

BAGGRUNDSTEKST

---

# DIAGNOSEN SOM BEGREB OG PRAKSIS



DET  
ETISKE  
RÅD

# INDHOLD

<b>DIAGNOSEN SOM BEGREB OG PRAKSIS</b>	<b>3</b>
<b>DIAGNOSEN</b>	<b>4</b>
– Diagnoseklassifikation og diagnosticering	4
<b>DIAGNOSERS ANVENDELSE</b>	<b>8</b>
– Sundhedsvæsenet	8
– Det sociale sikringssystem	13
<b>MEDIKALISERING, PATOLOGISERING OG STIGMATISERING</b>	<b>17</b>
– medikalisering	17
– patologisering	17
– Stigmatisering	19

---

**Etiske spørgsmål ved anvendelse af diagnoser**

Det Etiske Råd 2016

**Grafisk tilrettelæggelse:** Grobowski

**Illustrationer:** Karsten Aurbach

**Publikationen består af 9 tekster**

Kan findes på Det Etiske Råds hjemmeside: [www.etiskraad.dk/diagnoser](http://www.etiskraad.dk/diagnoser)

- > Indledning: Etiske spørgsmål ved anvendelse af diagnoser
  - > Kernetekst 1: Diagnosen som "det bedste og det værste"
  - > Kernetekst 2: Menneskesyn og magt
  - > Kernetekst 3: Viden og relationer i sundhedssystemet
  - > Kernetekst 4: Diagnosen uden for sundhedssystemet
  - > Afslutning: Kan diagnoser bruges på en bedre måde?
  - > Baggrundstekst om "Diagnosen som begreb og praksis"
  - > Baggrundstekst om "Hvad er sygdom?"
  - > Baggrundstekst om "Diagnoser i fokus – ADHD, depression og samlebetegnelsen funktionelle lidelser"
-

# DIAGNOSEN SOM BEGREB OG PRAKSIS

Diagnosen som begreb og lægefaglig praksis hænger tæt sammen med sygdom som begreb og fænomen. Diagnosen skal udgøre en skelnen mellem sygdom og ikke sygdom og dermed afgrænse dem, der har et behandlingsbehov. Dermed er der en tæt sammenhæng mellem sygdomsopfattelser og diagnosticering. Hvad der forstås ved sygdom, vil blive udforsket i baggrundsteksten ”Hvad er sygdom?”.

Her i denne tekst vil diagnosen og dens anvendelser blive nærmere undersøgt. Diagnoser inddeles og klassificeres i systemer. I teksten beskrives de internationalt anerkendte diagnoseklassifikationer, som anvendes i dag.

Diagnoser har traditionelt primært været klinikerens område, men i takt med diagnosers udbredelse har de fået betydning også i andre dele af samfundet. Formålet med teksten vil ikke være at komme med et udtømmende bud på, hvad en diagnose er og hvordan den anvendes, men at give et billede af diagnosens anvendelse både i sundhedssektoren og i det sociale sikringssystem.

Diagnoser er et komplekst begreb. Der er mange begreber og forståelser i spil, alt efter hvilken forståelsesramme man taler ud fra, når man diskuterer ”diagnoser”. I denne tekst indgår også nogle af de begreber, man ofte forbinder med diagnoser, som fx stigmatisering.

Det skal pointeres, at denne tekst alene skal læses som en relativ kort præsentation af nogle udvalgte temaer og begreber, og således ikke indeholder en detaljeret gennemgang af disse.

# DIAGNOSEN

Diagnoser indeholder ifølge det medicinske paradigme information om årsagsforhold, sygdomsudvikling, karakteristiske symptomer, forløb, forudsigelse og behandling. Diagnosen skal således primært opfattes som et arbejdsredskab for lægen.

Diagnoser kan inddeles i klassifikationer. En klassifikation er en systematisk ordnet gruppering af fænomener med et inddelingsprincip. Dette princip skal sikre en udtømmende definition af grupper, der gensidigt udelukker hinanden. En klassifikation afgrænser og forenkler virkeligheden - og medvirker derved til at skabe overblik og systematik.

Det erklærede formål med at inddele i klassifikationssystemer er at bidrage til klinisk anvendelighed i form af klarhed og gennemskelighed i anvendelse af diagnoser som forudsætning for en rationel behandling. Derudover er formålet med de internationale diagnoseklassifikationer at udbrede anvendelsen af en ensartet klassifikation verden over, til fremme af internationalt samarbejde.

---

## DIAGNOSEKLASSIFIKATION OG DIAGNOSTICERING<sup>1</sup>

Diagnosticeringsprocessen skal afgrænse det raske overfor det sygelige og dermed udskille det behandlings- og plejekrævende. Diagnosesystemerne skal med andre ord understøtte ønsket om at kunne skelne den syge person fra den, der ikke er syg. Som det fremgår af baggrundsteksten om *Hvad er sygdom?*, definerer og justerer et samfund kontinuerligt opfattelsen af hvad der er raskt, og hvad der er sygdom. Disse opfattelser manifesteres blandt andet gennem klassifikationssystemerne.

De formelle diagnoseklassifikationer som fx ICD-10 er kategorielle deskriptive systemer. Vi tænker ofte i kategorier – et dyr, en lampe, de syge osv. Også lægevidenskaben anvender kategorier, men forudsætningen for en kategoriell tilgang er, at sygdomme er velafgrænsede størrelser. Mange sygdomsgrupper kan defineres og afgrænses i forhold til hinanden på baggrund af kendte årsagsfaktorer, men for nogle sygdommes vedkommende kan en klar afgrænsning være vanskelig, hvilket især gælder indenfor psykiatrien, da man ofte ikke har tilstrækkelig viden om årsagsforholdene til en psykisk lidelse.

Tidligere havde man i klassifikationssystemerne en ætiologisk<sup>2</sup> tilgang til de psykiske lidelser, hvor man fokuserede på patientens lidelseshistorie og den sociale kontekst omkring patientens problemer. Den ætiologiske tilgang blev med DSM-III (1980) opgivet, og man fokuserede i stedet ved inddeling i klassifikation på det aktuelle symptombillede. At man ikke i samme grad inddrog patientens livsbegivenheder blev blandt andet kritiseret for at skabe sygdomme og klassificere normale reaktioner på modgang i livet

---

1 Dette afsnit er primært baseret på Erik Simonsen og Bo Møhl (red.): *Grundbog i Psykiatri*, 2010, Hans Reitzel.

og nedtrykthed som psykisk sygdom. I klassifikationssystemerne for psykisk lidelse anvendes i dag dels en ætiologisk baseret inddeling (organiske lidelser og fx tilstande forårsaget af misbrug) og dels en syndromatisk baseret inddeling på baggrund af en beskrivelse af et sæt af sammenhængende symptomer (dvs. klassifikation ud fra symptomkonstellationer). Psykiatriens klassifikationssystem kan dermed betegnes som en deskriptiv klassifikation, der er helt overvejende baseret på de symptomer, patienten oplever og beskriver.

Ved klassifikation kan anvendes prototyper. Ved en prototype forstår man en beskrivelse af den mest typiske patient med den pågældende lidelse. De prototypiske beskrivelser bliver en slags standard, over for hvilken virkelige patienter skal vurderes.

Et klassifikationssystem kan også bygge på polytetiske principper for klassifikation. Disse principper betyder, at patienten får en diagnose, hvis et nærmere angivet antal diagnostiske kriterier er opfyldt. Et supplement hertil kan være et tidsligt aspekt (varighedskriterier), der angiver en minimum sammenhængende periode, hvori personen skal have oplevet symptomerne.

En deskriptiv tilgang til diagnoser i klassifikationssystemer, som baserer sig på symptomer, kan gøre det vanskeligt at finde det rette punkt, som adskiller syg fra rask, og der er kommet stadig større opmærksomhed på nødvendigheden af at vurdere såvel sværhedsgraden af symptomer som graden af funktionspåvirkning.

Efter ICD-10 kan man bruge hoved- og bidiagnoser ved samtidig tilstedeværelse af to syndromer (eller mere).

Diagnoser registreres og indberettes til Landspatientregistret.<sup>3</sup> Der anvendes forskellige diagnosearter. En såkaldt "aktionsdiagnose" er den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante forløb, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Hvis patienten har flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse og behandling, må den diagnose, som vurderes som den alvorligste også for prognosen på længere sigt, betragtes som aktionsdiagnosen.

Diagnoser, der udover aktionsdiagnosen supplerer beskrivelsen af patientkontakten, anføres som bidiagnoser. Det kan være en eventuel tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt og/eller øvrige relevante diagnoser for den aktuelle kontakt.

Den diagnose, som fremgår af henvisningen, registreres som en henvisningsdiagnose. Der kan tillige anvendes midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose), der anvendes som hypotese i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb.

---

2 Inden for lægevidenskaben læren om sygdommes årsager.

3 Se Sundhedsstyrelsen, *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*, 2001, afsnit 4.

### ICD-SYSTEMET

Et internationalt anerkendt diagnoseklassifikationssystem (under WHO) kendes først efter 2. verdenskrig. I 1948 udvidede WHO sin dødsårsagsklassifikation, som siden 1900 var blevet internationalt udbredt. Klassifikationen blev dermed udvidet for 6. gang og skulle nu indeholde alle sygdomme og årsager til sygelighed og dødelighed. ICD-6 fik navnet: The International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Klassifikationen er siden revideret flere gange.

ICD står i dag for International Classification of Diseases. ICD-systemet hører under WHO og er det internationale system, som helt overvejende bliver brugt i Europa, Asien og Afrika. Systemet er udviklet på baggrund af konsensusbeslutninger, hvor man har taget hensyn til de forskellige landes interesser. I Danmark er det officielle anvendte diagnose-system WHO's ICD-10, som blev taget i brug i 1994. ICD-10 indeholder (i modsætning til DSM-5, se nedenfor) samtlige sygdomme og helbredsrelaterede lidelser.

ICD-10 har en hierarkisk struktur på den måde, at nogle diagnoser udelukker andre. Hver diagnose har en kombineret bogstal-tal-kode til brug for registrering og opgørelser. De psykiatriske diagnoser findes i ICD-10, kapitel V. Bogstavet for psykiatriske diagnoser er F. F-gruppen er inddelt i 10 hovedgrupper (F00-99). Diagnoser med organisk/fysisk årsag har i klassifikationen de laveste numre (F0 og F1). Herefter følger sygdomme inden for psykosespektret og det affektive spektrum (stemningssygdommene). Senere kommer de ikke-psykotiske lidelser, der ofte er stress-relaterede (angst, belastning m.v.), og herefter afsnittet om personlighedsforstyrrelser. Hierarkiet indebærer, at sygdomme først i hierarkiet kan have symptomer (fx hallucinationer), som sygdomme sidst i hierarkiet (som fx ADHD) ikke har – men ikke omvendt. Hvis symptomer passer på flere sygdomme, kan man først stille en diagnose i de øvre numre, når man har udelukket, at det fx drejer sig om organiske sygdomme med samme symptomer.

Der er forskelle mellem ICD og DSM-systemerne (se nedenfor), men det er mere på et overordnet plan. Forskellene er ofte ret få for de enkelte diagnosers vedkommende (det kan fx være varighedskriterier, der er forskellige). ICD indeholder heller ikke alle de diagnoser, der indgår i DSM. ICD-10 findes i en forkortet udgave til brug for en enklere klassifikation i almen praksis.

### DSM-SYSTEMET

I 1952 udgav den amerikanske psykiaterorganisation APA (American Psychiatric Association) den første udgave af DSM. DSM var oprindeligt udviklet med henblik på anvendelse til forskning, men i den seneste udgave er der tillige lagt vægt på den kliniske anvendelse.

DSM er en forkortelse for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, og er det amerikanske diagnose- og klassifikationssystem for psykiske forstyrrelser, og de kriterier der skal være opfyldt, for at hver enkelt diagnose kan stilles. DSM-5 blev udgivet i 2013. DSM bliver anvendt i Nord- og Sydamerika. Næsten al international forskning følger DSM-systemet.

DSM er – som ICD – hierarkisk opbygget på den måde, at nogle diagnoser udelukker andre. DSM's struktur er til forskel fra ICD multiaksial, og involverer en vurdering på flere akser, med hvert sit informationsdomæne, som kan hjælpe klinikerne med at planlægge

behandling og forudsige et resultat. DSM-5 fokuserer som en ændring i systemet på en dimensional komponent i klassifikationen, og psykiatriske diagnoser ses i højere grad end tidligere som et spørgsmål om grad og ikke enten-eller. Dvs. hvor man i tidligere udgaver så diagnoserne primært som kategorier (enten har du en diagnose, eller også har du ikke), så prøver man i DSM-5 at beskrive grader (lidt, noget eller meget, fx autisme).

I DSM-systemet er antallet af kategorier vokset støt (fra omkring 100 sider i DSM-I til knap 1000 sider i DSM-5). Særligt andelen af forskellige psykiatriske diagnoser baseret på afvigende adfærd er steget markant i de seneste udgaver af DSM. Nogle påpeger, at når antallet af kategorier går op – samtidig med at anvendelse af dimensioner gør, at selv mennesker med en meget lav grad af symptomer kan få en diagnose – så vil normalitetsbegrebet tilsvarende blive indsnævret. Kritikere af denne udvikling peger blandt andet på, at også økonomiske interesser er i spil ved en sådan udvidelse af klassifikationsystemerne, da både den amerikanske medicinalindustri og sygeforsikringselskaber har interesser i at øge antallet af mennesker, der får udskrevet medicin og som følge af en diagnose er berettiget til hjælp (se om medikalisering senere).

### ICF-SYSTEMET

WHO har i forbindelse med ICD-klassifikationen videreudviklet og udarbejdet en model, der kaldes ICF, hvilket står for International Classification of Functioning, Disability and Health. Den udkom på dansk i slutningen af 2003 som ”International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand”.<sup>4</sup> ICD og ICF er to komplementære WHO klassifikationer, som tilsammen forsøger at repræsentere et mere dækkende billede af patientens helbredstilstand.

ICF-systemet forsøger at integrere både fysiske, psykiske og sociale problemområder, og er tiltænkt som en referenceramme og som redskab, der kan bruges til beskrivelse af funktionsevnen i et helhedsperspektiv på tværs af faggrupper og sektorer. ICF rummer ifølge den danske vejledning et nyt paradigme, der anskuer funktionsevne i et bredt og dynamisk perspektiv, hvilket forventes at få betydning for, hvordan indsatser overfor personer med nedsat funktionsevne kommer til at udvikle sig i fremtiden.

ICF flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet. Målet for anvendelse af ICF er at forsøge at forstå patienten som et helt menneske. Helbredet ses her i relation til funktionsevnen og ikke som en isoleret tilstand og bliver også associeret med personlige faktorer (det psykiske aspekt) og omgivelsesfaktorer (det sociale aspekt). ICF klassificerer ikke personer, men beskriver en persons funktionsevne i sammenhæng med den kontekst, personen lever i.

---

4 Sundhedsstyrelsen, *ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis*, 2005.

# DIAGNOSERS ANVENDELSE

Der er ingen tvivl om, at diagnoser anvendes i langt større udstrækning end for blot få årtier siden. Der ses en stigning i både antallet af diagnoser i de internationalt anerkendte diagnoseklassifikationer, og indenfor visse diagnoser ses en øgning i antal af diagnosticerede personer. Kriterier for fx tidsintervaller inden diagnosticering ændrer sig, ligesom også lave grader af forstyrrelser kan diagnosticeres. Et eksempel er, at depressive symptomer i forbindelse med en sorgreaktion i nyeste udgave af DCM kan blive defineret som en sygelig tilstand efter blot to uger.

Diagnosesystemer skal medvirke til at sikre en ens og objektiv diagnosticering, som, så vidt det overhovedet er muligt, skal være uafhængig af kulturelle normer og de forskellige behandleres holdninger og forudsætninger. Diagnosticering ved hjælp af skemaer og afkrydsning af symptomer giver mere ensartethed i diagnosticering, men kritikere af sådanne processer anfører, at man her meget nemt kan overse, at diagnosticering netop er en kompliceret proces og i sidste ende beror på en klinisk vurdering, der skal inddrage og rumme patienten som hel person i dennes konkrete livssituation.

---

## SUNDHEDSVÆSENET

I sundhedsvæsenet anvendes diagnoser på mange måder.

### KLINISK BRUG

Klinikerne anvender diagnostiske begreber og systemer som et led i deres professionelle virke. Klinikerne anvender diagnosen som grundlag for beslutninger om behandling, og formodning om tilstandens forløb, prognose m.v. Diagnosens kliniske anvendelighed vil afhænge af flere faktorer, blandt andet af den evidens der foreligger omkring den konkrete sygdom. Men den afhænger også af klinikerens egen viden, forudsætninger og præferencer. Det er klinikerens ansvar, at patienten placeres i den rette kategori og får den rette behandling. Den enkelte sundhedsperson har efter lovgivningen pligt til at udvise ”omhu og samvittighedsfuldhed”.<sup>5</sup> Der er i lovgivningen ikke fastsat krav om, at en lægefaglig vurdering kun må foretages, såfremt lægen enten har haft adgang til patientens sygejournal eller har mødt den pågældende patient. Afgørende er, om lægen har udvist omhu og samvittighedsfuldhed ved sin faglige vurdering af patienten.<sup>6</sup>

### PATIENTRETTIGHEDER

Sundhedslovgivningen har bestemmelser, der giver patienter ret til udredning på sygehus inden for én måned – den såkaldte ”udredningsret”. Dette betyder, at bopælsregionen har pligt til at udrede patienter inden for 30 dage efter, at de er henvist til udredning på sygehus, hvis dette er fagligt muligt. Hvis det ikke er fagligt muligt at udrede

---

5 Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, § 17.

6 Svar på spørgsmål nr.817, til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg, Alm. del, 2014-15



patienten inden for denne tidshorison, har regionen pligt til inden for samme måned at udarbejde en plan for det videre udredningsforløb.<sup>7</sup>

Efter sundhedsloven skal patienten inddrages i behandlingsovervejelser. Inden undersøgelse og behandling kan iværksættes, skal patienten give sit informerede samtykke hertil.<sup>8</sup> Dette indebærer, at patienten skal have relevant information, og på baggrund af denne information og i dialog med lægen skal patienten beslutte, om undersøgelse/behandling skal iværksættes. Lovgivningen indeholder ikke regler om patienters medinddragelse ved fastsættelse af diagnose.

Ifølge sundhedsloven<sup>9</sup> skal et sygehus tilbyde en eller flere kontaktpersoner til patienter, der modtages til ambulant behandling eller behandling under indlæggelse, når behandlingsforløbet strækker sig over mere end to dage. Hvis det skønnes, at patienten har et særligt behov for en kontaktperson, skal tilbud om kontaktperson gives, uanset behandlingsforløbet kun strækker sig over 1-2 dage. Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, der medvirker ved behandlingen af patienten. Formålet med ordningen er at sikre en øget kvalitet og koordinering i sygehusvæsenet.

#### **PATIENTJOURNALER M.V.**

Alle autoriserede sundhedspersoner har pligt til at føre journal over deres virksomhed. Formålet med at føre journal er først og fremmest at sikre et grundlag for fortsat forsvarlig behandling. Journalen har herudover altid den funktion, at den dokumenterer den givne behandling, og den kan dermed være af stor betydning i klagesager, i erstatnings-sager, i sager om pension og dagpenge og sager af politimæssig interesse. Journalen er også et vigtigt informationsgrundlag for patienten.<sup>10</sup>

Ansvar for journalføring påhviler den enkelte sundhedsperson. Omfattet af journalføringspligten er blandt andet ”diagnose eller sundhedsfagligt skøn om sygdommens art”.<sup>11</sup>

Journalens optegnelser må ikke slettes eller gøres ulæselige. Eventuelle fejl i journalen skal rettes i form af tilføjelser til journalen. Journalen skal som udgangspunkt opbevares i mindst 10 år efter seneste tilføjelse.<sup>12</sup>

#### **FORSKNINGSBRUG**

Forskere har først og fremmest brug for et system, der sikrer pålidelig diagnostik og kategorisering, som de kan koble til empirisk baseret viden. Ved at gruppere og afgrænse diagnosegrupper kan forskere studere den enkelte sygdoms årsagsforhold og symptomer, udløsende faktorer samt sygdommens forløb og reaktion på forskellige behandlingsformer. ICD-systemet har en version til klinisk brug og en version til forskningsbrug. DSM-systemet er primært et klassifikationssystem beregnet til forskningsbrug.

---

7 Sundhedslovens § 82 b.

8 Sundhedslovens §§ 15-16.

9 Sundhedslovens § 90 a.

10 Se Mette Hartlev m.fl.: *Sundhed og jura*, s. 111-113, 2013, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

11 Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, § 10, stk. 2, litra d.

12 Autorisationsloven §§ 24 og 25.

### ADGANG TIL SUNDHEDSVÆSENETS YDELSER

Retten til at blive behandlet, når man er syg, er en grundlæggende rettighed i et velfærdssamfund som det danske. I den danske lovgivning er patienters ret til behandling imidlertid ikke særligt eksplicit.

Diagnoser anvendes blandt andet som adgangsbillet til forskellige former for specialiseret behandling på sygehuse. Diagnose ses her som resultatet af den faglige udredning, så der kan tilbydes en relevant behandling på et fagligt forsvarligt grundlag – på det rette sted og niveau i sundhedsvæsenet. Diagnosen giver dog ikke patienten en ret til bestemte behandlinger. Som udgangspunkt har den enkelte patient således ikke noget retskrav på selv at bestemme indholdet af de ydelser, der tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen. Patienten skal inddrages i behandlingsovervejelserne, og patientens ønsker til behandlingen skal tillægges vægt. Men det er sundhedspersonen, der, ud fra sin fagkundskab, vurderer, hvilken behandling, der vil være den bedste til behandling af patientens sygdom (diagnose) og træffer den endelige beslutning om, hvilke ydelser den enkelte patient skal tilbydes.<sup>13</sup>

Hvis en borger med bopæl i Danmark føler sig syg, kan man som gruppe 1-sikret vederlagsfrit opsøge en alment praktiserende læge. For de fleste specialers vedkommende gælder et krav om, at man skal have en henvisning fra en alment praktiserende læge, før man kan få en vederlagsfri konsultation hos en praktiserende speciallæge. Det er herefter den visiterende sundhedsperson, der afgør, om patienten skal tilbydes yderligere undersøgelser, behandling mv. Læger i praksissektoren er således borgernes første kontakt til sundhedsvæsenet og har i Danmark en nøglerolle som ”gatekeeper”, der vurderer, om patienten skal henvises til et mere specialiseret niveau.

### NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER OG PAKKEFORLØB

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige retningslinjer for udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper. Det er Sundhedsstyrelsen, som øverste faglige myndighed for sundhedsvæsenets praksis, der udarbejder nationale kliniske retningslinjer for i alt 50 områder.<sup>14</sup> Områderne er ifølge Sundhedsstyrelsen udvalgt efter indsatsområder, hvor der er tvivl om evidensen bag indsatser, hvor praksis varierer betydeligt i og mellem regioner og kommuner, hvor der er skred i indikationer, hvor der er nye teknologier, eller hvor dansk praksis afviger fra international praksis.

Om de nationale retningslinjer skriver Sundhedsstyrelsen,<sup>15</sup> at de er baseret på videnskabelig evidens og den bedste praksis, og formålet med dem er at understøtte en ensartet indsats på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren – uanset hvor i landet patienten bor.

---

13 Mette Hartlev m.fl.: *Sundhed og Jura*, s. 230, 2013, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

14 Nationale kliniske retningslinjer er udviklet eller godkendt i regi af Sundhedsstyrelsen, mens landsdækkende kliniske retningslinjer er udviklet i klinisk praksis eller i regi af faglige selskaber/sammenslutninger.

15 Se [www.sst.dk](http://www.sst.dk) om nationale kliniske retningslinjer.

Nationale kliniske retningslinjer er faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og ved uoverensstemmelse mellem forskellige kliniske retningslinjer vil det altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Begrebet ”pakkeforløb” blev indført i 2007 på baggrund af et stigende fokus på det sammenhængende patientforløb i form af forløbsprogrammer og pakkeforløb. Forløbsprogrammer bruges til at beskrive indsatsen i forhold til patienter med kronisk sygdom, mens et pakkeforløb bruges til beskrivelse af et patientforløb for patienter med livstruende sygdomme.

Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte begivenheder er lagt til rette med faste krav til tidspunkter og indhold, og som i udgangspunktet følger et på forhånd booket forløb – fra begrundet mistanke om sygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger og rummer derudover også oplysninger om, hvor lang tid der må gå mellem de forskellige faser af udredningen. Pakkeforløbene beskriver desuden, hvor sundhedspersoner undervejs i forløbet skal give information til patienterne. Pakkeforløb har til formål ”at forbedre patienternes prognose, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag.”<sup>16</sup>

Det kliniske indhold i de enkelte pakkeforløb er udarbejdet af multidisciplinære kliniske arbejdsgrupper, og er ifølge Sundhedsstyrelsen baseret på de eksisterende og senest opdaterede kliniske retningslinjer.

Om sammenhængen mellem en klinisk retningslinje og patientforløbsbeskrivelser<sup>17</sup> kan anføres, at en klinisk retningslinje har fokus på anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, mens patientforløbsbeskrivelser har fokus på det sammenhængende patientforløb/patientens vej gennem sundhedsvæsenet. Kliniske retningslinjer bruges i det daglige kliniske arbejde og giver konkret vejledning og beslutningsstøtte i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient, mens en patientforløbsbeskrivelse beskriver et standard patientforløb og beskriver planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet.

#### **ADMINISTRATION, PLANLÆGNING M.V.**

Diagnoser registreres i vidt omfang i centrale systemer. Flere steder i lovgivningen er fastsat pligt til indberetning til de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut).

Et eksempel er sundhedslovens § 195, hvor det pålægges regioner, kommuner og de privatpraktiserende sundhedspersoner og private klinikker m.v. at give oplysninger om deres virksomhed. Af landsdækkende registreringer indeholdende diagnoser kan nævnes

---

16 Se [www.sst.dk](http://www.sst.dk) om pakkeforløb på kræftområdet.

17 Se Sundhedsstyrelsens notat af 15. juni 2009 om sammenhæng mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser.

Landspatientregistret. Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusevæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, registrerer sygehusene en række oplysninger om patientens kontakt med sygehuset til Landspatientregistret. Oplysningerne kan eksempelvis beskrive, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt eller kan beskrive patientens diagnoser, undersøgelser, behandlinger, operationer m.v. Patienten skal ikke samtykke til denne registrering.

Alle disse oplysninger samles som data i Landspatientregistret, der administreres af Statens Serum Institut. Det meget omfattende register er brugbart i mange forskellige sammenhænge, blandt andet som grundlag for administration (opgørelse af det samlede sygehusforbrug for regioner og kommuner) og planlægning (overvågning af sygdomme og behandlinger og følge aktiviteter på de enkelte behandlingssteder).

Persondataloven opstiller krav til behandling af personfølsomme oplysninger, og i loven angives en række grundlæggende principper, som skal være opfyldt ved enhver persondatabehandling. Datatilsynet skal sikre overholdelsen af disse principper og betingelser.

Registrering af diagnoser i nationale sundhedsregistre kan blandt andet anvendes ved kortlægning af sygdommes forekomst og behandlingsindsatser. Et eksempel er Cancerregisteret, hvor alle nydiagnosticerede tilfælde af cancer i Danmark registreres. Dette register indeholder informationer om kræfttilfælde og andre anmeldelsespligtige sygdomme i Danmark siden 1943. Formålet med registeret er at indsamle og opbevare oplysninger til:

- Udarbejdelse af statistik vedrørende kræftsygdommenes forekomst
- Forskning i kræftsygdommes årsager og forløb
- Analyse af kræftsygdommenes forekomst med henblik på planlægning i sundhedsvæsenet.

### **YDELSESREGISTRERING**

Ydelser i det danske sygehussystem honoreres efter de såkaldte DRG-takster, som beregnes årligt af Statens Serum Institut for henholdsvis stationære og ambulante patienter på det somatiske og psykiatriske område. Diagnoserne tjener her som redskab til at vurdere, hvor mange penge sygehusene skal have.

DRG-systemets takster anvendes af regionerne i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen (mellem-regionale patienter), ved opgørelsen af den kommunale medfinansiering og fordelingen af den statslige aktivitetspulje samt til udregningen af regionernes bloktilskud. Systemet anvendes desuden som redskab til at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse.

DRG står for "diagnoserelaterede grupper" og udtrykker sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe. Taksterne bliver beregnet ved at koble den faktiske aktivitet og omkostningerne. De beregnede DRG-takster afspejler de gennemsnitlige omkostninger på landsplan.

Grupperingen i DRG-systemet bliver valideret i tæt samarbejde med de kliniske selskaber, og sker oftest på baggrund af oplysninger om diagnoser, eventuelle kirurgiske- og/eller behandlingsprocedurer, køn, alder og udskrivningsmåde.

---

## DET SOCIALE SIKRINGSSYSTEM

Det sociale sikringssystem anvender også sygdomsdiagnoser. Viden og forståelse af, hvad den konkrete diagnose indebærer for borgeren, har stor betydning for den hjælp og støtte, der bevilges.

### SYGEDAGPENGE

Hvis en person bliver ude af stand til at arbejde, afgøres det efter lov om sygedagpenge, om den pågældende har ret til økonomisk hjælp fra kommunen i form af sygedagpenge.

Om betingelserne for at modtage sygedagpenge anføres i lovens § 7:

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.

I loven stilles krav til både den syge selv og til kommunen.

### DOKUMENTATION

Den sygemeldte har pligt til dokumentation overfor sin arbejdsgiver. Loven fastslår, at arbejdsgiver kan forlange en lægeerklæring, en såkaldt mulighedserklæring, af en lønmodtager ved kortvarigt, ved gentaget og ved langvarigt sygefravær.

Kommunen kan ligeledes forlange yderligere dokumentation af den sygemeldte, når det skønnes nødvendigt, og der ikke allerede foreligger en egnet erklæring eller andre tilstrækkelige lægelige oplysninger i form af journaludskrift fra sygehus eller klinik, erklæring fra skadestue m.v.

Ved langvarig sygdom rekvirerer kommunen en lægeattest fra den sygemeldtes praktiserende læge. Denne lægeattest skal indeholde ”lægens vurdering af den sygemeldtes muligheder for at arbejde og eventuelle behov for skånehensyn”.<sup>18</sup>

### VISITATION

Sygemeldte borgere kan af kommunen visiteres i forskellige kategorier alt efter, hvornår raskmelding kan forventes.

Særligt vanskelige situationer angives som kategori 3:

- Hvor en fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag.
- Hvor der ud over de helbredsmæssige forhold er andre udfordringer i forhold til den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejde, herunder sociale forhold.
- Hvor der vurderes at være behov for at iværksætte en tværfaglig indsats.

I disse situationer skal kommunen udpege en gennemgående og koordinerende sagsbehandler til en sygemeldt.

#### **BORTFALD AF SYGEDAGPENGE**

Retten til sygedagpenge kan bortfalde af flere grunde. Blandt andet ” så længe den sygemeldte mod lægens opfordring afviser at lade sig indlægge på sygehus eller modtage nødvendig lægebehandling, jf. dog § 21 a, eller mod lægens eller kommunens opfordring afviser at deltage i hensigtsmæssig optræning for at genvinde arbejdsevnen, eller hvis den sygemeldte ved sin adfærd forhaler helbredelsen”.<sup>19</sup>

**§ 21 A** I en forsøgsperiode fra den 1. juli 2014 til og med den 30. juni 2016 skal kommunen, hvis den sygemeldte afviser at modtage lægebehandling, indhente en vurdering fra regionens kliniske funktion, §§ 13-15 i lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v., af, om en anden behandling kan anbefales.

**STK. 2** Har regionens kliniske funktion vurderet, om en anden behandling kan anbefales, jf. stk. 1, kan det i forsøgsperioden ikke tillægges betydning for den sygemeldtes ret til sygedagpenge, at den sygemeldte afviser at modtage lægebehandling, herunder den lægebehandling, som måtte være anbefalet af regionens kliniske funktion.

**STK. 3** Ønsker den sygemeldte ikke at medvirke til, at sagen forelægges regionens kliniske funktion, træffer kommunen afgørelse om, at den sygemeldtes ret til sygedagpenge bortfalder, så længe den sygemeldte afviser at modtage lægebehandling, jf. § 21, stk. 1, nr. 2, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Sygedagpengene kan blandt andet ophøre – uanset den sygemeldte ikke har meldt sig rask eller genoptaget arbejdet - når den sygemeldtes helbredstilstand er blivende, og kommunen efter en individuel, konkret vurdering af personens arbejdsevne skønner, at den sygemeldte ikke er berettiget til revalidering, ressourceforløb eller visitation til fleksjob eller førtidspension.

---

19 Lovens § 21

### **FØRTIDSPENSION**

Førtidspension kan tilkendes personer med nedsat erhvervsevne.<sup>20</sup> En reform om førtidspension trådte i kraft 1. januar 2013. Med de nye regler skal en person som udgangspunkt have deltaget i mindst et ressourceforløb inden tilkendelse af førtidspension. Samtidig følger det af de nye regler, at alle sager om tilkendelse af førtidspension skal forelægges rehabiliteringsteamet, inden kommunen kan træffe afgørelse om tilkendelse af førtidspension. Personer under 40 år skal som udgangspunkt ikke have tilkendt førtidspension.

For at tilkende pension på et helbredsmæssigt grundlag, er det en betingelse, at arbejdsevnen er varigt nedsat. Endvidere skal nedsættelsen af arbejdsevnen være af et sådant omfang, at borgeren uanset mulighederne for støtte efter den sociale eller anden lovgivning, herunder beskæftigelse i fleksjob, ikke vil være i stand til at blive selvforsørgende ved indtægtsgivende arbejde.

### **VURDERINGSFORLØB**

Før en førtidspensionssag kan tilkendes, stilles der krav om, at ansøgeren har været igennem et forudgående ressourceforløb, hvor pågældende er forsøgt hjulpet tilbage til eller ind på arbejdsmarkedet.

Det er kommunen, der efter en konkret vurdering beslutter, hvilke oplysninger der er nødvendige til belysning af ansøgers helbredsforhold. Det er endvidere kommunen, der selvstændigt vurderer de helbredsmæssige oplysningers betydning for pensionssagen. Kommunens bedømmelse forudsætter, at personens helbredsforhold er grundigt undersøgt og velbeskrevet - typisk af en læge eller andre fagfolk. Kommunen skal som en del af rehabiliteringsplanens forberedende del indhente den praktiserende læges vurdering af borgerens helbred i forhold til at kunne arbejde. Lægens vurdering skal foretages på baggrund af en konsultation med borgeren.

Et rehabiliteringsteam bestående af et tværfagligt team kommer med anbefalinger til det videre forløb.

### **PENSIONSTILKENDELSE**

Kommunen kan træffe afgørelse om, at sagen overgår til behandling efter reglerne om førtidspension, når det er dokumenteret, eller det på grund af særlige forhold er helt åbenbart, at borgerens arbejdsevne ikke kan forbedres ved deltagelse i ressourceforløb eller aktiverings-, revaliderings- og behandlingsmæssige eller andre foranstaltninger. Det er en betingelse for, at en sag kan overgå til behandling efter reglerne om førtidspension, at sagen har været forelagt kommunens rehabiliteringsteam. Det anføres i vejledning om førtidspension, at sagen skal være tilstrækkeligt belyst, herunder tilstrækkeligt lægeligt belyst, førend der træffes afgørelse om førtidspension. De helbredsmæssige oplysninger og beskrivelsen heraf skal være fyldestgørende og præcise. Der skal redegøres nærmere for diagnose, herunder det undersøgelsesmateriale, diagnosen hviler på. Sygehistorien skal gennemgås grundigt med oplysning om tidligere foretagne undersøgelser og resultaterne heraf. Der skal endvidere foreligge

---

20 Lov om social pension

nærmere oplysninger om de behandlingsforsøg, der er foretaget for at bedre tilstanden, resultaterne heraf samt oplysninger om igangværende behandlinger.

Lægeerklæringerne skal udelukkende indeholde relevante oplysninger og beskrivelse af ansøgerens helbredsmæssige forhold. Det er ifølge vejledningen den praktiserende læges/speciallæges opgave at undersøge ansøgeren og udarbejde en erklæring. Det er hverken den praktiserende læge eller speciallæges opgave at vurdere, hvorvidt den pågældende er berettiget til pension. Det er heller ikke den praktiserende læges/speciallæges opgave at vurdere, i hvor høj grad erhvervsevnen ud fra en helhedsvurdering er nedsat. Det er alene pensionsmyndigheden, der ud fra alle oplysningerne i sagen skal vurdere pågældendes erhvervsevne og eventuelle berettigelse til pension.

Om ansøgers medvirken anføres i vejledningen, at kommunen kan anmode ansøgeren om at medvirke til at få de oplysninger frem, som er nødvendige for at afgøre hvilken hjælp, den pågældende er berettiget til, ligesom kommunen kan anmode ansøgeren om at lade sig undersøge og behandle hos en læge. Ansøgeren kan dog ikke mod sin vilje undergives nogen undersøgelse eller behandling, der kan medføre fare for liv eller førlighed. Hvis ansøgeren ikke ønsker at medvirke, er udgangspunktet, at dette ønske skal respekteres, men konsekvensen kan være, at ansøgeren på grund af manglende oplysninger får afslag på sin ansøgning om pension.

I sager om førtidspension indhentes ofte lægeerklæringer som dokumentation for helbredets indvirkning på arbejdsevnen. Det kan være, at kommunen ikke er enig i den undersøgende læges konklusion om borgerens funktionsevne i forhold til forskellige arbejdsfunktioner. I sådanne tilfælde kan kommunen redegøre for sin vurdering og anføre en faglig forklaring som fx begrundet, hvorfor kommunen ikke finder det dokumenteret, at erhvervsevnen er varigt nedsat på trods af det beskrevne funktionstab. Kommunen kan også pege på, hvorfor borgeren på trods af det beskrevne funktionstab fortsat kan udføre konkret angivne arbejdsfunktioner. Alternativt kan kommunen vælge at indhente yderligere dokumentation fx ved arbejdsprøvning eller en ny lægeerklæring.



# MEDIKALISERING, PATOLOGISERING OG STIGMATISERING

---

## MEDIKALISERING

Som beskrevet er det sket en gradvis udvikling i samfundet, der går i retning af, at der sker en stigning i antallet af diagnosekategorier, samt at der indenfor visse sygdomme ses en øgning i antallet af personer, der diagnosticeres, og for nogle diagnosers vedkommende ses et markant øget medicinforbrug.

Man taler om medikalisering som udtryk for en samfundsmæssig proces, hvorunder forskellige menneskelige livsproblemer bliver til et medicinsk anliggende.

Lotte Hvas diskuterer i en oversigtsartikel begreberne ”sygeliggørelse” og ”medikalisering”.<sup>21</sup> Hun citerer forskellige forfattere, herunder Conrad og Schneider, der i 1980 lavede en tredelt definition af medikalisering:

**Begrebsligt** betyder medikalisering inddragelse af ikke-medicinske tilstande og problemer under medicinsk klassifikation og dermed legitimation af medicinsk behandling. Som generelle eksempler kan nævnes børns hyperaktivitet, andre psykiske karakteristika, fedme, alkoholisme, fødsler, prævention, alderdom.

**Behandlingsmæssigt** betyder medikalisering, at almenmenneskelige tilstande, som de nævnte og andre (fx sorg, stress) behandles af læger med typisk medicinsk teknologi. Der er mange eksempler på, at udviklingen af medicinsk teknologi medfører behandlingsmuligheder for tilstande, der efterfølgende gøres til medicinske diagnoser.

**Institutionelt** betyder medikalisering, at adgangen til sociale, pædagogiske, retslige eller administrative ydelser gøres afhængige af medicinsk diagnostik og henvisning. Som eksempel kan nævnes store dele af det sociale ydelsessystem, endvidere socialpædagogiske hjælpeforanstaltninger, adgang til at drive bestemte erhverv eller funktioner, til tekniske hjælpemidler, til adoption, til forsikringsydelser, til særlige afstraffelsesformer.

---

## PATOLOGISERING

Patologisering som begreb går videre, idet udtrykket ikke blot peger på, at noget bliver et medicinsk anliggende, men at det decideret bliver opfattet som sygdom. Udtrykket anvendes, når fx sociale problemer, adfærdsmæssige udsving eller livets almindelige op- og nedture bliver til symptomer på sygdom. Med andre ord at noget, der tidligere blev opfattet som et almindeligt menneskeligt problem, gøres til en sygdomstilstand.

---

21 Sygeliggørelse og ”medikalisering”, i Videnskab og praksis, *Ugeskrift for Læger*, 1999, 161/42, s. 5783-5785

Det anføres af flere kritikere af det, man anser som en stigende patologisering i samfundet, at hvor den lægefaglige diskurs tidligere udgik fra sondringen mellem syg og rask, har dette ændret sig til en diskurs om modsætningen mellem sund og usund. En udbredt form for patologisering er den såkaldte **risikopatologisering**, hvor det usunde sygeliggøres ud fra rene risikokalkuler og ikke ud fra oplevet sygdom.<sup>22</sup> Man patologiseres altså ud fra en særlig individuel modtagelighed for sygdom. Svend Brinkmann skriver i bogen *Det diagnosticerede liv* om forskellige former for patologiseringsprocesser. Han beskriver blandt andet, hvordan risikopatologiseringen (ifølge Rose) kan have ”to ansigter”; på den ene side muliggøres en særlig opmærksomhed over for individers sårbarheder, og på den anden side kan det føre til diskrimination, hvis personer identificeres med deres risici for udvikling af uønskede tilstande, som muligvis aldrig bliver en realitet.

Udover risikopatologisering beskriver Svend Brinkmann yderligere tre andre typer af patologiseringsprocesser, som han finder har betydning i dag.<sup>23</sup> Udover det han benævner som stigmatiserende patologisering, taler han om selvpatologisering og afpatologisering:

**Stigmatiserende patologisering** defineres som ”en proces, hvor et individ ”brændemærkes” som psykisk syg af en magtfuld autoritet med henblik på at afskære dette individ fra at opnå bestemte samfundsmæssige positioner eller fordele”. Stigmatisering som fænomen beskrives nærmere i det følgende afsnit.

**Selvpatologisering** er en proces, hvor individer aktivt søger at blive klassificeret som syge. Patientgrupper indgår i en kamp for anerkendelse, hvor oplevet lidelse og funktionshæmning først opfattes som legitim i det øjeblik, hvor den anerkendes som en egentlig patologi, og ikke som udtryk for hypokondri eller et forsøg på at opnå sociale goder. Der kan være flere grunde til selvpatologiseringsprocesser. Sociale ydelser, anerkendelse og tildeling af kompensation kan ligge bag ønsket om patologisering, men et ønske om at få sin adfærd eller personlighed klassificeret som patologisk kan også have til formål at gøre tilstanden til genstand for potentiel intervention og forbedring.

**Afpatologisering** er ifølge Svend Brinkmann en af de vigtigste patologiseringsprocesser i dag. Begrebet kan bruges om individers eller gruppers forsøg på at få omgjort, hvad de opfatter som uretmæssig patologisering af deres adfærd eller egenskaber. Et eksempel er homoseksualitet, som tidligere indgik i klassifikationssystemerne DSM og ICD som en psykiatrisk diagnose. Der findes også eksempler på forsøg på afpatologiseringsprocesser, som i manges øjne er illegitime, fx alvorlige former for spiseforstyrrelser, der af grupper af unge (piger) søges afpatologiseret som ”livsstilsvalg”.

22 Se bl.a. Svend Brinkmann: kapitel 1 ”Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nu” og kapitel 13 ”Patologiseringens former: En kartografi over nutidens patologiseringsprocesser” i Svend Brinkmann (red.): *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*, 2010,

23 Svend Brinkmann: ”Patologiseringens former: En kartografi over nutidens patologiseringsprocesser”, i Svend Brinkmann (red.): *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*, s. 276-284.

Ifølge Svend Brinkmann kan patologiseringsprocesser være både legitime og illegitime, og man må i hvert konkrete tilfælde undersøge og vurdere, om en patologisering er frugtbar – eller det modsatte:

*Ofte er patologisering jo også et resultat af en humanistisk tænkning, der søger at undgå, at individer skal føle ansvar for noget, som de reelt ikke har ansvar for – netop fordi de er syge.<sup>24</sup>*

---

## STIGMATISERING

Nogle diagnoser er der knyttet en vis stigma til. Stigmatisering er især et problem ved diagnoser indenfor det psykiatriske og det psykosomatiske felt, men også en del somatiske sygdomme og tilstande omgives af fordomme.

”Stigma” kommer fra græsk og betyder mærke. Sprogligt har ordet ”stigma” i dag både en konkret betydning som ”mærke efter sår” og en overført betydning som et ”socialt stempel”.

Stigma og stigmatisering består af to fundamentale elementer: en udpegning eller afgrænsning (stigma), og en proces med konsekvent devaluering af personen (stigmatisering). Stigmatisering har således baggrund i de stereotype opfattelser, man tillægger alle personer, som tilhører en bestemt gruppe eller har en bestemt adfærd eller egenskab.

Stereotyper opstår gennem social kategorisering. Når forestillingen om et menneske alene bliver dannet ud fra den kategori, som vedkommende tilhører og ikke tillader individuel variation, har man en stereotyp opfattelse af personen. Man ser med andre ord ikke det enkelte menneske som et unikt individ, men som en del af en gruppe (”dem”).

Når man ikke bare kender til, men faktisk tror på stereotyper og får et negativt følelsesmæssigt forhold til dem, har man en fordom. Stigmatisering er en social proces – en ”stempling” i et givent samfund på et givent tidspunkt. Det er således ikke egenskaben eller adfærden i sig selv, men den sammenhæng, som den indgår i, som giver anledning til stigmatisering. Et eksempel kan være opfattelsen af, hvad der er ”normalt” henholdsvis ”unormalt”. Hvis et samfund har et meget snævert og idealiseret billede af det ”normale”, vil det føre til mindre plads til menneskelige forskelle og stadigt strengere normer for, hvordan mennesker bør være – og dermed med risiko for en øget stigmatisering. Et led i stigmatiseringen er en opdeling mellem ”os” og ”dem”, hvor man distancerer sig fra ”dem” ud fra nogle negativt ladede kriterier – ”dem” som de unormale/usunde m.v. og ”os” som de normale/sunde osv. Man identificerer sig med andre ord i stigmatiseringsprocessen som den positivt ladede modpol til ”dem”.

Ifølge nogle af de fremtrædende teoretikere på området skal der – for at man kan tale om egentlig stigmatisering – desuden være en skævhed i magtforholdet på den måde,

---

24 Svend Brinkmann, s. 281.

at den gruppe, der tillægger en anden gruppe en negativ værdi, samtidig skal have den sociale, kulturelle, økonomiske eller politiske magt til, at det får konsekvenser for dem, der bliver negativt kategoriseret. Ellers er der ikke tale om egentlig stigmatisering.<sup>25</sup>

Stigmatisering kan komme til udtryk på forskellige måder, blandt andet i form af diskriminering. Diskriminering kan defineres som en reaktion, der er udsprunget af en forudindtagelse på baggrund af en stereotyp opfattelse. Med andre ord: når man behandler en person ud fra sin fordom, så diskriminerer man vedkommende. Diskrimination kan spænde over et spektrum fra at udtrykke sine fordomme, til at undgå personen (social isolation) eller mere direkte diskrimination ved at afvise personen i forskellige sammenhænge eller endog ved fysiske overfald.

Stigmatisering og diskrimination er noget, andre gør – ikke personen selv. Der er imidlertid uenighed om, hvorvidt den stigmatiserede selv behøver opleve sig som stigmatiseret, for at man kan tale om stigmatisering. Spørgsmålet er med andre ord, hvorvidt det er en forudsætning for, at man kan tale om stigma, at den stigmatiserede oplever sig som stigmatiseret, eller om det er nok, at vedkommende bliver behandlet på en særlig måde.

Man kan også tale om selvstigmatisering. Det betyder, at man identificerer sig med de egenskaber, som forbindes med stigmaet – man begynder at tro på de fordomme, andre har om en, og handler derefter. Konsekvensen bliver dårligt selvværd og en følelse af skam samt en håbløshed, der fører til handlingslammelse på den måde, at man ikke magter at ændre sin situation, og i stedet søger at undgå de situationer, hvor man forventer at blive set ned på og udelukket. Den måde, den enkelte håndterer stigma på, kan således have stor betydning for personens selvopfattelse og måder at handle på i eget liv. I rapporten *Stigma og psykiske lidelser* beskrives, hvordan det kan give negative selvfølelser, hvis de kulturelle billeder på psykisk lidelse er negative og præget af fordomme og stereotyper. Personen vil have kampe på flere fronter: en kamp med omverdenens opfattelse af, hvordan folk med denne bestemte lidelse er og hvad de kan, en kamp med egne forventninger om, hvordan omverdenen ser på dem – og også en kamp med at integrere lidelsen i deres egen selvforståelse uden at lidelsen overtager det hele. Personen vil ofte forvente at blive afvist af andre og for at undgå det tilpasse sin adfærd ved enten at skjule sin lidelse eller behandling, gøre meget ud af at undervise andre i lidelsen eller trække sig fra sociale samspil med andre mennesker.

Stigma er dermed tæt knyttet til det, som virkelig er på spil for den enkelte i sin egen livsverden. Det handler om identitet og helt basale eksistentielle behov: om at bo, at kunne få hjælp, når man har brug for det, at have noget meningsfyldt at lave og blive elsket.<sup>26</sup>

---

25 Sundhedsstyrelsen, *Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*, 2008, s. 33-34.

26 Dansk Sundhedsinstitut DSI og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd SFI: *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*, 2010, s. 14

Men hvorfor er det særligt nogle bestemte diagnoser, der virker stigmatiserende?  
Lars Svendsen giver i bogen *Det diagnosticerede liv*<sup>27</sup> et bud på dette:

*Vi har jo alle karaktertræk, der i en eller anden forstand er afvigende, men det er kun enkelte afvigelser, der betragtes som så betydningsfulde, at de så at sige bliver definerende for personen, som da ikke længere er en person med en afvigelse, men en afviger....En af de vigtigste grunde til, at en psykisk lidelse ofte bliver et særligt stærkt stigma, er jo netop, at den drejer sig om selve ens personlighed.*

Og videre om diagnoser:

*Diagnoser er exceptionelt kraftfulde mærkater, og der vil ofte være en tendens til, at en patient bliver sin diagnose, dvs. at diagnosen rykker ind i centrum for selv-identiteten.*

---

<sup>27</sup> Lars Fr. H. Svendsen: "Patologisering og Stigmatisering" i Svend Brinkmann (red.), *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*, 2010, s. 62, Klim