektive parametre, som peger i retningen af bestemte medicinske handlinger. Denne forestilling om kausalitet mellem det medicinske objektive og en bestemt type behandling ses ligeledes ved følgende citat:

”Sygdomsdefinition og klassifikation af sygdomme baseret på ætiologi og patogenese er ønskelig, idet denne metode fremmer kausal behandling” (Ibid.: 160).

Eftersom det er disse parametre (ætiologi og patogenese) behandlerne søger efter, men ikke finder hos FM-ramte, tilbydes klassifikationskriterier, som baserer sig på kliniske- og parakliniske fund. Klassifikationskriterierne er defineret ved:

“1) generaliserede smerter af mere end tre måneders varighed. 2) signifikant smerterespons i 11 af 18 foruddefinerede punkter (tender points) ved digital palpation med et tryk på 4 kg” (Ibid.: 161).

De tekniske aspekter der benyttes i diagnosticeringen af FM, er bl.a. ved hjælp af en Tenderpoint-test, hvor patienten giver udtryk for smertegraden ved tryk på en række punkter på kroppen (tender-

points). Ifølge WHO's ICD-liste⁶ er tenderpointtesten afgørende for den etablerede diagnosemetode, hvor en særligt uddannet person trykker på 18 udvalgte steder på kroppen på den smerteramte med et tryk på 4 kg. Smerteudfaldet noteres og udgør grundlaget for bestemmelsen; smerte i 11 ud af 18 punkter udløser diagnosen. Målemetoden baserer sig altså på individets subjektive smerteoplevelse, men bliver ”objektiveret” gennem udmåling af kropsdele og trykvægt og søges flyttet over i et kvantitativt felt, der giver mening i den biomedicinske diskurs. Paradoksalt nok baserer diagnosticeringen af FM sig derfor på en kombination af patientens subjektive smerteoplevelse og behandlerens intuition og erfaring. Dette vidner om en sprække i biomedicinens epistemologi, da subjektivitet er medkonstituerende for objektiv viden. I et vidst omfang genindsættes patientens subjektive fortælling som grundlag for diagnosticeringen og efterfølgende behandling.

Konsekvensen af den anerkendende fløjs objektivering af smerten som en fysiologisk størrelse er, at personer med SL, i ønsket om at blive anerkendt som patient, søger objektive kriterier til grund for deres symptomer. Den dualistiske forståelse af sygdom får individet til at søge videre i systemet for at få legitimering af smerterne fysisk fremfor at affinde sig med en psykisk forklaring. Der hersker en identitetsskabelse af personer med SL i en evidenssøgende rolle, hvor de kun opnår legitimitet for smerterne gennem fysisk dokumentation, hvorfor de jagter en diagnose. Individet fastholdes og fastholder sig selv i en lidelsesfortælling og en sygeadfærd, der understøtter de biomedicinske kriterier for at opfattes som patient.

⁶ Info om WHO's ICD-10-liste findes her: www.who.int/classifications/icd/en/

3.1.5 Opsamling

Det instrumentelle regime rummer to fløje, som dog begge er funderet i en dualisme mellem krop og sind. Forestillingen er, at sygdom kan klassificeres, diagnosticeres og placeres inden for bestemte specialer. Ætiologi og patogenese er idealet og der er tale om sygdom, når der foreligger objektiv målbart dokumentation herfor. Det instrumentelle regime bygger på en kausalitetslogik, hvor forestillingen er, at man kan identificere objektive parametre i kroppen, som peger på en bestemt medicinsk behandling. Udgangspunktet i det instrumentelle regime i begge fløje er dermed en biomedicinsk forståelse af kroppen, som et særligt synlighedsfelt.

I den skeptiske fløj anerkendes FM ikke med begrundelse af manglende fysiologisk beviselighed og kritiserer derfor det subjektive aspekt i diagnosticeringen. Subjektive symptomer opfattes derfor som psykologiske fænomener, da de ikke kan måles og verificeres og underlægges derfor en psykologisk bearbejdning. Smerten som fænomen dirrer dermed i sondringen mellem det reelle, forstået som objektive indikationer, og det ikke-reelle forstået som subjektive indikationer. At FM ikke kan diagnosticeres ud fra objektive kriterier resulterer i at FM rationaliseres som en psykisk lidelse. Den anerkendende fløj fastholder en klar opsplittning mellem krop og sind, men kæmper med det subjektive aspekt i diagnosticeringen af sygdommen. Italesættelsen af hjernen og centralnervesystemet som et patogenetisk fænomen, er derfor af afgørende betydning i anerkendelseskampen inden for det instrumentelle regime. Rationalitetsformen er dermed en betoning af FM som en fysisk lidelse.

I den anerkendende fløj, som tæller WHO i form af ICD-10 listen og Dansk Fibromyalgi-Forening, anerkendes disse individer som patienter, såfremt man kan måle og dokumentere deres lidelser ved hjælp af klassifikationskriterier og teknologier som Tenderpoint-testen. På trods af at klassifikationskriterierne til diagnosticering af FM er blevet konfirmeret ved en konsensuskonference i København erklæringen (Kamper-Jørgensen et al., 1992) og diagnosen er anerkendt internationalt af WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD), er metoden kontroversiel og anerkendes således ikke i den skeptiske fløj. I den skeptiske fløj kritiseres tenderpoint-kriteriet stærkt for subjektivitet og manglende nøjagtighed (Fink, Rosendal, & Toft, 2012a) og FM anerkendes derfor ikke grundet manglende fysiologisk dokumentation. Denne teknologi betragtes med andre ord som pseudo-objektiv og ugyldig dokumentation.

I det instrumentelle regime hersker der to modstridende patientroller, repræsenteret af de to fløjes subjektiveringer. I den skeptiske fløj resulterer kombinationen af, at FM ikke hævdes at have videnskabelig dokumentation og den grundlæggende dualistiske opsplitning mellem krop og sind i, at FM iagttages gennem et moralsk perspektiv. SL iagttages som et fælleskatalog af identiteter eller roller, som uansvarlige individer strategisk intentionelt påtager sig for at kunne forblive i offerrollen. Personer med SL hævdes at fraskrive sig selv ansvar og i stedet placerer det i omgivelserne, hvilket gør dem til styringsobjekter, der kræver intervention i de pågældende individers psyke. I den skeptiske fløj bliver FM-ramte gjort ansvarlig for deres moralske habitus idet FM ikke anerkendes som en reel sygdom (forstået som et fysiologisk fænomen). De forventes at udvise en adfærd, der påviser ønsket om at blive normaliseret, hvorved de ansvarliggøres for deres 'moralske sygdom' – de skal med andre ord ville viljen. De anråbes til at være refleksive om deres adfærd, således at de kan blive ansvarlige for deres uansvarlighed. Subjektpositionen der tilbydes, er et refleksivt, entreprenant og selvbehersket individ, der tager ansvar for egen sundhed.

I den anerkendende fløj underkastes og underkaster personer med SL sig selv en subjektivering, hvori de fastholdes i en sygefortælling og en sygeadfærd i forsøget på at understøtte de biomedicinske betingelser for at opfattes som patient. Dette foreskriver med andre ord en adfærd i form af en begrænsning i deres fysiske ressourcer, der kan påvise objektive kriterier for sygerollen, hvorfor de således får legitimitet som patient gennem dokumentation af deres lidelser. I nedenstående figur ses en illustrativ opsamling af de to diskurser inden for det instrumentelle regime:

	Instrumentelle regime skeptisk	Instrumentelle regime anerkendende
Synlighedsfelt	• Smerteobjektet • Ætiologi og patogenese	• Smerteobjektet • Ætiologi og patogenese
Rationalitetsform	• Fibromyalgi er psykisk	• Fibromyalgi er fysisk
Tekniske aspekter	• Diagnosticeringsteknologier er pseudo-videnskabelige	• Klassifikationskriterier • Tenderpointtest
Identitetsskabelse	• Den moralske patient	• Den evidenssøgende patient

Da symptomer fra personer med SL ikke falder inden for velkendte biomedicinske sygdomskategorier, bliver grænsedragningen mellem syg eller rask til et politisk anliggende. De to subjektiveringer af FM har således flere forskellige konstitutive konsekvenser for andre politiske områder, som jeg i delanalyse 2 vil analysere. Først vil jeg fokusere på sundhedsfeltets problematisering af det instrumentelle regime, med fremkomsten af det holistiske regime som løsning herpå.

3.2 Det holistiske regime – en biopsykosocial tilgang

Det sundhedsfaglige felt rummer ikke alene tilhængere af det instrumentelle regime med dens dualistiske tankegang. Derimod repræsenteres det også af en tilgang, der er opstået som konsekvens af en problematisering af den objektiverede medicinske forståelse af sygdom. Denne tilgang inddrager både biologiske, psykologiske og sociale forhold i sin forståelse af sygdom, når det drejer sig om SL og opererer inden for, hvad jeg kalder for det holistiske regime. I følgende analyse vil jeg undersøge, hvordan dette regime er emergeret på baggrund af en problematisering af det instrumentelle regimes tilgang til SL.

Som tidligere nævnt, fremskrives diskursen inden for det holistiske regime igennem de fire nævnte dimensioner: *synlighedsfelter*, *rationalitetsformer*, *tekniske aspekter* og *identitetsskabelse*. Det har dog vist sig mere hensigtsmæssigt at starte med rationalitetsformer i dette regime, og følgelig synlighedsfelter, tekniske aspekter og afslutningsvis identitetsskabelse. Det holistiske regime markerer sidste fase i FM's historie. For at forstå det holistiske regime, er det nødvendig med et kort historisk oprids af den biopsykosociale model.

3.2.1 Den biopsykosociale model

I artiklen "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine" præsenterer psykiateren George L. Engel i 1977 en model, der tager afsæt i en kritik af den biomedicinske model. Den betegnes som utidssvarende i forhold til de videnskabelige opgaver og det sociale ansvar, der hviler på lægevidenskaben. Engel plæderer for et bredere sygdomsbegreb og problematiserer dermed den del af lægevidenskaben, der kun beskæftiger sig med målbare objektive somatiske fund. I artiklen argumenterer han derfor for et mere helhedsorienteret blik på det syge menneske. Med forslaget om en biopsykosocial model mener han, at for at forstå, hvad mennesker fejler, hvorfor de fejler det, og hvad der skal gøres for at behandle dem, skal en række forhold tages i betragtning. Dette involverer generelle livsbetingelser, psykologiske faktorer og patientens kontakt med sundhedsvæsenet. Ifølge Engel må vi anerkende, at mennesker kommer til lægen, fordi de enten ikke ved, hvad de fejler, eller fordi de ikke føler sig i stand til at hjælpe sig selv. At tale med patienten og få et nuanceret billede er lægens primære opgave (Engel, 1977).

Blikket vendes nu mod det holistiske regimes problematisering af det instrumentelle regimes dualistiske fundament og jagt på objektivitet, når det drejer sig om SL. Med andre ord, vil jeg undersøge,

hvordan det holistiske regime emergerer som en problematisering af det instrumentelle regimes rationalitet og epistemologi.

3.2.2 Smertens subjektivitet vs. objektivitet

Inden for det holistiske regime anskues patienter med SL som biopsykosociale subjekter, og dualisme-tænkningen med adskillelse af krop og sind kritiseres for, ikke bare at være reducerende og simplificeret, men direkte forværende for de smerteramte. Sundhedspsykologen Lisbeth Hede Jørgensen beskriver i et kapitel i antologien ”Skjulte lidelser”, hvordan kroniske smertepatienter udgør en udfordring i sundhedssystemet og repræsenterer dermed det holistiske regime. I nedenstående ses, hvordan det instrumentelle regimes dualismetænkning problematiseres:

”De kronisk smerteramte bliver ofre for denne dualisme...De smerteramte kan være så heldige, at der kan registreres et betændt led eller belastning i ryggen som forklaring på smerten. Hvis der ikke umiddelbart kan registreres noget fysisk, tvinges de til at slås for at overbevise personalet i sundhedsvæsenet om, at der er en fysisk forklaring på smerterne... Hvis der ikke kan findes en fysisk forklaring, kan det ende med en psykologisk forklaring på smerterne...Den psykologiske forklaring betyder, at deres smerter mistænkeliggøres. Dette bliver en del af hele sygdomskomplekset.” (L. H. Jørgensen, 2009: 33-34).

I ovenstående citat problematiseres den biomedicinske forståelse af smerte, når det drejer sig om personer med SL. Jagten efter objektive fund som grundlag for smerten medfører at den smerteramte kastes ud i en anerkendelseskamp for overhovedet at blive opfattet som patient. Det hævdes med andre ord, at kombinationen af det store fokus på fysiologisk dokumentation og den dualistiske opsplitning mellem krop og sind er med til at disse patienter skaber udfordringer i sundhedsvæsenet. I tilfældet med SL, hvor der ikke kan forefindes fysisk forklaring på smerterne, bliver der ofte givet en psykisk forklaring på smerterne. Denne dualistiske forståelse af sygdom får individet til at ”søge videre i systemet for at få legitimering af smerterne fysisk i stedet for at affinde sig med en psykisk forklaring” (Ibid.: 42). Antagelsen er, at når subjektet bliver reduceret til et biomedicinsk objekt, som ikke kan indfange den kompleksitet som patienter med SL rummer, vil manglen på anerkendelse af smerten lede til *doctorshopping* (Ibid.). Det instrumentelle regime problematiseres idet patienten konstrueres som biomedicinsk objekt. Konsekvensen er, at patienten subjektiveres og subjektiverer sig selv en granskning efter objektive fund i kroppen i målet om at opnå anerkendelse for sygdommen. Placeringen af smerter i kroppen problematiseres således:

”En kronisk smerteramt udtrykte, at den smerteoplevelse, man henvender sig med, bliver splittet i forskellige dele, alt efter hvor i kroppen smerterne er. De smerteramte sendes nemlig ofte rundt i de forskellige specialer, indtil de i bedste fald ender på et smertecenter. Splittelsen efterlader de smerteramte med en grundlæggende følelse af manglende kontrol over deres smertesituation...Man hjælper dem ikke, men skaber i stedet en forøget smertetilstand.” (Ibid.: 55).

Den dualistiske tilgang problematiseres idet psykologiseringen af smerterne ses som reduktionistisk og forsimpelende, hvilket medfører en hindring for at behandle patienten. Smerte betragtes som et komplekst biopsykosocialt fænomen, og det er smerten, der sættes i centrum. Udredningen skal afdekke, hvordan behandlingen kan tilpasses patientens subjektive behov medicinsk, psykologisk og socialt. I følgende afsnit skal vi se nærmere på, hvordan det holistiske regime forsøger at håndtere dette. Jeg undersøger her, hvilke rationalitetsformer der bringes i anvendelse i styringen af SL.

3.2.2.1 Smerteoplevelsen i centrum

SL udfordrer det medicinske felt, fordi det har fremprovokeret en opløsning af det medicinske felts traditionelle grænser i forståelsen af sygdom, hvilket dog også møder modstand. Dette ses fx ved en massiv kritik af ICD-10-klassifikationen af SL. Validiteten af ICD-10-klassifikationen er stærkt kritiseret, for at de enkelte diagnoser er arbitrært definerede og dårligt afgrænset, hvilket medfører at patienterne ofte vil opfylde kriterierne for flere diagnoser samtidig (Fink & Rosendal, 2012). SL kalder på afgrænsning, hvilket også kaldes objektiviseringer. Det drejer sig om praksisser, hvori smerten gøres til en socialt håndterbar størrelse. I 1979 definerede International Association for the Study of Pain (IASP⁷) smerte som følgende:

”Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (IASP, 2014).

Definitionen rummer en paradoksalspænding. På den ene side er smerte defineret som ’actual tissue damage’, altså en vævsbeskadigelse, der er objektiv iagttagelig. På den anden side rummer definitionen en erkendelse af, at smerte kan være til stede uden en egentlig vævsskade kan påvises eller ligge til grund for oplevelsen. Smerte er altså samtidig defineret som en oplevelse. Ubehaget (det sensoriske såvel som emotionelle) må være tilstede, mens vævsbeskadigelsen (det objektivt somati-

⁷ IASP er en non-profit sammenslutning af læger psykologer, fysioterapeuter og sygeplejersker, der beskæftiger sig med smertebehandling og -forskning.

ske) er sekundær. I et forsøg på at afgrænse kronisk smerte definerede neurologen Loeser i 1990 kronisk smerte som:

”En kompleks bio-psyko-social tilstand, der enten kunne være kompliceret eller ukompliceret, afhængig af sociale og psykologiske faktorer i tilstanden.” (SST, 2006: 19).

Denne opfattelse af kronisk smerte er en fremherskende antagelse i den specialiserede behandling af patienter med kroniske smerter (Ibid.). Personer med SL er udfordrende fordi der ikke kan forefindes noget objektivt beskadiget, hvilket er en forudsætning i det instrumentelle regime for at kunne blive opfattet som patient. Dette har ledt til opkomsten af det holistiske regime, som forsøger at håndtere det, ved at sætte smerteoplevelsen i centrum:

”...man [må] vise interesse for den smerteramtes oplevelse. Det gøres ved at flytte fokus væk fra årsagen til smerten og i stedet lytte til smerteoplevelsen” (L. H. Jørgensen, 2009: 45).

I SST's rapport 'Smertescole – en medicinsk teknologivurdering' lægger de sig i forlængelse af denne tilgang til smerter og skriver:

”Hensigten med at tilbyde Smertescole på Tværfagligt Smertecenter er at hjælpe patienterne med at acceptere deres kroniske smerter og deraf følgende fysiske, psykiske og sociale funktionstab samt at give dem hensigtsmæssige redskaber for at kunne opnå en bedre helbredsrelateret livskvalitet” (SST, 2006: 57).

Smerteoplevelsen er det vigtigste i det holistiske regime, samt at undersøge, hvilken indflydelse smerten har for patientens livskvalitet. Hvor opfattelsen inden for det instrumentelle regime er, at smerter er et symptom på en underliggende anomali, der skal identificeres, for at bedring kan finde sted, er tankegangen inden for det holistiske regime, at smerterne skal håndteres som et selvstændigt fænomen. Ved at sætte smerten og oplevelsen af denne i centrum, åbnes der samtidig for en flerdimensionel tænkning af smerten, fremfor kun at kigge på dokumenterede fund i kroppen. Efter som det holistiske regime sætter patientens subjektive vurdering og perspektiv i centrum, bliver det psykiske aspekt af smerterne adresseret, fordi dette vurderes at være vigtigt for patientens livskvali-

tet og derfor også for behandlingen. Dette er altså i skarp kontrast til det instrumentelle, hvor der sjældent fokuseres på andre faktorer end de fysiologiske. Idet smerteoplevelsen sættes i centrum kan man således stille spørgsmålet: hvilken videnskab er smertens eller oplevelsens videnskab? Et bud kunne være (social)psykologien, som uden tvivl har konsolideret sin plads i forsknings- og behandlingspraksisser omkring smerte.

Det holistiske regime søger at uddifferentiere sig som et paradigme medieret gennem en institutionalisering af SL, der står i kontrast til det instrumentelle regime. I forsøget på at skabe sin egen legitimitet anvender den elementer, der er instrumentelt defineret:

”En sådan persisterende hypersensitiv tilstand af de nociceptive neuroner i centralnervesystemet understøttes af evidensen fra smerteeksperimentelle studier, i hvilke man har påvist ændrede stimulus-respons-funktioner ved FM. Det er således veldokumenteret, at FM-patienter har en nedsat tærskel og tolerance over for smertefuld, mekanisk stimulation af dybe væv og over for andre modaliteter såsom varme og kulde.” (Amris & Jespersen, 2010: 1833).

Det holistiske regime har en biopsykosocial tilgang til SL, hvilket derfor også indebærer et forsøg på at skabe legitimering af SL ved at fremvise evidens (i biomedicinsk forstand) for smertens kausalitet. Dermed ses hvordan biomedicinsk dokumentation udgør et led i en strategi om at skabe indre konsistens:

”Nye billeddannende teknikker som funktions-MR-skanning (fMRI) og positronemissionstomografi (PET) har givet mulighed for at få indblik i, hvordan hjernen bearbejder den sensoriske smerteoplevelse. Med disse undersøgelsesmetoder er det påvist, at aktiveringsmønstret ved akut smerte, f.eks. eksperimentelt induceret smerte hos raske forsøgspersoner, adskiller sig fra det mønster, der ses hos patienter med kliniske smertetilstande. [I] biokemiske studier udført på cerebrospinalvæske fra FM-patienter har man demonstreret ændrede niveauer af såvel pronociceptive som antinociceptive peptider.” (Ibid.: 1833-4).

Det kan iagttages at anerkendte teknologier inden for det instrumentelle regime (funktions-MR-skanning) benyttes til at lokalisere smertens væsen. I forsøget på at skabe indre konsistens trækkes der på elementer hentet fra biomedicinen i forsøget på at lokalisere smerten, men den biomedicin-

ske viden bliver sat ind i en helt anden ramme. Den biomedicinske viden udgør således kun en del af en kompliceret biopsykosocial tilgang til smerte.

Adskillelsen mellem begreberne *disease* og *illness* er derfor heller ikke meningsfuld inden for det holistiske regime, eftersom dette skel indikerer en adskillelse mellem den subjektive smerte og det objektive fund i kroppen. Hvor skellet mellem *disease* og *illness* i det instrumentelle regime refererer til distinktionen mellem det biologiske og det sociale, fusionerer det holistiske regime disse to begreber, og de ses derfor som uadskillelige. Det biopsykosociale perspektiv på smertebehandlingen er således en samtænkning af de to begreber og hævdes bedre at kunne håndtere komplekse tilfælde som personer med SL udgør. Fysiske symptomer har således et socialt oprindelsessted og ikke kun et psykisk eller biologisk. På den måde er det holistiske regime et udtryk for 'den sociale krop', hvilket indikerer en gradvis opløsning af grænserne mellem det sociale og det individuelle. Der fokuseres med andre ord på oplevelsen i konteksten (modsat i kroppen), dvs. en sammenkobling af det interpersonelle og det individuelle. Dette leder os videre til det holistiske regimes opgør med antagelsen om smertens privathed og objektive fundament i kroppen. I følgende afsnit ses på, hvordan smerten forsøges synliggjort gennem lyskilder.

3.2.3 Smertens privathed vs. smertens socialitet

Den gældende diagnosepraksis i det holistiske regime, kan anskues som en måde, hvorpå behandlere forsøger at synliggøre det usynlige, så det kan gøres til genstand for styring:

"Selv om oplevelser er subjektive, er de knyttet til omgivelserne, og her har man en mulighed for at blive en del af og få del i dem...Man kan altså dele subjektivitet mellem mennesker...Det er helt centralt at forstå, at smerterne er forbundet med omgivelserne, når man skal arbejde med smertepåvirkede mennesker. Hvis man afgrænser smerteoplevelserne fra omgivelserne, vil man kun få fat i den halve sandhed." (L. H. Jørgensen, 2009: 35-38).

På trods af at smerte er en subjektiv størrelse, antages det, at oplevelsen dog ikke er privat, men derimod kan deles med andre. Smerten, der udgør det skjulte problem i SL, synliggøres. Dermed bliver smerten en social håndterbar størrelse. Det holistiske regime udgør en understregning af, at det i lige så høj grad, er det intersubjektive som det individuelle, der udgør oplevelsen af sygdommen og derigennem selve sygdomskulturen. Det er en bevægelse væk fra symptomfokuserede og andre kerneorienterede beskrivelser imod det sociale forløb i sygdomskulturen, hvilket i sig selv giver mere

plads til de kulturelle studier (Dalsgaard, Ostenfeld-Rosenthal, & Risør, 2012). Smerten objektiviseres som genstand for styring og åbner således op for et rum af intervention. Smerten kan med andre ord gives retning. Som løsning på det problematiske dualistiske perspektiv, der ikke kan håndtere personer med SL, præsenteres en diagnosticering, der kræver en inddragelse af flere forhold end blot de traditionelt biomedicinske.

Et andet eksempel på synliggørelsen af smerte ses i SST's rapport 'National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet' (NKR), hvor de, som navnet på rapporten antyder, bl.a. giver anbefalinger og råd til, hvordan læger bør forholde sig i forhold til diagnosticeringen og behandlingen af patienter med SL. En af anbefalingerne lyder, at patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (SL) bør tilbydes superviseret træning:

*"...for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet kan fysisk træning forårsage forværring af smerter, hvorfor nogle patienter kan opleve træning som direkte skadeligt...God klinisk praksis foreskriver, at patienten gerne må have smerter/gener før/under/efter træning, men at træningen i sig selv ikke bør **forværre** [org. fremhævning] disse smerter/gener. ...superviseret træning ville være mere effektivt end ikke-superviseret træning. Med superviseret træning menes træning under vejledning og supervision af en fagperson med relevant viden om smerter." (SST, 2015: 19-20).*

I ovenstående citat kan det iagttages, hvordan der differentieres i smerter. På den ene side, er der patientens kroniske smerter og på den anden side er der de 'normale' smerter der kan opstå ved træning. Smerten synliggøres som genstand for regulering, hvor det er fagpersonens opgave at kunne navigere i, hvilken type smerte, der er på spil. Det ses dermed, hvordan smerten gøres til en social håndterbar størrelse således at fagpersonen gennem sin ekspertise kan vurdere, om træningen forårsager en forværring af de kroniske smerter eller om de fører til en bedring af tilstanden. Endvidere står der:

"...i et systematisk review beskrives at de hyppigst rapporterede bivirkninger til træning er forværring af fibromyalgi symptomer, især smerte, stivhed og træthed." (Ibid.: 21).

Paradoksalt nok lader det til, at den superviserede træning, som *ikke* må lede til en forværring af smerterne, netop førte til dette. På trods af dette, anbefales træningen, men samtidig ophæves denne anbefaling ved at vurdere anbefalingen som svag:

”Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at der er givet en anbefaling af superviseret træning frem for selvstændig træning, særligt hvis fokus er at forbedre funktionsevne. Anbefalingen er svag pga. den lave kvalitet af evidensen, samtidig med at superviseret træning synes at være præferencefølsomt.” (Ibid.: 22).

Vi har i dette afsnit set, at smerte bliver synliggjort som en social størrelse, der gøres til genstand for styring. Dette står i stærk kontrast til den biomedicinske tilgang, hvor smerten er en privat størrelse, som kun kan anskues som symptom på en underliggende anomali i kroppen. I følgende afsnit skal vi se, hvordan patienten og dennes sygefortælling bliver en helt central del i behandlingen. Jeg vil derfor vende blikket mod, hvilke procedurer, taktikker og teknologier personer med SL styres gennem.

3.2.4 Sygefortællingen

Med opkomsten af det instrumentelle regime skete der en bevægelse væk fra patientens egen sygdomsbeskrivelse mod en ætiologisk sygdomsbestemmelse, der søger at spore smertens oprindelse i kroppen. Som vi har set medfører denne tilgang til smerte problemer i tilfælde med SL, hvor det anomale ikke kan ’findes’. Det holistiske regime er derfor et udtryk for at søge tilbage mod en subjektiv sygdomsbeskrivelse som diagnosegrundlag. Med dette smertebegreb bliver patientens anamnese (sygefortælling) helt central, da denne er adgangsgivende for at kunne medindregne de forskellige forhold: biologiske, psykologiske og sociale. Dette ses i SST’s rapport ’NKR’. Vedrørende udredning og diagnosticering anbefales:

- a. Symptomanamnese (smerter, ledsagesymptomer, varighed)*
- b. Uddyb signaler om emotionelle problemer.*
- c. Spørg til angst- og depressionssymptomer, udmattelse, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesproblemer*
- d. Afdæk belastninger, stress og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige og familiære)*
- e. Spørg til funktionsevne i relation til krop, aktivitet og deltagelse (fysisk, socialt og rolle)*

- i. *Evnen til at opretholde daglige rutiner, familierelationer, husarbejde, fritidsaktivitet og hvordan symptomerne indvirker herpå.*
- ii. *Balance mellem ressourcer og belastninger, arbejde eller uddannelse og øvrige sociale forhold, og hvordan symptomerne indvirker herpå.*
- iii. *Omgivelser, f.eks. familiesituation, herunder familien og venners tilgang og holdninger til smertetilstanden, holdninger på arbejdspladsen, etc.*

f. *Afdæk patientens sygdomsforståelse.*

(Ibid.: 15).

Som det ses af ovenstående anbefaling, indgår der langt flere forhold som, i biomedicinsk forstand, anses som uden for det medicinske område. Med andre ord nedbryder det biopsykosociale blik på patienten grænsen til andre videnskaber. Samtidig kan det iagttages at denne tilgang sætter subjektets sygefortælling i centrum fremfor den medicinsk objektiverede krop. Læge-patient-forholdet i denne tilgang er således i dyb kontrast til den biomedicinske tilgang. Hvor det er lægens ekspertise, der danner grundlag for diagnosticeringen i det instrumentelle regime, er det i stedet patientens sygehistorie, sygdomsadfærd og sygdomsopfattelse der sættes i fokus i det holistiske regime. Patienten gøres så at sige til ekspert på sin egen sygdom. Når det drejer sig om personer med SL, hævdes at sygefortællingen kan bære præg af stor symptomfokusering:

*”Alle undersøgelser viser samstemmende, at patienter, der udsættes for belastning, er tilbøjelige til at rapportere **mange symptomer** [org. fremhævnning], dvs. de har en diffus nedsat tærskel for at registrere eller rapportere symptomer...I den kliniske praksis forsøger lægen at stille en diagnose ved at korrelere patientens symptomer, kliniske og parakliniske fund til et kendt sygdomsbillede...Det er vigtigt, at lægen i den diagnostiske proces bevarer en bred tilgang til patientens symptombillede og undgår at låse sig fast på en bestemt diagnostisk proces fra starten.”* (Fink et al., 2012b: 33-37).

Patienten anses for at være en central kilde til udredning og behandling, og en vigtig del af behandlingen, er at ændre patientens oplevelse af sin sygdom, så den bliver mere medtænkende og positivt orienteret. Lægens opgave er således mere passiv i denne tilgang. Lægen skal afstå fra ekspertisen, men samtidig være en facilitator for sygehistorien således at de relevante aspekter for diagnosticeringen af patienten bliver trukket frem. Denne behandlingsstrategi er dermed i skarp kontrast til en traditionel biomedicinsk tilgang. I det holistiske regime lægges ikke an på at patienten skal helbre-

des idet smerterne er kroniske. Derimod forsøger man at give patienten redskaber til at håndtere smerten og søger igennem disse at regulere patientens eventuelt urealistiske sygdomsbillede.

”Der skal ikke herske tvivl om, at udgangspunktet er, at den smerteramte ejer smerteoplevelserne, men den professionelle har ansvaret for udredning og behandling” (L. H. Jørgensen, 2009: 54).

Gennem patientens egne fortællinger og oplevelser, har den biopsykosociale tilgang til mål at identificere potentialer for bedring af patientens samlede fysiske, psykiske og sociale situation. Inddragelsen af patienten er således et centralt aspekt for at kunne behandle personer med SL. Ved at introducere en subjektiv sygdomsbeskrivelse kan man stille en diagnose, der giver smertepatienten en plads i behandlingssystemet. For behandlere inden for det holistiske regime, giver dette behandlingen en retning.

Som nævnt har det holistiske regime en biopsykosocial tilgang, hvilket dermed også indebærer biologiske faktorer, men disse bliver sat ind i en helt anden ramme i det holistiske regime. Formuleret anderledes, kan man sige at ’illness’-begrebet stadig har en betydning i det holistiske regime, men dette benyttes til teoretisk at indkredse patientens narrativer og forklaringsmodeller for sygdom og smerter. Det holistiske regime har et konstant blik for de dynamiske aspekter af patientens historier og livsverdener og for de praktiske sociale processer omkring sygdomsadfærd. Det er et blik for identiteten med kronisk sygdom samt for konteksten og samfundsudviklingens betydning for dét at have en SL. Med andre ord sættes der fokus på, hvilken sundhedsforståelse patienten har, og hvordan denne produceres. I følgende afsnit vil jeg uddybe de tekniske aspekter ved at undersøge, hvordan der arbejdes med patientens sygdomsforståelse gennem TERM-modellen (The Extended Reattribution and Management Model), som kan anskues som en pastoralmagt.

3.2.4.1 TERM-modellen – en pastoralmagt

TERM-modellen bygger videre på ’The Reattribution Model’ fra 1980’erne. Det er en samtale- og patienthåndterings-model som er udviklet af forskningsklinikken for funktionelle lidelser ved Aarhus Universitet (Funktionellidelse, 2012). Modellen baserer sig på en sokratisk spørgeteknik, hvor lægen skal afstå fra sin ekspertise og i stedet sætte patienten som ekspert på eget liv. TERM-modellen kan anskues som en teknologi, der opererer ud fra pastoralmagts præmisser:

”Lægen må derfor tøjle sin lyst til at komme med råd og forklaringer, for uanset hvor velmente og gode de er, kan patienten sjældent bruge dem til noget, hvis de ligger langt fra hans/hendes egen tankegang.” (Fink et al., 2012b: 103).

Målet med samtaleteknikken er at korrigere patientens sygdomsopfattelse og sygeadfærd med henblik på at øge livskvaliteten for dem. Den pastorale magt handler om, at bekendelsen – i dette tilfælde anamnesen – skal bringe subjektet til at udsige sandheder om sig selv. Frembringelsen af disse sandheder skal sætte subjektet i stand til at indtage et refleksivt forhold til sig selv, sine tanker og sin selv-ledelse (Villadsen, 2013). Et eksempel på dette er:

”...patientens egen sygdomsopfattelse og sygdomsmodel er overordentlig vigtig for sygeligheden og funktionsevnen, idet det er denne opfattelse, der betinger, hvordan man reagerer på symptomer. Det er derfor vigtigt, at patientens sygdomsopfattelse afdækkes. [D]et er nødvendigt at kende patientens tankegang for på et senere tidspunkt at kunne hjælpe patienten med at ændre denne... Endvidere vil mange af de paradokser eller modsætninger, der kan være i patientens tankegang, kunne komme frem. Hvis patienten først selv opdager sådanne modstridende udsagn og ambivalens, vil det skabe en undren og dermed mulighed for ændringer i tankegangen.” (Fink et al., 2012b: 105-112).

Patienten inviteres til at udsige sandheden om sin sygdomsopfattelse, således at patienten kan praktisere en form for selvansagelse, hvor den urealistiske symptomfokusering skal korrigeres med henblik på at opnå bedre livskvalitet. Der etableres en relation, hvor patienten tilbydes at ’bekende’ sig til en læge, som gennem sin rolle som en slags mentor og facilitator for samtalen, kan lede patienten på rette spor. Samtalen bliver til en selvformende praktik, idet det ikke er lægens ekspertise, men snarere patientens egne udsigelser, der leder til selvreguleringen. Patientens egen erfaring danner dermed grundlag for korrektionen af patientens ’urealistiske’ sygdomsperception. Ikke desto mindre er sygdomsopfattelsen reguleret ud fra et ønsket ideal:

”Patientuddannelse adskiller sig fra generel information ved, at informationen er tilpasset patientens forståelsesramme og adresserer opfattelser, som kan være uhensigtsmæssige...Indsatsen bør tage udgangspunkt i patientens opfattelser og specifikt rette sig mod eventuelle misforståede årsagssammenhænge...Patientuddannelse ses som et kortvarig undervisningsforløb, der skal give pa-

*tienten forståelse for og **tillid til** [org. fremhævninɡ] en forklaringsmodel, der stemmer overens med den, der findes i sundhedsvæsenet.” (SST, 2015: 33-34).*

I citatet impliceres en antagelse om at patienten har et forvrænget sygdomsbillede, hvilket påvirker patientens adfærd og som i sidste ende har indflydelse på patientens livskvalitet. At patienten dermed bliver normaliseret, er et centralt led i behandlingen.

”Det er vigtigt at det primært er patienten, der er kreativ med tanker, men lægen må gerne facilitere processen med egne forslag. Ved at sammenligne følelser og symptomer ved alternative tanker og handlinger med dem, patienten har noteret i den oprindelige grundmodel, åbner der sig ofte en ny verden for patienten, som kan give håb om, at tingene kan ændre sig ved hjælp af denne behandlingsmetode.” (Fink et al., 2012a: 143).

Helt centralt er det, at rummet for udsigelse er begrænset til de uhensigtsmæssige symptomfortællinger, da lægekonsultationen er formet til at tale om det syge med henblik på behandling. Med andre ord; hvis det udtalte ikke relaterer sig til patientens sygdomsperception, vil lægen dreje samtalen tilbage dertil, fordi lægens opgave er, at behandle. På den måde bliver samtalen hos lægen til selvformende praktik, som patienten kan benytte til at forme sig selv med. Men fordi samtalen hos lægen kun vil støtte op om en formning af subjektet, der kan relateres til regulering af patientens sygdomsopfattelse, er det ikke frit for patienten at vælge, hvordan hun vil formes. Det er ikke kun patientens udsigelser der gøres til genstand for regulering – patientens familie og omgivelser opfattes ligeledes som vigtige spillere i behandlingen:

”Lægen bør forsøge at opbygge et samarbejde med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen og ved også at få dem til at medvirke til at overtale patienten til at lade sig behandle.” (Funktionellidelse, 2012).

Her fremgår det, hvordan de biopsykosociale forhold indgår som vigtige elementer i behandlingen. Det er således en radikal anden position i forhold til det instrumentelle regime, som hovedsagligt kigger på de fysiologiske bevæggrunde til smerterne. I det holistiske regime er det hele individets livførelse, der gøres til genstand for styring. Et andet eksempel er:

”Afdæk belastninger og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige og familiære). Patienterne bør udspørges om de forstyrrelser, deres symptomer har forårsaget i den sociale funktionsevne, herunder arbejde og relation til familie” (Fink et al., 2012b: 109-110).

Det holistiske regime er et udtryk for en søgning væk fra forklaringer omkring subjektet som en afgrænset essens, og hen imod en social konstruktion af subjektet, der således består af biopsykosociale faktorer. Det er en konstruktion af sygdom, som ikke entydigt er knyttet til den biomedicinske forklaringsmodel, men derimod omhandler hele individets livsførelse. I følgende afsnit skal vi kigge nærmere på de konkrete teknologier der anvendes i adfærdsreguleringen, hvor arbejdet med patientens accept af tilstand får en helt afgørende rolle.

3.2.4.2 CBT og ACT – to styringsteknologier

I 1982 blev 'Tværfagligt Smertecenter' etableret som en lille smerteklinik i Anæstesiologisk Afdeling på Herlev Hospital. Frem mod 2010 blev fokus centreret om kroniske smertepatienter, som i første omgang var årsagen til oprettelsen af klinikken (Eberhardt, 2015). Som behandler i det holistiske regime, er udfordringen at øge patientens livskvalitet på trods af smerterne:

”Formålet med behandlingen i Tværfagligt Smertecenter er, at vi skal forsøge at hjælpe dig til smertelindring, bedre dit fysiske aktivitetsniveau og støtte dig i at få et meningsfyldt liv på trods af dine fortsatte smerter.” (Herlev Hospital, 2015).

Smertepatienterne søges behandlet ud fra en slags smertehygge, der har til formål at sanere i patientens medicin- og søvn mønster, adfærds- og tankemønstre. Et af hovedtemaerne er, at få patienten til at acceptere sine begrænsninger og leve derefter. I SST's vurderingsrapport af smerteskolen på Tværfagligt Smertecenter Amtssygehuset i Herlev, belyses vigtigheden af patientens accept af smerter:

”En mulig hjælp til disse patienter er at tilbyde smerteskoler, som har til hensigt at hjælpe patienterne med at acceptere deres smerte og deraf følgende funktionstab samt at give patienterne hensigtsmæssige redskaber til at opnå en bedre livskvalitet.” (SST, 2006: 4).

Den kognitive adfærdsterapi, som de kronisk smerteramte gennemgår i behandlingen, kan ses som en teknologi der søger at regulere på individets selvforhold gennem arbejdet med accept. Den kognitive adfærdsterapi kan ligeledes findes i SST's anbefalinger i NKR:

”Kognitiv adfærdsterapi inkluderer en række psykologiske interventioner ofte anvendt i praksis. Grundlæggende er disse interventioner udviklet med det formål at ændre de psykologiske processer, der understøtter eller bidrager betydeligt til patientens smertetilstand, bekymring og nedsatte funktionsevne” (SST, 2015: 23).

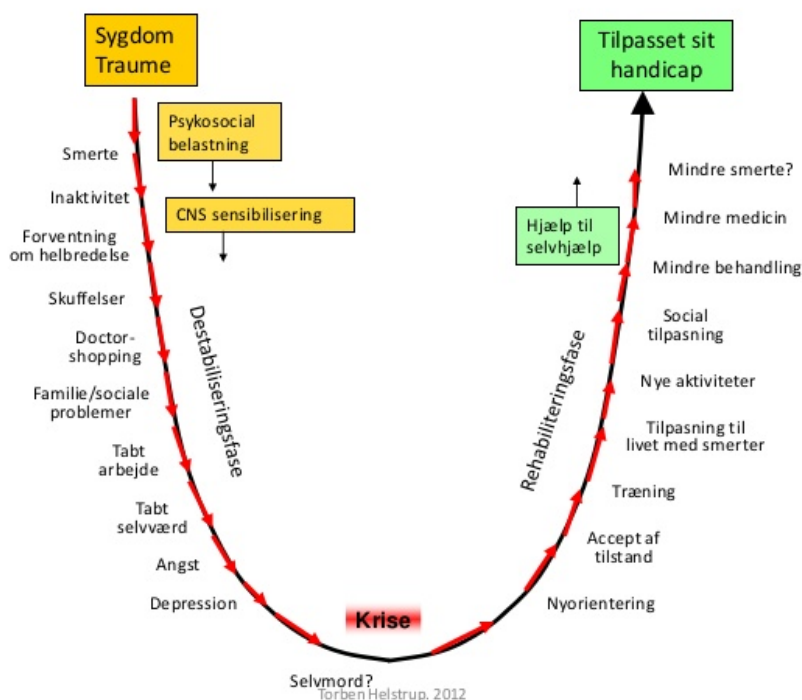
Det anbefales, at der arbejdes ud fra kognitiv adfærdsterapi i form af Cognitive Behavioural Therapy (CBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Formålet med CBT er at reducere smerte, bekymring samt øge social og fysisk funktion. Antagelsen i CBT er, at kronisk smerte og symptomer relateret til sygdommen er påvirkelig af intellektuel tankevirksomhed, ræsonnering og adfærd. ACT er en videreudvikling af CBT, hvor der arbejdes med accept og mindfulness som terapeutisk strategi. Formålet er at øge funktionsevnen gennem øget psykologisk fleksibilitet, dvs. evnen til at acceptere forstyrrende tanker, følelser og kropslige sensationer uden at handle på dem. I stedet skal individet handle i overensstemmelse med personlige værdier (SST, 2015: 23). Patientens arbejde med sit etiske selvforhold er altså et centralt element for at kunne øge patientens livskvalitet:

”Der er effekt på funktionsevne og livskvalitet ved intervention med CBT og ACT.” (Ibid. : 24).

Ideen er, at accept giver en form for stabilitet hos patienten, der i sig selv er udtryk for bedring, da det er ensbetydende med en sammenhæng mellem patientens selv billede og dennes virkelighed. Dette leder os videre til at undersøge, hvordan arbejdet med accept er disponerende for, hvordan patienten kan opfatte sig selv. Vi skal med andre ord kigge på, hvordan bestemte kapaciteter og egenskaber søges fremelsket i forsøget på at transformere individet mod en bestemt identitet.

3.2.5 Accept

På Frederiksberg hospital, der har en særskilt enhed for patienter med FM, arbejdes der med den såkaldte parabelmodel:



72

Antagelsen er, at der er et typisk forløb, et menneske gennemgår, når det rammes af kroniske smerter. Der er en udløsende hændelse (øverst til venstre), og herfra følger en række reaktioner, der alle forværrer tilstanden, indtil et nulpunkt nås. Herfra går det op igen mod målet 'tilpasset sit handicap'. Antagelsen er, at accepten af tilstanden fremmer bedring, fordi de negative følelser som skyld, skam og frustration der opstår, når patientens ydeevne ikke lever op til dennes forventninger, ligeledes reduceres og dermed ikke påvirker smerten i samme udstrækning.

Patienten bliver præsenteret for et en-streget selvudviklingsforløb, som patienten forventes at gennemgå (Johannesen, 2011). Patientens egne erfaringer af livet med smerter og udfordringer bliver med andre ord disponeret i en selvfortælling, der peger mod bedre håndtering og større selverkendelse. På trods af, at det holistiske regime mener at tage hensyn til subjektiv livskvalitet, præsenteres dels et en-streget selvudviklingsforløb og dels korrigerende handlingsanvisninger, som patienten forventes at følge. Vigtigheden af at patienten har 'den rette' sygdomsperception uddybes:

"Sygdomsadfærden er bestemt af den måde, hvorpå vi tolker, evaluerer og perciperer symptomer, dvs. vores sygdomsopfattelse. Det er således kognitive og emotionelle faktorer, der motiverer til en given adfærd, og sygdomsadfærden er derfor påvirket af kulturelle, sociale og andre indlærte på-

virksomheder, herunder opdragelse. Sygdomsopfattelsen og dermed sygdomsadfærden er af afgørende betydning for forbruget af sundhedsydelser, hvorimod den kun i et vist omfang korrelerer til sværhedsgraden og karakteren af en eventuel somatisk lidelse bedømt ud fra biomedicinske parametre” (Ibid.: 81-82).

Eftersom sygdomsopfattelsen *’kun i et vist omfang korrelerer til sværhedsgraden af en somatisk lidelse’*, opfattes smerteperceptionen som urealistisk. Samtidig konstrueres en kausal forbindelse mellem sygeadfærden og sygdomsopfattelsen – som er betinget af kultur, sociale påvirkninger og opdragelse. Dermed gøres patientens sygdomsopfattelse til genstand for regulering. Af følgende citat fremgår det, hvordan patienten, med henblik på øget livskvalitet, inviteres til en selvransagelse og et aktivt arbejde med sin egen sygdomsopfattelse og sygeadfærd:

”Som det ses af undersøgelsen, opnår patienterne på Smerteskolen efterhånden en forståelse af sine smerter, og at disse, som en konsekvens heraf, ikke længere optager så meget plads i deres liv. Behandlingen på Smerteskolen medvirkede til, at de efterhånden accepterer smerterne og deres ændrede livsvilkår... Accept fremmes bl.a. ved kognitiv bearbejdning af smertetilstanden, dens konsekvenser og hidtidige mislykkede forsøg på helbredelse.” (SST, 2006: 64).

Patienten ansvarliggøres for sine egne smerter og er dermed en helt central spiller i behandlingen. Ansvarlighedsdiskursen disponerer patienten ved at gøre indtagelse af offerrollen, som et udtryk for at patienten forsat har brug for behandling. Inden for ansvarlighedsdiskursen bliver ubehaget – en del af det lidelsesfulde ved livet med kroniske smerter – gjort tavst af ideen om accept. Adfærd der udviser mangel på accept af smertetilstanden, er ikke blot uansvarligt i forhold til brugen af sundhedsydelser, det er uansvarligt over for egen livskvalitet. Fx skriver anæstesiologen Gunilla Brattberg:

”...mennesker, som opfatter sig som et »smerteoffer«, har langt vanskeligere ved at opnå smertelindring og et tilfredsstillende liv med smerte, end mennesker som opfatter, at de kan påvirke, hvordan de lever med smerte” (Ibid.: 64).

Patienten inviteres til at kaste offerrollen af sig for at deltage aktivt i forandringer af patientens vilkår. Offerrollen ses som en hindring for smertelindring, hvorfor accept er en nødvendighed for et

tilfredsstillende liv med smerter. Underliggende synes at forekomme en forestilling om 'den gode smertepatient', som bidrager til en eksklusion af offerrollen og den lidelsesfortælling der følger med denne. Det holistiske regime hviler på en kompleks og fordringsfuld subjektivitetsopfattelse, hvor der arbejdes ud fra en medborgerskabsideologi, hvis strategi er at transformere subjektivitet fra magtesløshed til aktivt medborgerskab. Det er en forestilling om, at patienten skal myndiggøres således at de aktivt kan engagere sig i behandlingen og overvinde en passiv eller afhængig relation til styringen:

"Målet er at få patienterne til at føle, at de forstår, hvad de fejler, at det ikke er deres egen skyld, at de selv kan gøre noget og har en vis kontrol over deres symptomer/sygdom. Formålet er således at reframe klagerne, dvs. at sætte dem ind i nye sammenhænge, og at bibringe patienten en udvidet forståelse og en alternativ forståelsesmodel" (Fink et al., 2012b: 115).

Denne forestilling om empowerment udgør således et element i en særlig styringsrationalitet, hvilket, som vi tidligere så, indbefatter en viden om patientens sygdomsperception. Hovedantagelse er altså, at ansvarsfraskrivelsen er en direkte hindring for en bedre livskvalitet. Det ses, hvordan individets egen livskvalitet gøres til genstand for individets selvregulering. Ønsket er at:

"...bedre patientens evne til at tage kontrol og ansvar for eget liv og sin situation, f.eks. i relation til arbejde og familie" (SST, 2015: 34).

Opfattelsen af 'det gode liv' er disponeret af en ansvarlighedsdiskurs, hvor individet gøres til ansvar for sin egen livssituation. Måden hvorpå individet kan opnå bedre livskvalitet er, hvis det foretager en granskning af sig selv og arbejder med en forståelse og accept af smerten.

"Accept af smerterne medfører, at mennesket tager hånd om at leve sit liv bedst muligt med smerter og dermed får det bedre" (SST, 2006: 64).

Smerten skal med andre ord accepteres som et integreret grundvilkår, og udelukker ikke livskvalitet. Hvis patienten således vil have bedret kår, er accepten den rette vej. 'Den gode smertepatient' er altså en person som coper aktivt med sin situation – én som tager ansvar ved at acceptere, hvad der ikke kan ændres og konstant søger nye måder at ændre det, der kan ændres. McCracken der er pro-

fessor i ”Behavioural Medicine” beskriver accept som en erkendelse af, at have smerte, opgive nyttesløse forsøg på at kontrollere smerten og at koncentrere sig om at leve et tilfredsstillende liv på trods af smerten (McCracken, 1998). Denne forståelse af accept indebærer en antagelse om, at individet genvinder kontrollen ved at slippe kontrollen. Patienten skal balancere mellem at acceptere smerterne, men samtidig vise vilje til at gøre noget på trods af dem. ’Den gode smertepatient’ er en patient der trods manglende evner, udviser vilje.

Per Fink, som blandt andet har været med til at udarbejde TERM-modellen, har i antologien ’Funktionelle lidelser – udredning og behandling’ givet eksempler på, hvordan lægen skal afhjælpe patienter med SL til at cope med smerterne. Han giver således eksempler på, hvad lægen kan sige til patienten:

”Det er vigtigt, at du arbejder hen imod at fungere så godt som muligt, trods de gener du har. Det er meget vigtigt, at du holder dig aktiv og holder dig fysisk i form, selv om jeg ved, det er svært for dig.” (Fink et al., 2012b: 121).

Ligeledes ses her, hvordan arbejdet med accept spiller en afgørende rolle. For at patienten kan blive normaliseret, kræver det en opnåelse af accept. Patienten skal lære at skelne mellem det, som kan ændres og det som ikke kan, hvilket kan være en vanskelig opgave, når ’kronisk’ ikke altid betyder ’stabil’. Ikke desto mindre forudsættes en patient som konstant søger nye måder at ændre det, der kan ændres. Det er en balancegang mellem på den ene side at acceptere smerterne, men samtidig vise vilje til at handle på trods af dem. Arbejdet med accept kan således ses som et forsøg på at ændre på individets selvforhold. Det håb der tilbydes, er et håb om et liv ’på trods af’ og udgrænser dermed håbet om at blive smertefri eller at blive ’normal’ igen. Dét der anerkendes er en særlig måde at forholde sig til smerten på, et særligt selvforhold. Anerkendelsen muliggør og begrænser på en og samme tid – den muliggør et entreprenant selv, men den begrænser samtidig i form af en udgrænsning af det lidelsesfulde.

3.2.6 Opsamling

Det holistiske regime er fremkommet som en problematisering af det instrumentelle regime. I dette regime betragtes smerten som et biopsykosocialt fænomen. Smerten er det primære fokus i behandlingen og defineres som en oplevelse. Hvor opfattelsen inden for det instrumentelle regime er, at smerter er et symptom på en underliggende anomali, der skal identificeres for at bedring kan finde sted, er tankegangen inden for det holistiske regime, at smerterne skal håndteres som et selvstændigt fænomen. Adskillelsen mellem begreberne *disease* og *illness* er derfor heller ikke meningsfuld inden for det holistiske regime, eftersom dette skel indikerer en adskillelse mellem den subjektive smerte og det objektive fund i kroppen. Det biopsykosociale perspektiv på smertebehandlingen er derfor en samtænkning af de to begreber og hævdes bedre at kunne håndtere komplekse tilfælde, som personer med SL udgør. Det holistiske regime er et udtryk for 'den sociale krop', hvilket indikerer en gradvis opløsning af grænserne mellem det sociale og det individuelle. Der fokuseres med andre ord på oplevelsen i konteksten (modsat i kroppen), dvs. en sammenkobling af det interpersonelle og det individuelle. Det holistiske regime er et udtryk for en søgning væk fra forklaringer omkring subjektet som en afgrænset essens, og hen imod en social konstruktion af subjektet, der således består af biopsykosociale faktorer. Det er en konstruktion af sygdom, der omhandler hele individets livsførelse.

Selvom smerte anses for en subjektiv størrelse, antages det at oplevelsen ikke er privat, men derimod kan deles med andre. Smerten, som udgør det skjulte ved SL, synliggøres som et objekt, hvorved smerten bliver en social håndterbar størrelse. Smerten objektiveres som genstand for styring og åbner således et rum af intervention. Smerten kan med andre ord gives retning og det er fagpersonens opgave at kunne navigere i hvorvidt træning forårsager en forværring af de kroniske smerter eller om de fører til en bedring af tilstanden. Det er i lige så høj grad det intersubjektive som det individuelle, der udgør oplevelsen af sygdommen og derigennem selve sygdomskulturen og markerer en bevægelse væk fra symptomfokuserede og andre kerneorienterede beskrivelser imod det sociale forløb i sygdomskulturen.

I kontrast til det instrumentelle regime, som sætter den medicinsk objektiverede krop i fokus, søger det holistiske regime tilbage mod en subjektiv sygdomsbeskrivelse som diagnosegrundlag. Patientens anamnese bliver helt central, da denne er adgangsgivende for at kunne medindregne de forskellige forhold: biologiske, psykologiske og sociale. Patientens sygdomsadfærd og sygdomsopfattelse

er derfor central i behandlingen, som har til formål at ændre patientens oplevelse af sin sygdom, så den bliver mere medtænkende og positivt orienteret. Lægens ekspertise benyttes til teoretisk at indkredse patientens narrativer og forklaringsmodeller for sygdom og smerter. Pastoralmagten er på spil, når patienten inviteres til at udsige sandheden om sin sygdomsopfattelse, så patienten kan praktisere en form for selvansvar, hvor den urealistiske symptomfokusering korrigeres med henblik på at opnå bedre livskvalitet. Der etableres en relation, hvor patienten tilbydes at 'bekende' sig til en læge, der gennem sin rolle som en facilitator for samtalen, kan lede patienten på rette spor. Gennem patientens bekendelse af sygdomsopfattelse, bliver samtalen til en selvformende praktik, idet det ikke er lægens ekspertise, men snarere patientens egne udsigelser, der leder til selvreguleringen.

Patienter med SL søges behandlet ud fra en slags smerte-hygien, der har til formål at sanere i patientens medicin- og søvn-mønster, adfærds- og tankemønstre, hvor et af hovedtemaerne er, at få patienten til at acceptere sine begrænsninger og leve derefter. Ideen er, at accept giver en form for stabilitet hos patienten, der i sig selv er udtryk for bedring, da det er ensbetydende med en sammenhæng mellem patientens selvbillede og dennes virkelighed.

'Den gode smertepatient' er en person som copier aktivt med sin situation – én som tager ansvar ved at acceptere, hvad der ikke kan ændres og konstant søger nye måder at ændre det, der kan ændres. Smerten skal accepteres som et integreret grundvilkår og udelukker ikke livskvalitet. Adfærd der udviser mangel på accept af smertetilstanden, er derfor ikke blot uansvarligt i forhold til brugen af sundhedsydelser, det er uansvarligt over for egen livskvalitet. Accept indebærer at individet giver kontrollen ved at slippe kontrollen. Patienten skal balancere mellem at acceptere smerterne, men samtidig vise vilje til at gøre noget på trods af dem. Dét der anerkendes er en særlig måde at forholde sig til smerten på, et særligt selvforhold. Anerkendelsen har således et moralsk fundament, som er disponerende for individet, der konstruerer den smerteramte som 'en god smertepatient' – dvs. et moralsk subjekt.

Produktionen af den diskursive struktur 'den gode smertepatient' bidrager til en eksklusion af offerrollen og den lidelsesfortælling der følger med denne. Idet offerrollen ses som en hindring for smertelindring inviteres patienten til at kaste offerrollen af sig for at deltage aktivt i forandringer af patientens vilkår. Det holistiske regime hviler på en kompleks og fordringsfuld subjektivitetsopfattelse,

hvor der arbejdes ud fra en medborgerskabsideologi, hvis strategi er at transformere subjektivitet fra magtesløshed til aktivt medborgerskab. Det er en forestilling om, at patienten skal myndiggøres så de aktivt kan engagere sig i behandlingen og overvinde en passiv eller afhængig relation til styringen.

Hvor man i det instrumentelle regime kan symptomudlæse en paternalistisk velfærdsstat, kan man i det holistiske symptomudlæse en velfærdsstat, der understøtter en medborgerskabsideologi, hvor individet forventes at tage ansvar. I det holistiske regime synes desuden at forekomme en væsentlig sondring mellem villige patienter og uvillige patienter, dvs. en patient, der gerne vil forandres og samarbejde i behandlingen og patienter der ikke vil. 'Den gode smertepatient' er her en patient som mangler evnen, men har viljen. Det holistiske regime fremskriver altså 'den gode smertepatient', som én der udviser vilje gennem ansvar. Man kan kritisk stille spørgsmålet: hvordan ansvarliggøres de patienter, der enten ikke vil eller ikke magter ansvaret? Grænsen for det holistiske regimes magtudøvelse er individets autonomi og frihed. Endvidere kan man spørge om medborgerskabsideologien er med til at disponere kapaciteten til modmagtsstrategier i form af udbrændthed og depression og dermed potentielt er medskaber af disse? Og søges disse "nedbrud" indoptaget i medborgerskabsideologien som mulighedsbetingelserne for endnu mere intervention i subjektet?

	Instrumentelle regime skeptisk	Instrumentelle regime anerkendende	Holistiske regime
Synlighedsfelt	• Smerteobjektet • Ætiologi og patogenese	• Smerteobjektet • Ætiologi og patogenese	• Smertesubjekt • Smertens socialitet/synlighed • Sygdomsopfattelse
Rationalitetsform	• Fibromyalgi er en psykisk lidelse	• Fibromyalgi er en fysisk lidelse	• Fibromyalgi er både fysisk, psykisk og socialt • Smerteoplevelsen i centrum
Tekniske aspekter	• Diagnosticeringsteknologier er pseudo-videnskabelige	• Klassifikations-kriterier • Tenderpoint-test	• Anamnese • ACT, CBT • Accept • TERM-modellen
Identitetsskabelse	• Den moralske patient	• Den evidenssøgende patient	• 'Den gode smertepatient'

3.3 Fibromyalgi i beskæftigelsespolitikken

Som vi har set, hersker der inden for det medicinske felt en forhandlingskamp om at meningsudfylde SL. Som følge heraf er flere politiske områder blevet aktiveret i forsøget på at institutionalisere fænomenet. Debatten er dermed ikke en lukket medicinsk debat, da den har konsekvenser ud over det sundhedsfaglige felt. Heriblandt gøres beskæftigelsespolitikken sig afhængig af, hvordan det medicinske felt skaber mening om SL. I anden delanalyse vil jeg derfor undersøge, hvilke konstitutive konsekvenser konstruktionen af FM har i beskæftigelsespolitikken. Analysen undersøger, hvordan sagsbehandlere og klienter er indspundet i jobcentreret som et formateret rum, der er forhåndsdispositioneret, så bestemte iagttagelser og selviagttagelser synes selvfølgelig. Formålet med denne analyse er at undersøge, hvilke fortolkningsrum lovgivningen etablerer, hvor loven ikke udtømmende fortæller, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning, men hvor der samtidig er en subjektivitet på spil. For at koble de to delanalyser kigger jeg på, hvordan denne subjektivitet kan være formet af, hvordan klienten forholder sig. Når jeg nogle steder kigger på klienten, er det igen nem det dispositionsrum sagsbehandleren får stillet til rådighed og ikke i klientens egen ret. Som nævnt, er det ikke en fuldt udfoldet analyse af de konstitutive konsekvenser, der følger af de tre diskursers konstruktion af FM. Givet de tre diskurser må det dog antages at have et antal konstitutive konsekvenser på bl.a. det beskæftigelsesmæssige område og det er disse jeg vil undersøge.

De analysebærende begreber i delanalyse 2 er: *objekt,-, subjekt,-, sandheds,- og handleformer*. Analysen vil være delt op i progressive temaer; dvs. hvor forrige tema er afgørende for at forstå det følgende. Første tema er en undersøgelse af, hvilke betingelser lovgivningen opstiller for, hvordan sagsbehandleren kan dømme sygdom. Det følgende tema omhandler, hvordan den sygemeldte sidenhen bliver kategoriseret i visitationen. Sidste tema omhandler, hvordan visitationskategorierne er forhåndsdisponeret. Udfaldet på analysen er, hvilke effekter denne udvikling har på moderne velfærdsledelse.

Beskæftigelsespolitikken er valgt fordi den har gennemløbet en tilsvarende bevægelse, som det sundhedsfaglige felt har været inde i, hvor der åbnes for kontingens i måden at regulere på og mulighed for, at både det instrumentelle regime i begge varianter og det holistiske regime, kan få en stemme. For at forstå dette, er det nødvendig først at kontekstualisere beskæftigelsespolitikken.

3.3.1 Arbejdsmarkedspolitikken

Den aktive arbejdsmarkedspolitik (AMP) blev indført i Danmark i 1994 og ændrede navn til beskæftigelsespolitik i 2001. Fra en kapacitetsopbyggende arbejdsmarkeds- og aktiveringspolitik i 90'erne til en ny identitets- og adfærdspolitik. Aktiv AMP blev præsenteret som løsningen på det strukturelle arbejdsløshedsproblem, hvor de arbejdsløse portrætteres som inaktive eller potentielt dovne i diskurserne. Disse medborgere skulle bringes i en aktiv og ansvarlig rolle (Pascual, 2004; Pascual & Magnusson, 2007). Uddannelses- og kvalifikationselementer havde en primær betydning i 1990'ernes aktivering af de ledige, hvor der på et tidspunkt udførtes op mod 70 % af al aktivering som uddannelsesforanstaltninger, ofte i kombination med andre aktiveringsforløb (H. Jørgensen, 2008: 17).

Med indførelsen af beskæftigelsespolitikken i 2001 blev individets eget ansvar for forsørgelse understreget gennem øgede økonomiske incitamenter og sanktioner. En stigende nymoralisme var indbygget idet ledighed her anskues som selvforskyldt, hvorfor den ledige skal vurderes på arbejdsmoralen og evne til at placeres i job uanfægtet af kvaliteten af jobbet. At bøje de lediges vilje, blev et statsanliggende. Arbejdsløshed anses med andre ord her som et adfældsproblem som skal løses gennem adfærdspolitik. Samtidig skete en afpolitisering i måden at takle samfundsproblemer ved at forvandle politiske problemer til spørgsmål om individuel motivation. Forskellige typer af viden blev anvendt i form af individualiserende og totaliserende teknikker: individuelle kontaktførelser, jobplaner, opkvalificeringer og et nyt visiteringssystem – en gennemgribende processtandardisering. Med beskæftigelsespolitikken følger de lediges medindflydelse på jobplan, kvalificeringselementer i aktivering og mindre paternalistisk præg på myndighedernes arbejde (Ibid.).

Der er altså sket et skifte fra en kapacitetsopbyggende politik, som var grundstenen i AMP i 1990'erne til i dag at have en beskæftigelsespolitik med et rationale der betoner eget ansvar og hårde sanktioner. Kort sagt: *"Politikken retter sig nu mod bevidsthedsstyring frem for at forbedre lediges kvalifikationer og arbejdsmarkedssituation."* (Ibid.: 21). Da jeg nu har kontekstualiseret beskæftigelsespolitikken vendes blikket mod, hvordan lovgivningen opstiller betingelser for, hvordan sagsbehandleren kan dømme sygdom.

3.3.2 Hvordan dømme syg?

Sagsbehandlere er i en særlig grad underlagt dansk lovgivning i deres arbejde og det er derfor relevant at kigge på, hvordan lovgivningen foreskriver at sagsbehandleren skal forholde sig til at kunne dømme sygdom, der udløser bestemte rettigheder. Det første skridt på vejen til at undersøge, hvordan sagsbehandleren griber subjektivitet, er ved at undersøge, hvilke kriterier loven opstiller for at kunne dømme sygdom.

I sygedagpengeloven er der nogle rollekonstruktioner der udfordrer borgeren i forhold til, hvad borgeren skal kunne demonstrere for at kunne få adgang til sociale ydelser – for at demonstrere en tilknytning til arbejdsmarkedet. I sygedagpengeloven står der:

”Retten til sygedagpenge er betinget af, at en person er uarbejdsdygtig på grund af egen sygdom. Afgørelsen af, om en person anses for uarbejdsdygtig, sker på grundlag af en samlet vurdering af sygdommen og dens indvirkning på den sygemeldtes arbejdsevne... Begrebet uarbejdsdygtighed i sygedagpengelovens forstand er ikke defineret nærmere i loven... Kommunen skal ved hver opfølgning tage stilling til, om betingelserne for sygedagpenge er til stede, samt om der er tale om hel eller delvis uarbejdsdygtighed.” (Sygedagpengeloven, 2015: §7, §10).

Lovgivningen åbner et fortolkningsrum for sagsbehandleren til at vurdere og klassificere klienten. Når sagsbehandleren derfor søger efter en diagnose i vurderingen og klassificeringen af en borgers sygdom, så afspejler praksis sagsbehandlerens fortolkning af lovgivningen. Endvidere ses det, at det er stipuleret ved dansk lov, at en person kan vurderes uarbejdsdygtig, når det er på grund af ’egen sygdom’. Hvis sagsbehandleren derfor fokuserer på sygedagpengemodtagerens personlige sygdom, og ikke på fx den sociale og psykologiske situation, reflekterer lovgivningen også praksis. Sygdom forstås her som en personlig begivenhed, dvs. noget der afgrænser sig til det enkelte individ. Loven uddyber endvidere retningslinjer til, hvilke kriterier sagsbehandleren skal vurdere ud fra:

”Det er for det andet lovens formål at medvirke til, at den sygemeldte person får genoprettet sin arbejdsevne og hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet. Sagsbehandlingen skal tilrettelægges, så den sygemeldte selv tager ansvar for sin situation, og så der hele tiden er fokus på arbejdsfastholdelse. Kommunernes visitation og opfølgningsindsats i samspil med andre aktører, bl.a. virksomhederne, er nøgleord i denne sammenhæng.” (Ibid.: §1).

Det centrale omdrejningspunkt for sagsbehandleren, er at få klienten tilbage på arbejdsmarkedet, hvilket sker gennem en ansvarliggørelse af individet. Klientens tilbagevenden til arbejdsmarkedet er altså afhængig af, at individet ikke indtager en offerrolle og dermed tilskriver omgivelserne ansvar for sygdommen. Sagsbehandleren iscenesættes som en slags terapeut, idet opgaven er at behandle personer, hvis selvforståelse adskiller sig fra den præsenterede. I dette tilfælde kunne den evidenssøgende rolle, som foreskrives af den anerkendende tilgang, tolkes af en sagsbehandler som et udtryk for en ansvarsfraskrivelse, eftersom individet ville være på jagt efter ydre faktorer (diagnoser) der kan forklare tilstanden. Sagsbehandlerens opgave er at normalisere individet, så det er i stand til at "påtage" sig sygdommen; at genkende sig selv som et ansvarligt individ. Forudsætningen for sagsbehandlerens subjektivitet er afhængig af, hvordan klienten griber sin subjektivitet og der er dermed en form for dobbelt kontingens på spil. De sygemeldte subjektiveres at påtage sig ansvar for egen sygdom, såfremt de ønsker adgangen til de forskellige ydelser. Denne subjektivering disponeres gennem den rolle, som sagsbehandleren forventes at spille. Sagsbehandlerens opgave er at vurdere, hvorvidt individet har brug for at blive ansvarliggjort.

I citatet kan det endvidere iagttages, at kommunens visitation og opfølgingsindsats i samspil med andre, er helt centrale i sagsbehandlerens konkrete vurdering af klienten. Vi skal derfor undersøge nærmere, hvordan visitationen åbner et fortolkningsrum.

3.3.3 Visitation: hvordan er du syg?

I sygedagpengeloven fremgår det af § 11, at kommunen skal have et tilstrækkeligt oplyst grundlag til at foretage visitation og opfølgning samt i vurderingen af retten til fulde eller nedsatte sygedagpenge. Det er altså kommunens ansvar at skaffe tilstrækkeligt informationsgrundlag, så kommunen kan foretage en tidlig målrettet indsats i de mellemlange og lange sygedagpengesager. I den forbindelse åbner lovgivningen et fortolkningsrum for sagsbehandleren i vurderingen af, hvilke forhold der er relevante i forhold til visitation og tildeling af sygedagpenge:

"Kommunen har pligt til at indhente yderligere oplysninger om forhold, der ikke er tilstrækkeligt belyst, og som har betydning for sagens afgørelse. Det beror på en konkret vurdering, om kommunen skønner det nødvendigt at indhente f.eks. en lægeerklæring eller andre oplysninger. (Ibid.: §11).

Af citatet fremgår det, at kommunen skal vurdere om en sag er tilstrækkelig belyst. Hvis sagen vurderes ikke at være tilbundsgående eller at oplysningerne er modstridende, skal sagsbehandleren indhente yderligere oplysninger. Den viden som sagsbehandleren kan vælge at trække på er i form af en lægeerklæring eller 'andre oplysninger'. Hvad der ligger i 'andre oplysninger' uddybes:

"Der indhentes dog en ny lægeattest ved revurderingen ved 22. fraværsuge, hvis det af lægeattesten [...] fremgår, at der er tale om et uklart sygdomsbillede, hvor der er behov for yderligere afklaring i sundhedsvæsenet, og der ikke efterfølgende er kommet nye lægelige oplysninger, som afklarer sygdomsbilledet m.v... Er der modstridende oplysninger i en sag, vil kommunen kunne indhente yderligere informationer, hvis det skønnes nødvendigt. Det kan f.eks. være i form af en dialog med den sygemeldte, en supplerende lægeerklæring eller en rundbordssamtale med virksomheden eller lægen" (Ibid.: §11).

I lovgivningen står der endvidere at lægens vurdering i lægeerklæringen skal indeholde følgende:

"1. Diagnose eller årsag til sygefraværet. 2. Vurdering af den sygemeldtes muligheder for at arbejde, herunder om sygdomsbilledet vurderes at være klart eller uklart, og om der er en behandlingsplan, behov for yderligere behandling, eller om der ikke er yderligere behandlingsmuligheder." (Ibid.: §11).

Lovgivningen åbner her et grundlag for intervention, hvorigennem man søger at få det "skjulte" til at tale. Begrebet 'sygdomsbillede' er her en interessant reguleringskategori, idet begrebet defineres tæt på grænseløst, hvilket åbner for kontingens. Oplysninger der kan være relevante for sagens afgørelse inddrages, men lovgivningen er åben i sin specificering af, hvad er relevant og det bliver dermed en politisk kategori. Samtidig synes det at være et udtryk for en krog til det holistiske regime, da begrebet ikke passer til den første visitationskategori, hvor der er tale om et *klart* sygdomsbillede og dermed ikke et *sygdomsbillede*, men en klar diagnose. Hvis der kun var klare diagnoser, var der ikke brug for begrebet sygdomsbillede og det skal derfor ramme noget, som ikke kan rummes i en diagnose. Lovgivningen anerkender dermed også, at det instrumentelle regime er for smalt. Det er op til sagsbehandleren at vurdere, hvad der er "modstridende oplysninger" og det ses dermed, hvordan beskæftigelsespolitikken gør sig afhængig af vidensdannelsen på det sundhedsfaglige felt. Sagsbehandleren skal foretage en visitation af klienten på baggrund af oplysningerne. Ikke de-

sto mindre er visitationen, og dermed rummet for fortolkning, disponeret i en kategorisering af klienterne:

”Kommunen skal [...] foretage en visitation til en af følgende kategorier:

- 1) Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående (kategori 1).*
- 2) Sager med risiko for langvarigt sygeforløb eller risiko, hvad angår arbejdsevnen (kategori 2).*
- 3) Sager, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygdomsforløb (kategori 3).”*
(Ibid.: §12).

På en og samme tid er staten individualiserende og totaliserende. Individualiserende, når der vises interesse for klientens selvopfattelse eller psykiske konstitution – dvs. når individet ansvarliggøres. I ovenstående citat er der indikation på en totaliserende stat, hvor klienterne bliver opdelt i overgribende kategorier. På den ene side bliver individet gjort til genstand for en bearbejdende og fremelskende form for styring og på den anden side en kvantificering af individet. Visitationskategorierne kan iagttages som en sandhedsform, hvor individet klassificeres, og hvor der sættes kriterier for, hvordan de gøres til genstand for regulering. Vi skal nu se på, hvordan kategorierne er disponeret af en ansvarlighedsdiskurs.

I pjecen ’Reformens betydning for sagsbehandlingen i kommunerne’ udarbejdet af STAR, gives information om, hvordan sagsbehandlere skal forholde sig til det nye dagpengesystem. Formålet med reformationen af de nye visitationskategorier er, at tage højde for:

”...at nogle sygemeldte har brug for meget støtte, mens andre hurtigt kommer på benene af sig selv. Samtidig tager de højde for, at indsatsen tilpasses, så sygemeldte med størst behov får mest støtte... Kommunen skal ved hver efterfølgende opfølgning vurdere, om den sygemeldte eventuelt skal omvisiteres til en ny kategori. Det er dog ikke muligt at omvisitere sygemeldte fra kategori 2 eller 3 til kategori 1, da kategorien er forbeholdt sygemeldte med et helt kort og ukompliceret sygeforløb.”
(STAR, 2014: 7).

Det er helt centralt for sagsbehandleren at undersøge, om uarbejdsdygtighed skyldes sociale problemer, eller en legitim, klassificerbar sygdom; skal den sygemeldte behandles som en klient med sociale/psykologiske problemer eller som en patient med en fysisk sygdom? De to roller som hen-

holdsvis patient eller klient er meget forskellige. Klienten med sociale/psykologiske problemer skal fx deltage i jobrelaterede aktiviteter mv., hvilket den syge patient ikke skal. Individer der visiteres til kategori 1, skal have en minimal indsats, hvor kommunen selv tilrettelægger, hvordan og hvornår der skal følges op. I første kategori er der ikke krav til at kommunen skal følge op på individet i form af samtaler og aktive tilbud og selv hvis kommunen vælger at gøre det, står det frit for individet at deltage. Kommunen modtager desuden ikke statslig refusion for tilbuddene (Ibid.). Anderledes ser det ud for sygemeldte som visiteres til kategori 2 og 3, hvor der er krav om at deltage i jobrelaterede aktiviteter mv.:

”Sygemeldte i kategori 2 skal desuden tilbydes såkaldte mestringskurser, hvor man lærer at håndtere sin sygdom.” (Ibid.: 8).

I ”Vejledning Om Visitation Og Opfølgning m.v. i Sygedagpengesager” står der endvidere:

”Ifølge den eksisterende viden er der positive effekter af, at sygemeldte lærer mestringsstrategier i form af, at den enkelte opnår bedre selv vurderet helbred. Kurset kan f.eks. være ”lær at tackle kursus” og lignende, som bygger på bredt anerkendt viden om mestring.” (STAR, 2015: kap 7).

I kategori 2 kan det iagttages, at klienten inviteres til en granskning af sig selv. De skal ’mestre’ deres sygdom, hvilket sker gennem et arbejde med sig selv. Mestringskurserne kan iagttages som en særlig handleform. Det er en formgivende praktik, der bringes i anvendelse for at forme objektet. Antagelsen er, at sygemeldte der visiteres til denne kategori, skal kunne disciplinere sig selv og sættes i stand til at reflektere over, hvad der ligger inden for deres rækkevidde, og dermed hvordan ansvar bør placeres. Det der er på spil her, er en selvteknologi, gennem hvilken individet forventes at arbejde med sig selv. Denne selvteknologi er dog stærkt præget af en medborgerskabsideologi om personligt ansvar. Det er ikke nok at du *er* syg, da dette antyder en offerrolle, hvor komplikationer placeres som sygdommens skyld og dermed vidner om ansvarsfraskrivelse. Derimod skal du tage ejerskab over sygdommen. Hvis den sygemeldte fremstår som et offer, konstitueres sagsbehandleren i rollen til at myndiggøre klienten, så de aktivt kan engagere sig i tilvejebringelsen af serviceydelser og overvinde en passiv eller afhængig relation til styringen. For kategori 3 intensiveres indsatsen:

”For sygemeldte i kategori 3 skal kommunen tilrettelægge en helhedsorienteret indsats, hvor der er fokus på både beskæftigelse, helbred og sociale forhold” (STAR, 2014: 9).

I denne kategori strammes endvidere kravene til, hvad klienten skal deltage i:

”Kommunen skal også for sygemeldte i kategori 3 holde opfølgningssamtaler hver fjerde uge, og der er krav om personligt fremmøde, medmindre der er tale om de særlige tilfælde” (Ibid.: 9).

Det ses, at visitationen er udtryk for en slags kontinuum mellem det instrumentelle og det holistiske regime, hvor de tre kategorier afspejler tre forskellige opfattelser af individet. Hermed åbnes et struktureret og kontingent interventionsfelt for sagsbehandleren som skal træffe afgørelse om, hvilken kategori der skal visiteres til. Loven har til formål at sikre medborgeren nogle rettigheder. I tildelingen af rettighederne, etablerer lovgivningen et fortolkningsrum hos sagsbehandleren, der skal træffe beslutningen. Ikke desto mindre er dette rum forhåndsdisponeret af en medborgerskabsideologi, der muliggør og begrænser, hvordan sagsbehandleren kan genkende sig selv på. Vi skal nu vende blikket mod, hvordan disse tre kategorier beskrives, da dette giver blik for, hvordan der stilles mulighed for at trække på viden fra de tre diskurser fra det sundhedsfaglige system. At der hersker kontingens ses ved at undersøge det fortolkningsrum af sandhedsformer der er på spil.

3.3.4 Visitationskategorierne: et disponeret fortolkningsrum

Visitationskategorierne beskrives således:

”Der visiteres til kategori 1, når det forventes, at den sygemeldte vil være fuldt raskmeldt inden 8 uger regnet fra første fraværdsdag. Visitationen sker, når kommunen har modtaget den sygemeldtes oplysningsskema, [...] og den sygemeldte har oplyst, at sygefraværet forventes at ophøre inden for de første 8 ugers sygefravær, og der ikke er omstændigheder, der peger i anden retning.” (STAR, 2015: kap. 3).

Kategori 1 repræsenterer sygemeldte, hvis sag ikke er kompliceret. Som vi så i forrige afsnit, stilles der ikke krav til denne kategori om aktiv deltagelse i forskellige jobrelaterede aktiviteter. For denne kategori gælder en antagelse om at sygdom, er noget relativt midlertidigt, hvor individet derfor for en periode, kan fratages at opfylde sociale roller og derfor heller ikke er underlagt intervention. Denne kategori er med andre ord forbeholdt individer, der allerede udviser ansvarlighed over for

egen sygdom. Den sygemeldte opfattes i denne kategori, som en patient, der grundet sin midlertidige status som syg, derfor har ret til sygedagpenge. Er perioden dog længere end 8 uger, skal den sygemeldte revurderes ift. om en revisitation skal finde sted. 8 uger er altså grænsen for, hvorvidt du er 'normalt' (biomedicinsk) syg eller om der kræves en større indsats. I nedenstående ses, ud fra hvilke kriterier, sygemeldte skal visiteres til kategori 2:

"Kategori 2 sager er sager, hvor udfordringerne er af helbredsmæssig og beskæftigelsesmæssig karakter, og hvor der som udgangspunkt kun er behov for en sundhedsmæssig og beskæftigelsesmæssig indsats. Der kan være tale om forudsigelige forløb, hvor sygdommen er udredt, og der er igangsat behandling. Der kan også være tale om forløb, hvor der er usikkerhed om forløbet og sygdommen, og hvor der måske ikke har kunnet iværksættes en behandling, men hvor der ikke vurderes at være behov for en tværfaglig indsats og forelæggelse for rehabiliteringsteamet." (Ibid.: kap. 3).

Det lader til, at der er en differentiering eller graduering i fænomenet sygdom. Kategorien er forbeholdt sager, hvor sygdomsbilledet er mere kompliceret end kategori 1, men hvor forløbet forventes at vare længere end 8 uger. I adgangen til denne kategori kan sygdomsbilledet både være klart og uklart, men den sygemeldte må ikke have behov for en tværfaglig indsats. Personer med SL, hvor sygdomsbilledet som regel er mudret, kan altså godt omfattes af denne kategori, dog ikke hvis sagsbehandleren vurderer, at der er behov for en tværfaglig indsats. Der åbnes her et fortolkningsrum for sagsbehandleren, hvor det ikke på forhånd er besluttet, hvilken viden fra det sundhedsfaglige felt der skal trækkes på i vurderingen. Den viden sagsbehandleren vælger at abonnere på konstituerer, hvordan den sygemeldte vil blive opfattet i det sociale system og derfor også, hvilken kategori der visiteres til. Selvom vurderingen er placeret hos sagsbehandleren er denne disponeret af en ansvarlighedsdiskurs, hvor sagsbehandleren skal vurdere, i hvilket omfang personen tager ansvar for egen sygdom og dermed på sigt er arbejdsmarkedssparat. Der visiteres til 3. kategori:

"...når sygefraværet forventes at overstige 8 uger, og den sygemeldte vurderes at have udfordringer af helbredsmæssig, beskæftigelsesmæssig og social karakter samt have behov for en tværfaglig indsats. Det beror på en konkret vurdering, om der er tale om en kategori 3 sag. Der er alene tale om en kategori 3 sag, hvis der vurderes at være behov for en tværfaglig indsats, hvori der også indgår en indsats fra det sociale område." (Ibid.: kap. 3).

Det kan iagttages, at kompleksiteten progredierer i tre niveauer som følger de tre kategorier. Fra et "normalt" sygdomsforløb, hvor der foreligger et klart sygdomsbillede med biomedicinsk dokumentation i kategori 1, henover en hybrid i kategori 2, hvor sygdomsbilledet både kan være klart og uklart, til kategori 3, hvor den sygemeldtes sag rummer stor kompleksitet, hvilket kræver en tværfaglig indsats. De tre kategorier afspejler dermed 3 måder at være syg på. Første kategori er forbeholdt de "almindeligt syge" som ikke kræver intervention. Kategori 2 og 3 indeholder en graduering i interventionen, hvor kategori 3 kræver størst intervention. Visitationskategorierne er informeret af de tre diskurser og afspejler kontingens og derfor et fortolkningsrum.

3.3.5 Opsamling

Særligt to objektformer gør sig gældende, nemlig objektgørelsen af ansvar og vilje som to diskursivt dominerende problemopfattelser og tilsvarende problemløsningsmodeller. Arbejdsvilje er blevet et statsanliggende lige så vel som ansvarliggørelsen af individet er det. Økonomiske incitamenter og sanktioner benyttes til at regulere ansvar og vilje som to objekter i individet. Dette hænger tæt sammen med konstitueringen af sagsbehandleren gennem en subjektform, der søger at opdyrke en kapacitet som moralsk dommer og iværksætter. På den ene side skal sagsbehandlerne vurdere, i hvilket omfang klienten har viljen til at arbejde, hvilket giver sig til udtryk i ansvaret for egen sygdom. Ud fra vurderingen kategoriseres klienten i én af de tre visitationskategorier, der repræsenterer et kontinuum af intervention hos individet. På den anden side er det sagsbehandlerens rolle at få uansvarlige sygemeldte til at genvinde kontrollen over deres liv og udvikle en mere ansvarlig holdning. Inddelingen af individet i gennemgribende kategorier kan ses som en totaliserende teknik. Det er altså en sandhedsform der sætter kriterier for, hvordan individet gøres til genstand for regulering. Denne er disponeret af en medborgerskabsideologi, der har til formål at opøve ansvar i individet. Med beskæftigelsespolitikken følger de lediges medindflydelse på jobplan, kvalificeringselementer i aktivering og mindre paternalistisk præg på myndighedernes arbejde. Fx så vi at mestringskurserne er en handleform, hvor igennem individet formgives.

4. DISKUSSION

Gennem analyserne har jeg vist, hvordan konstruktionen af SL disponerer rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter. Jeg har endvidere undersøgt, hvordan forhandlingen af subjektroller påvirkes af denne konstruktion sammen med dokumentationskrav og fremherskende værdier om medborgerskab. Dette med udgangspunkt i en analyse af FM som SL. I første analyse viste jeg, hvordan det instrumentelle regime spaltede sig i to, der ved siden af det holistiske regime, resulterede i konstitueringen af tre vidt forskellige sygdomsopfattelser i konstruktionen af FM. De tre diskurser producerer derfor tre forskellige subjektiveringer af den FM-ramte: 'den moralske patient', 'den evidenssøgende patient' og 'den gode smertepatient'. I koblingen af de to analyser, har jeg i delanalyse 2 vist, hvordan lovgivningen etablerer fortolkningsrum, hvor loven ikke udtømmende fortæller, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning, men hvor der samtidig er en subjektivitet på spil, og hvordan denne subjektivitet kan være formet af, hvordan klienten forholder sig. I delanalyse 2 så vi desuden, hvordan beskæftigelsespolitikken gør sig afhængig af den viden der produceres på det sundhedsfaglige felt.

I dette kapitel går jeg på tværs af analyserne og forsøger at diskutere de konstitutive konsekvenser af de tre diskurser i det sociale system ved at opstille to scenarier af henholdsvis det instrumentelle regime og det holistiske regime. De to scenarier skal forstås som en ekstrapolering i form af to potentielle reguleringsstrategier, som kan følge af analysen, der har konsekvens for, hvordan man kan tænke velfærdsledelse. Scenarierne tager udgangspunkt i det reservoir af viden, de tre diskurser stiller til rådighed for det sociale system og selvom konsekvenserne kan trækkes i mange retninger, vil jeg i dette speciale afgrænse mig til beskæftigelsespolitikken. Ikke desto mindre er de politiske områder tæt koblet, hvorfor en berøring af andre politiske områder er uundgåelig.

4.1 Et instrumentelt blik

Med sygedagpengereformen, der blev indfaset d. 1. juli 2014, blev det vedtaget, at de sygemeldtes tilstand skal vurderes efter fem måneder og ikke efter 12 måneder, som tidligere. Her skal der forelægge en vurdering af, om vedkommende skal fortsætte på sygedagpenge eller på en ny jobafklaringsydelse på niveau med den laveste kontanthjælpssats. Reformens krav om øget hurtighed har dog konsekvenser for personer med SL. Fx skriver næstformand for Lægeforeningen, Jette Dam-Hansen:

”Nogle sygdomme ligner mange forskellige ting i starten, og først efter noget tid begynder de at ligne noget bestemt. Men den tid kan vi ikke speede op. Vi prøver hurtigt at stille de rigtige diagnoser, men nogle gange er vi afhængige af, at tiden går, før vi kan se sygdomsmønstret.” (Wamsler, 2014).

Hvis ikke der er et klart sygdomsbillede efter de første 5 måneder, vil den sygemeldtes tilstand have status som uafklaret og personen mister dermed retten til at blive forlænget på sygedagpengesatsen og kan ende på jobafklaringsydelsen med op til 7.000 kr. mindre om måneden (Ibid.). Hvis sagsbehandleren gør viden fra den skeptiske fløj i det instrumentelle regime til grund for sin vurdering af den sygemeldte, vil personens symptomer blive kategoriseret som en psykisk lidelse, hvilket samtidig skaber grundlag for intervention hos den sygemeldte. I ønsket om at opnå legitimitet som syg, og dermed bibeholde retten til sygedagpenge, er den sygemeldte nødsaget til at operere på diskursens præmisser ved at finde biomedicinsk dokumentation for sin lidelse. Dette resulterer, som vi så i første analyse, i fænomenet doctorshopping, hvor patienten bliver sendt rundt i systemet for at kunne bevise sin status som syg. De sygemeldte skal retfærdiggøre, at de er syge ved fremvisning af en lægeerklæring, som dokumentation for lidelserne. Diagnosejagten kan paradoksalt nok betyde, at afklaringsforløbet efterhånden bliver mere og mere uklart, på trods af at det modsatte er hensigten (Mik-Meyer, 2012). Det instrumentelle regime fordrer altså en gensidig konstituering af subjektiveringer i det sociale system, hvor klientens og sagsbehandlerens rolle er afhængig af hinanden.

Sygedagpengereformen disponerer tilsyneladende, hvilken diskurs sagsbehandleren kan operere inden for. Fx siger Frank Kargo, der er kontorchef i Jobcenter Esbjerg:

”Der er en risiko for, at vi kommer til at være mere skeptiske over for de lidelser, der ikke objektivt kan påvises, og hvor lægen har svært ved hurtigt at stille en diagnose.” (Wamsler, 2014).

Formanden for Socialrådgiverforeningen, Majbrit Berlau, støtter op om samme:

”Den helt store knast med reformen er, om sundhedssystemet har tid til at levere inden for fem måneder. For ellers risikerer vi, at en masse borgere overføres til jobafklaringsforløb, selvom de rent faktisk ikke har brug for den indsats, men blot ønsker afklaring på deres sygdom... Jeg kan godt forstå dem, der er bekymret for, om de fem måneder vil gøre det mere attraktivt at fravælge diagnosticering af mere diffuse sygdomme.” (Ibid.).

Det store fokus på dokumentation i sygedagpengereformen hævdes at tvinge sagsbehandleren til at arbejde ud fra den skeptiske diskurs præmisser. Endvidere hævdes det, at dette evidensfokus trækker konsekvenser ind i det sundhedsfaglige system, hvor lægerne – i ønsket om at hjælpe patienten – inciteres til at spekulere i diagnoser, der er mere hensigtsmæssige for patienten i adgangen til diverse ydelser i det sociale system⁸. Lægen er her afhængig af det sociale system for at kunne udfylde sin rolle om at helbrede. I følgende afsnit skal vi se på et scenarie, hvor viden fra det holistiske regime danner grundlag for en vurdering af den sygemeldte.

4.2 Et holistisk blik

Vi så i delanalyse 2, at lovgivningen har etableret en plads for det holistiske regime ved at anvende begrebet 'sygdomsbillede', som netop indikerer en adskillelse fra en klar diagnose, som det instrumentelle efterspørger. Det er en anerkendelse af, at det instrumentelle regime ikke kan omfavne alle, hvilket skaber rum for det holistiske regime. Vi så endvidere, at den evidenssøgende rolle, som foreskrives af den anerkendende fløj inden for det instrumentelle regime, kunne tolkes som et udtryk for en ansvarsfraskrivelse, eftersom individet ville være på jagt efter ydre faktorer (diagnoser), der kan forklare tilstanden. På trods af, at det instrumentelle regime taler om ansvarsfraskrivelse, kan selv samme problematik vendes mod regimet selv. Med andre ord er det instrumentelle regime systematisk med til at producere den ansvarsfraskrivelse, som regimet selv søger at regulere. Denne sprække inden for rammerne af det instrumentelle regime etablerer diskursive betingelser for at udpege det instrumentelle regime som ansvarsfraskrivende og giver dermed plads til det holistiske regime.

Kombinationen af lovgivningens etablerede rum for det holistiske og sprækkerne i det instrumentelle giver lægen mulighed for at erklære en patients sygdomsbillede som uklart. Lægen kan, ud fra en faglig overbevisning sige, at en biomedicinsk diagnose ville tilsidesætte et fagligt ansvar, eftersom lægen ikke kan udelukke at en person lider af FM og derfor har brug for støtte inden for rammerne af det holistiske regime. Hvor vi i det instrumentelle blik så, at lægen inciteres til en defensiv strategi, skabes der her betingelser for en positiv strategi.

Det holistiske regime markerer altså et markant andet paradigme end det biomedicinske og kan ansues som en bevægelse mod mere konstruktivistiske forestillinger om sygdom. Smerten er det

⁸ I antologien "At skabe en professionel" viser Nanna Mik-Meyer ligeledes, at nogle læger udstyrer nogle patienter med biomedicinsk veletablerede diagnoser, der giver mere lukrative rettigheder i det sociale system.

primære fokus i behandlingen og anses ikke for blot at være symptom på en underliggende anomali, som i det instrumentelle regime. Det er derfor en anerkendelse af patientens *oplevede* smerte. Da det er patienten som oplever smerten på egen krop, bliver dialog og inddragelse vigtige redskaber i udredningen og behandlingen. I analysen viste jeg, hvordan smerten synliggøres som en socialitet, der kan gøres til genstand for regulering og smerte bliver dermed objektiveret. Endvidere så vi, at 'den gode smertepatient', er et subjekt der aktivt forholder sig til objektet; smerterne. Det er en fremstilling af smerten som objekt og den smerteramte som copende subjekt. Gennem forskellige behandlinger og patientuddannelse sættes patienten i et refleksivt forhold til sig selv, i forsøget på skabe forståelse af, hvad der ligger inden for personens kontrol. Forestillingen er, at smerten som objekt er et fast vilkår (dvs. noget der ligger uden for forandring og dermed uden for patientens kontrol), hvor håndteringen eller mestringen derimod er et bøjeligt vilkår (det er forandringsmuligt og dermed inden for patientens kontrol).

I Hysse Forchhammers (2010) kritiske diskussion af patientskoler beskrives, hvordan den patient, der konstrueres gennem vor tids sundhedspraksisser, bl.a. patientuddannelse, kan ses som en indsigtfuld, aktiv og rationel patient, der følger tidens sundhedsråd. Det er en patient, som er løsningsfokuseret og udgrænser negativ symptomoptagethed. Forchhammers beskrivelse af tilgangen til behandling, er i vid udstrækning også dækkende for behandlingstilbud for patienter med SL. Når vi fx ser i delanalyse 1, at patienten skal forlige sig med smerterne gennem accept, peger dette på livet med SL som et dannelsesprojekt. At indgå i denne type dannelsesprojekter indebærer samtidig at tage ansvar på sig; at blive en slags leder i eget liv. 'Den gode smertepatient' accepterer sin andel i smerteoplevelsen og erkender at hun selv kan påvirke oplevelsen. Samlet set skal hun udvise en vilighed til at ændre syn på balancen mellem subjekt og objekt (mig/omverden) og tage mere ansvar på sig. I det holistiske regime anerkendes, at smerten er et objektivt vilkår, der begrænser evnen til at arbejde, men i samme bevægelse tales viljen frem som det subjektivt overskridende. Det er en vilje til at handle *på trods af* smerterne. Det er en del af accepten; at forstå sine smerter og indrette sit liv derefter. Suzan Walter fra American Holistic Health Association beskriver det således:

"Holistic Health is actually an approach to life. Rather than focusing on illness or specific parts of the body, this ancient approach to health considers the whole person and how he or she interacts with his or her environment ... With Holistic Health people accept responsibility for their own level

of well-being, and everyday choices are used to take charge of one's own health." (Walter, 1999: 7).

Mens det instrumentelle regime reducerer individet og dermed indsnævrer subjektiviteten til en medicinsk objektiveret krop, konstrueres subjektet derimod som en kompleks biopsykosocial størrelse i det holistiske regime. Endvidere omfatter det holistiske regime hele livsførelsen og fordrer derfor en enorm kompleks samfundsorden. Ud fra en viden informeret af det holistiske regime, er personer med SL oplagt til at blive visiteret til kategori 3, da dette understøtter den mest gennemgribende intervention i individets liv og selvforståelse.

På den ene side ser vi en bevægelse mod en mere konstruktivistisk opfattelse af sygdom. På den anden side ser vi en evidensbevægelse i form af dokumentationskrav, som forsøger at håndtere den kontingens, der opstår som følge heraf. Det er en vekselvirkning mellem forøgelse af kompleksitet og reduktion af kompleksitet. På tværs af dette hersker fremherskende værdier om personligt ejerskab over egen sygdom og livskvalitet. Sagsbehandlere og læger står over for et paradoks, hvor de skal balancere mellem på den ene side at intervenere for meget (at klientgøre og tilsidesætte autonomi) og på den anden side at intervenere for lidt ift. borgere der ikke udviser ansvar for deres liv og de betingelser de nu lever under.

5. KONKLUSION

I indledningen blev det nævnt, hvordan en evidensbølge udviklet inden for den kliniske medicin har bredt sig til andre velfærdsområder. Inden for sundhedsområdet ses en eksplosion af nye diagnoser, resulterende i en patologiseringstendens i nutidens vestlige samfund. På det sociale område ses en vækst i antallet af ansatte, der skal servicere borgere, der ikke kan forsørge sig selv. Parallelt med denne udvikling har der igennem de seneste 30 år været debat om den videnskabelige vidensproduktions betingelser, status og effekter. Inden for medicinvidenskaben er der ikke tale om et decideret *paradigmeskifte*, forstået på den måde at konstruktivismen afløser den lange tradition for positivisme. Snarere giver det sig til udtryk i en liminalfase – dvs. en tærskel mellem to paradigmer. På den ene side ser vi altså kontroverser i opfattelsen af, hvad der er videnskabelig metode, på den anden side er den teknologiske udvikling kombineret med det øgede krav om dokumentation med til at producere nye problemgrupper.

En af disse problemgrupper er den kategori personer med SL udgør. Personer med SL udfordrer sundhedssystemet ved at falde uden for gældende kategorier for diagnostisk objektivitet. Jeg har i dette speciale undersøgt, hvordan konstruktionen af SL disponerer rummet for handling og iagttagelse i styringen af velfærdssubjekter og hvordan denne konstruktion sammen med dokumentationskrav og fremherskende værdier om medborgerskab påvirker forhandlingen af subjektroller, med udgangspunkt i en analyse af FM som SL.

I første delanalyse har jeg undersøgt, hvordan der konstrueres rationalitet omkring FM indenfor henholdsvis det instrumentelle og det holistiske regime. Gennem de 4 dimensioner i praksisregimeanalysen – synlighedsfelter, rationalitetsformer, tekniske aspekter og identitetsskabelse – har jeg rekonstrueret de to praksisregimers logik. Det instrumentelle regime repræsenterer biomedicinen og det holistiske regime bygger på en biopsykosocial forståelse af krop og sygdom, og problematiserer det instrumentelle regime for dets dualismetænkning i adskillelsen af krop og sind og fokus på objektiv dokumentation i kroppen.

Det instrumentelle regime har udspaltet sig i to fløje, som begge er funderet i en dualisme mellem krop og sind. Udgangspunktet i det instrumentelle regime i begge fløje, er en biomedicinsk forståelse af kroppen som synlighedsfelt. Den skeptiske fløj er kategorisk afvisende over for lidelser, der ikke kan dokumenteres biomedicinsk. Den anerkendende fløj anerkender FM og refererer til cen-

tralnervesystemet som patogent legitimitetsgrundlag. De to fløje fordrer to forskellige subjektiveringer: i den skeptiske fløj iagttages SL gennem et moralsk perspektiv. Personer med SL hævdes at fraskrive sig ansvar og placerer det i omgivelserne, hvilket gør dem til et styringsobjekt, der kræver intervention i de pågældende individers psyke. I den anerkendende fløj fastholdes personer med SL i en sygefortælling i forsøget på at understøtte biomedicinske betingelser for at opfattes som patient og fordrer derfor en evidenssøgende patient.

Det holistiske regime sætter smerten i centrum, der betragtes som et komplekst biopsykosocialt fænomen. Det er en søgning væk fra forklaringer omkring subjektet som en afgrænset essens, og hen imod en social konstruktion af subjektet, der består af biopsykosociale faktorer. Sygdom konstrueres som noget der omhandler hele individets livsførelse. I behandlingen lægges der vægt på at patientens subjektive smerteoplevelse anerkendes, men samtidig er det fagpersonernes opgave at tilrette og korrigere sygdomsopfattelser og adfærdsmønstre, der betragtes som uhensigtsmæssige. På trods af at smerten er subjektiv, er antagelsen at den kan deles og smerten synliggøres dermed som en social håndterbar størrelse, hvilket åbner op for et rum af intervention. Det holistiske regime søger tilbage mod en subjektiv sygdomsbeskrivelse som diagnosegrundlag. Patientens anamnese bliver derfor helt central, da denne er adgangsgivende for at kunne medregne flere faktorer: biologiske, psykologiske og sociale. Forbedringen af patientens livskvalitet sker gennem opfyldelse af betingelserne for 'den gode smertepatient', hvilket består i, en accept af det der ikke kan ændres (smerten), men samtidig at ændre det, der kan ændres (håndteringen). Det holistiske regime hviler på en kompleks og fordringsfuld subjektivitetsopfattelse, hvor der arbejdes ud fra en medborgerskabsideologi, hvis strategi er at transformere subjektivitet fra magtesløshed til aktivt medborgerskab. Det er en forestilling om, at patienten skal myndiggøres så de aktivt kan engagere sig i behandlingen og overvinde en passiv relation til styringen.

Delanalyse 2 viste, hvordan både sagsbehandleren og klienten er indspundet i formaterede rum, der søger at lede dem mod bestemte måder at tænke sig selv på og lede sig selv på. Her fik jeg blik for, hvilke fortolkningsrum lovgivningen etablerer, hvor loven ikke udtømmende fortæller, hvordan sagsbehandleren skal træffe beslutning, men hvor der samtidig er en subjektivitet på spil. Vi så at det sociale system gør sig afhængig af vidensdannelsen i det sundhedsfaglige system og at denne viden danner grundlag for om den sygemeldte skal behandles som en klient med socia-

le/psykologiske problemer eller som en patient med en fysisk sygdom. Sagsbehandleren skal visitere den sygemeldte til en af de tre kategorier, som afspejler tre forskellige opfattelser af individet.

I lovens tildeling af rettigheder, etableres et fortolkningsrum hos sagsbehandleren. Ikke desto mindre er dette rum forhåndsdisponeret af en medborgerskabsideologi, der muliggør og begrænser, hvordan sagsbehandleren kan genkende sig selv på. Omfanget af intervention progrediere i tre niveauer som følger de tre kategorier. Fra et "normalt" sygdomsforløb, hvor der foreligger et klart sygdomsbillede med biomedicinsk dokumentation i kategori 1, henover en slags hybrid i kategori 2, hvor sygdomsbilledet både kan være klart og uklart, til kategori 3, hvor den sygemeldtes sag rummer stor kompleksitet, hvilket kræver en tværfaglig indsats. Eftersom grænsedragningen mellem syg og rask bliver et politisk anliggende påvirker dette lægens og sagsbehandlerens klassificering af symptomer med den konsekvens, at man med nogen ret kan anskue professionsudøverne som en slags 'moralske iværksættere'.

I diskussionen gik jeg på tværs af analyserne og diskuterede de konstitutive konsekvenser af de tre diskurser i det sociale system ved at opstille to scenarier af henholdsvis det instrumentelle regime og det holistiske regime. Her blev det antydnet at diagnosejagten paradoksalt nok kan betyde, at afklaringsforløbet bliver mere og mere uklart, på trods af at det modsatte er hensigten. Det instrumentelle regime fordrer samtidig en gensidig konstituering af subjektiveringer i det sociale system, hvor klientens og sagsbehandlerens rolle er afhængig af hinanden. I det holistiske regime anerkendes, at smerten er et objektivt vilkår, der begrænser evnen til at arbejde, men i samme bevægelse tales viljen frem som det subjektivt overskridende. Det er en vilje til at handle *på trods af* smerterne. Det er en del af accepten; at forstå sine smerter og indrette sit liv derefter. Det holistiske regime omfatter hele livsførelsen og fordrer derfor en enorm kompleks samfundsorden.

Dette speciale har bevæget sig på strategiernes, programmernes og teknologiernes niveau, ved at rette blikket mod, hvordan konstruktionen af FM er disponerende for iagttagelses- og handlerummet i styringen af FM-ramte. I analysestrategien beskrev jeg, at dette valg samtidig betyder, at jeg ikke får blik for den konkrete praksis, dvs. hvordan identitetsforhandlingen udspiller sig i den konkrete interaktion, hvilket Goffmans interaktionsanalytik, som nævnt, kunne have bidraget med. I en vis forstand kan man derfor kritisere konklusionerne for at være teoretiske idet jeg ikke har eftersporet receptionspraksissen. Ikke desto mindre har jeg med diskussionen forsøgt at undersøge nogle poten-

tielle implikationer af magtens disponering. Nu vil jeg se nærmere på andre aspekter omkring styringen af SL, som man ikke får øje på med denne afhandlings analytiske perspektiv.

De sidste mange årtier har der utvivlsomt fundet mange omvæltninger sted i konceptualiseringen af forholdet mellem stat og borger. Governmentalitystudierne er blevet kritiseret for i for høj grad at have ”læst” disse forandringer og glemt at se efter kontinuiteter i det umiddelbart diskontinuære (Villadsen, 2002). På trods af jeg giver en kort historisering af praksisregimerne, fokuseres der i afhandlingen kun i mindre grad på de historiske og samfundsmæssige betingelser for styringen af SL. Idet jeg har valgt at undersøge praksisregimerne synkront er det på bekostning af en forståelse for, hvordan FM er blevet konstitueret over tid. Jeg er således bevidst om, at jeg langt fra har tegnet genealogien for FM. Formålet med dette speciale var imidlertid ikke eksplicit at udlæse, hvordan FM over tid er blevet institutionaliseret, men snarere, hvordan de tre diskurser er virksomme i disponeringen af, hvordan FM-ramte kan styres. Ikke desto mindre kunne en sådan diakron analyse, der fremviser kontinuiteter og diskontinuiteter i forvaltningen af FM, give en styrket forståelse af den diskursive kompleksitet, der præger fænomenet. Det er imidlertid klart, at det ikke er muligt at forfølge alle de historiske løbebaner, der kan hævdes at være relevante. Der skal træffes valg ud fra en afvejning af, hvilke processer og elementer man ønsker at problematisere. Udfordringen ville her bestå i risikoen for at skabe for stor homogenitet i analysen og dermed ende i reduktionisme (Ibid.).

Havde jeg valgt en diakron tilgang ville jeg, for at forstå rationaliteten bag FM som socialt fænomen, være nødsaget til gradvist at bevæge mig væk fra mit udgangspunkt ved at benytte, hvad Foucault kalder ”a procedure of causal multiplication” (Foucault, 1991: 76). Benyttes en sådan analysestrategi, kunne man udlæse en diskurs, der anskuer nationen som et produktionsfællesskab, som Villadsen eftersporer i sin ph.d.-afhandling (Villadsen, 2007a). Her opdeles individerne i ”nærende” og ”tærende”, hvor de tærende fordømmes grundet manglende bidrag til fællesskabet. Visse mennesker og klassers fundamentale dovenskab og magelighed udpeges, som grundlæggende årsag til, at de bliver tærende. Man kan her antyde en bestemt rationalisering, som går igen i moderne velfærdsarbejde og også i styringen af FM-ramte.

Den analysestrategi jeg har valgt muliggør en bevægelig velfærdskritik, hvor magten ikke anskues som noget, der udspringer fra staten eller andre autoritative centre, men kan iagttages i en lang række relationer og regimer, som går på tværs af skellet mellem offentlig og privat. Den muliggør en

undersøgelse af, hvordan grænsen mellem offentligt og privat, individuelt og kollektivt ansvar, sættes og rekonstrueres diskursivt og i kraft af nye styringsteknologier og hvordan denne har været under forskydning så flere private indretninger bliver sociale (Villadsen, 2007b).

5.1 Perspektivering

SL og herunder FM var det nøglehul igennem hvilket jeg kiggede på en endnu større problematik som handler om, hvilke betingelser og med hvilke effekter, den moderne velfærdsstat reproduceres. Velfærd er ikke noget der stilles til rådighed i form af services, men kræver aktivt medborgerskab og ansvarliggørelse af individet. Mit speciale viser, hvordan dét der ikke kan ses (i dette tilfælde smerte), gradvist og systematisk bliver gjort til genstand for regulering. At SL gøres til genstand for regulering igennem synliggørelse, er et udtryk for, at interventionspotentialitet for statsmagten øges. Et af rationalerne i velfærdsledelse er dermed, at synliggøre problemer således at samfundet mægtiggøres til at forholde sig til problemer, der hidtil har været usynlige. Hvad der hidtil har været privat (fx en smerteoplevelse) bliver nu et fællesanliggende, dvs. et anliggende for staten. Dermed forskydes skellet mellem offentlig og privat gennem en politisering af private forhold. Hvis du bliver gjort uarbejdsdygtig pga. en smerteoplevelse, kan du ikke sidde med smerten selv, da det resulterer i at du bliver frataget dine ydelser, med mindre du vælger at tage ansvar for smerten.

LITTERATURLISTE

- Aggerbeck, A. (2011). *Fibromyalgi - den lange vej til anerkendelse*. Retrieved Maj 21, 2015, from <http://www.sygeforsikring.dk/default.aspx?ID=928>
- Amris, K., & Jespersen, A. (2010). Fibromyalgi som neurogen smertetilstand. *Ugeskrift for Læger*, 172(24), 1832-1835.
- Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Kbh.: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Berlingske. (2009). *Fibromyalgiforeningen*. Retrieved 05.05.15, 2015, from <http://www.b.dk/upload/webred/pdf/2009/september/patientforeninger.pdf>
- Brinkmann, S. (2010). Patologiseringsten: Diagnoser og patologier før og nu. In S. Brinkmann (Ed.), *Det diagnosticerede liv : Sygdom uden grænser* (pp. 7-12). Århus: Klim.
- Dahlager, L. (2001). I forebyggelsens magt. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 2(3), 91-102.
- Dahler-Larsen, P. (2011). Om evalueringsbølgens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 8(15)
- Dalsgaard, T., Ostenfeld-Rosenthal, A., & Risør, M. B. (2012). Kulturelle tilgange til studiet af funktionelle lidelser. In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 169). Kbh.: Munksgaard.
- Danneskiold-Samsoe, B., Jespersen, A., Dreyer, L., Bartels, E. M., & Amris, S. (2009). Fibromyalgi. In S. Schlüter, & V. Søndergaard (Eds.), *Skjulte lidelser: Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere* (pp. 159). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Dansk Fibromyalgi-Forening. (2015). *Fakta om dansk fibromyalgi-forening og fibromyalgi*. Retrieved April 30, 2015, from <https://www.fibromyalgi.dk/kontakt/fakta-om-dansk-fibromyalgi-forening-og-fibromyalgi/>
- Dean, M. (2006). *Governmentality: Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Sociologi.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society* (2nd ed.). London: Sage publications.

- Dehlholm-Lambertsen, B., & Maunsbach, M. (1998). *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning: Fem artikler fra nordisk medicin 1997*. Århus Universitet: Forskningsenheden for Almen Medicin.
- DSAM. (2013). *Funktionelle lidelser: Klinisk vejledning for almen praksis*. Kbh: Komiteen for Sundhedsoplysning. Retrieved from <http://vejledninger.dsam.dk/media/files/10/funktionelle-lidelser.pdf>
- Eberhardt, J. C. (2015). *Centrets historie*. Retrieved Maj 15, 2015, from <https://www.herlevhospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Tvaerfagligt-Smertecenter/Om-centret/Sider/Centrets-historie.aspx>
- Ehlers, L. (2000). *Ondt i livet: Kvinder og de nye sygdomme* (2nd ed.). Kbh: Gyldendal.
- Ehlers, L. (2003). *Modediagnoser*. Retrieved 05.05, 2015, from <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE53663/modediagnoser/>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). Poststrukturalistiske analysestrategier. In A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å Andersen (Eds.), *Poststrukturalistiske analysestrategier* (pp. 7-39). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Fink, P. (2012). Medicinsk-historisk baggrund. In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 183). Kbh.: Munksgaard.
- Fink, P., & Rosendal, M. (Eds.). (2012). *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed.). Kbh.: Munksgaard.
- Fink, P., Rosendal, M., & Toft, T. (2012a). Klassifikation og karakteristika. In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 39). Kbh.: Munksgaard.
- Fink, P., Rosendal, M., & Toft, T. (2012b). Symptomer, kliniske fund og den diagnostiske proces. In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 31). Kbh.: Munksgaard.
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T., & Schröder, A. (2012a). Indhold af den opfølgende behandling. In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 137). Kbh.: Munksgaard.

- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T., & Schröder, A. (2012b). Primær udredning og behandling (TERM-modellen). In P. Fink, & M. Rosendal (Eds.), *Funktionelle lidelser - udredning og behandling* (1st ed., pp. 101). Kbh.: Munksgaard.
- Forchhammer, H. (2010). Viden, der helbreder. om patientskoler som politisk strategi i sundhedsfremme. In M. Niisen, U. J. Jensen & K. Thorgaard (Eds.), *Viden, virkning og virke: Forslag til forståelser i sundhedspraksis* (pp. 83-106). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.
- Foucault, M. (1988). In Martin L. H., Gutman H. and Hutton P. H. (Eds.), *Technologies of the self*. University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1991). Questions of method. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect* (pp. 73). Chicago: University of Chicago Press.
- Frølich, S. (2009). Kronisk smerte - en skjult lidelse. In S. Schlüter, & V. Søndergaard (Eds.), *Skjulte lidelser: Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere* (pp. 15). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Funktionellidelse. (2012). *Hvad er TERM-modellen*. Retrieved Maj 19, 2015, from <http://www.funktionellidelse.dk/term-modellen.html>
- Giddens, A. (1994). *Modernitetens konsekvenser*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Hansen, A. D. (2005). Diskursteori - postmarxistisk hegemonianalyse hos Laclau. In A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å Andersen (Eds.), *Poststrukturalistiske analysestrategier* (pp. 177-197). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Hansen, H. F., Rieper, O., & Bhatti, Y. (2006). *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform: En kortlægningsrapport* AKF-Forlaget.
- Hartling, O. J. (2007). *Sygdomsmagerne har kronede dage*. Retrieved 04.05, 2015, from <http://www.kristeligt-dagblad.dk/debat/sygdomsmagerne-har-kronede-dage>
- Herlev Hospital. (2015). *Tværfaglig smertecenter*. Retrieved Maj 15, 2015, from <https://www.herlevhospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Tvaerfagligt-Smertecenter/Sider/default.aspx>

- Høgsbro, K. (2011). Evidensbaseret praksis - forhåbninger, begrænsninger og muligheder. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 8(15)
- Hviid Andersen, J. (2000). *De nye sygdomme: En debatbog*. Kbh.: Den Almindelige Danske Lægeforening, Sundhedskomiteen.
- International Association for the Study of Pain. (2014). *IASP taxonomy*. Retrieved april 16, 2015, from <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). Indledning: At skabe en professionel. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.), *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten* (pp. 13-28). Kbh.: Hans Reitzel.
- Jensen, B. (2001). *Fibromyalgia and muscular rheumatism in danish women - association with antipolymer antibodies and silicone breast implants*. Kbh: eget forlag.
- Johannesen, N. (2011). *Smertens socialitet: Bidrag til nye forståelser af det lidelsesfulde i liv med kroniske smerter*. Københavns Universitet: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet.
- Jørgensen, H. (2008). Fra arbejdsmarkedspolitik til beskæftigelsespolitik - kosmetiske eller indholdsmæssige forskelle? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 10(3)
- Jørgensen, L. H. (2009). Kroniske smerter - en udfordring i sundhedsvæsenet. In S. Schlüter, V. Søndergaard & S. Frølich (Eds.), *Skjulte lidelser: Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere* (pp. 27). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kamper-Jørgensen, F., Andreassen, L. A., Bruusgaard, D., Danneskiold-Samsoe, B., Masi, A. T., Morgall, J., et al. (1992). Consensus document on fibromyalgia. *Myopain '92. the Copenhagen Declaration*,
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- Mik-Meyer, N., & Obling, A. R. (2012). The negotiation of the sick role: General practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 1025-1038.
- Mik-Meyer, N. (2012). Den forstående læge og evidenssøgende socialrådgiver: Rollebytte i dagens velfærdsstat. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.), *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten* (pp. 52-75). Kbh.: Hans Reitzel.

- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Pascual, A. S. (2004). *Are activation policies converging in europe?*. Bruxelles: ETUI.
- Pascual, A. S., & Magnusson, L. (Eds.). (2007). *Reshaping welfare states and activation regimes in europe*. Bruxelles: Peter Lang.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M., & Thaning, M. (2008). *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- STAR. (2014). *Reformens betydning for sagsbehandlingen i kommunerne*. Kbh S: Styrelsen for Arbejdsmarked Rekruttering.
- STAR. (2015). *Vejledning om visitation og opfølgning m.v. i sygedagpengesager: VEJ nr 9261 af 30/04/2015 (kap. 3)*. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=169934>;
- Sundhedsstyrelsen. (2006). *Smerteskole - en medicinsk teknologivurdering*. Kbh S: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Smerteskole/Smerteskole.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2008). *Rapport for specialet: Reumatologi*. Kbh S: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet*. Kbh S: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~/_media/C2305D647E6F4E5B9229D88E96322335.ashx
- Sygedagpengeloven. (2015). *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge*. Retrieved 30.04, 2015, from <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=167435#Kap5>;
- Tuxen, A. (2009). Medicinsk mode og mysterier. *Ugeskrift for Læger*, 171(10), april 21.
- Villadsen, K. (2002). Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen - governmentality eller genealogi som analysestrategi. *Dansk Sociologi*, 13(3), 77-97.
- Villadsen, K. (2007a). *Det sociale arbejdes genealogi: Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker* Hans Reitzels Forlag.
- Villadsen, K. (2007b). Magt og selv-teknologi: Foucaults aktualitet for velfærdsforskningen. *Tidsskrift for Velfærdsforskning*, 10(3), 156-167.

- Villadsen, K. (2013). Michel Foucault. In Andersen, H. & Kaspersen, L.B. (Ed.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (pp. 339) Kbh: Hans Reitzel Forlag.
- Walter, S. (1999). The illustrated encyclopedia of body-mind disciplines. In N. Allison (Ed.), (pp. 7) The Rosen Publishing Group.
- Wamsler, L. (2014). *Reform risikerer at straffe psykisk syge*. Retrieved 10.06, 2015, from <http://www.information.dk/486946>
- Wittrup, I. H. (2002). *Viral infections as eliciting factor/co-factor in fibromyalgia*. Kbh: eget forlag.