

SOCIAL VETENSKAPLIG TIDSKRIFT

Årgång 24 • Nummer 2 • 2017

Varför forskarutbildning? Motiv, aspirationer och drivkrafter bland disputerade sjuksköterskor, lärare och socionomer av *Peter Dellgran & Staffan Höjer* 85–106

Hur legitimeras socialpolitiska besparingar? Konstruktionen av personlig assistans som ett "kostnadsproblem" av *Niklas Altermark* 107–126

Tillit och misstro – om synen på mammografiscreening vid bröstcancer av *Åsa Ritenius Manjer & Ulla Melin Emilsson* 127–147

Forum: Vad är problemet? Uppfattningar om alkoholens skadeverkningar av *Jan Blomqvist & Lisa Wallander* 149–164

Debatt: Behovet av tvärvetenskapliga, kritiska socialarbetare ökar i en komplex omvärld av *Peter M. Jansson* 165–168

Nya böcker 169–171

Socialvetenskaplig tidskrift utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete) med stöd av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE).
Socialvetenskaplig tidskrift utkommer med fyra nummer per år.

Redaktion:

Adress:

Socialvetenskaplig Tidskrift, Socialhögskolan, Lunds universitet, Box 23, SE-221 00 Lund.

Fax: 046-222 94 12 Hemsida: <http://www.soch.lu.se/socialvetenskaplig-tidskrift>

Redaktionen är sammansatt av forskare som representerar skilda vetenskapliga discipliner och forskningsområden. Avsikten är att redaktionen för Socialvetenskaplig tidskrift skall cirkulera mellan universitets- och högskoleorter med utbildning och forskning inom ämnesområdet socialt arbete.

Redaktör och ansvarig utgivare:

Professor Anna Meeuwisse, tel. 046-222 31 57, e-post anna.meeuwisse@soch.lu.se

Korresponderande redaktör:

Docent Torbjörn Hjort, tel. 046-222 30 61, e-post torbjorn.hjort@soch.lu.se

Redaktionssekreterare:

Doktorand Mikael Bengtsson, tel. 046-222 01 14, e-post mikael.bengtsson@soch.lu.se

Redaktionsledamöter:

Christofer Edling, sociologi; Robert Holmberg, psykologi; Katarina Jacobsson, socialt arbete; Susanna Johansson, socialt arbete/rättssociologi; Björn Johnson, socialt arbete/statsvetenskap; Åsa Lundqvist, sociologi; Titti Mattsson, juridik; Lars Plantin, socialt arbete; Kerstin Svensson, socialt arbete.

Redaktionsråd:

Åke Bergmark, Stockholm; Jan Blomqvist, Stockholm; Thomas Boje, Roskilde; Felipe Estrada, Stockholm; Mikael Gilljam, Göteborg; Sven Hort, Växjö; Margareta Hydén, Linköping; Gunborg Jakobsson, Vasa; Stig Larsson, Lund; Lisbet Lundahl, Umeå; Olle Lundberg, Stockholm; Britta Lundgren, Umeå; Cecilia Modig, Stockholm; Diana Mulinari, Lund; Ingrid Sahlin, Lund; Tapio Salonen, Malmö; Johans Tveit Sandvin, Bodö; Eva-Maria Svensson, Göteborg; Hans Swärd, Lund; Marta Szebehely, Stockholm; Sandra Torres, Uppsala.

Prenumeration:

Prenumerationspris per år, SEK	Sverige	Norden	Övriga länder
Enskild	210:-	240:-	250:-
Institution	375:-	410:-	420:-

FORSA tillhandahåller tidskriften åt medlemmarna.

Enskilda nummer av tidskriften kostar 110:-, dubbelnummer 150:-.

Annonspriser:

Helsida 4000 kr

Halvsida 2500 kr

För prenumerationsfrågor:

E-post: mikael.bengtsson@soch.lu.se

Tel. 046-222 01 14

Plusgiro för prenumerationsavgift: 51 97 15-7

Organisationsnummer: 556439-4897

För frågor om medlemskap i Forsa:

Var god se www.forsa.nu

Engelsk översättare: Alan Crozier

Layout: RPform

Tryck: Norra Skåne Offset, Hässleholm

ISSN: 1104-1420

© Författarna och Socialvetenskaplig Tidskrift

Peter Dellgran & Staffan Höjer

Varför forskarutbildning?

Motiv, aspirationer och drivkrafter bland disputerade sjuksköterskor, lärare och socionomer

Why doctoral education? Motivational factors and aspirations among nurses, teachers and social workers

A significant feature of our knowledge-based society is the gradual academization and professionalization of a growing numbers of occupations. In Sweden, as in other countries, this academization has in several cases led to the establishment of profession-based university disciplines, with professors and PhD programmes, in order to develop and reinforce a scientific base for professional practice and education. A crucial element in this process is that professional practitioners are expected to seek admission to these doctoral programmes, and thereby choose a career as a researcher, and in varying degrees become involved in the continued development of scientific knowledge within their discipline.

This article is based on a survey with 749 respondents and the aim is to examine and compare motives and aspirations among nurses, teachers and social workers to undertake doctoral education. Over 90 per cent of the respondents have stayed in academia as teachers and researchers after their PhD. The results show that multiple motives are normal but that desire for personal growth and personal challenge dominates declared motives in all groups. However, social workers more often stresses political aspirations, while nurses and teachers more often highlight professional and practice-oriented motivation. Furthermore, motives also have some impact on the subject of the dissertation. Studies on patients and professional practice and methods are, for instance, more common among nurses compared to social workers, where research more frequently deals with organizations, social problems and social policy issues. Finally, some implications for research policy, and the continual debate about the gap between research and professional practice, are discussed.

Peter Dellgran, professor i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Staffan Höjer, professor i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Kontakt: peter.dellgran@socwork.gu.se

Introduktion

I likhet med västvärlden i övrigt etableras i Sverige under senare delen av 1900-talet benämningen kunskapsamhälle för den typ av samhälle som organiseras kring utbildning, forskning och verksamheter som är intimt förbundna med kompetensen hos, och förtroendet för, högskoleutbildade yrkesgrupper. Gradvis har en politisk konsensus om att vetenskapens uppgift och legitima grund är att bidra med underlag för politiska beslut och professionell yrkesutövning vuxit fram inom snart sagt alla samhällsområden. En sådan allmänt vedertagen forskningssyn baseras på en tilltro till vetenskapen som ett självreglerande och obundet sammanhang, som mer eller mindre per automatik svarar an på samhälleliga kunskapsbehov, och vars autonomi, rigorösa metoder och interna kvalitetssäkring ses som en garant för forskningens tillförlitlighet, funktionalitet och kvalitet (Nilsson, 2009).

Ett av flera centrala – men sällan ifrågasatt – uttryck för det moderna kunskapsamhället är akademiseringen av allt fler yrkesområden genom högskoleutbildning och professionsrelaterade forskningsämnen. I linje med föreställningen om forskning som optimal och ändamålsenlig strategi för att utveckla yrkesområden, organisationer och verksamheter har professurer och forskarutbildningar inrättats som länkats till befintliga utbildningsprogram för sjuksköterskor, lärare, socionomer och andra professioner. Med tiden har därigenom både antalet högskolebaserade professionsutbildningar och antalet disputerade i professionsrelaterade ämnen ökat kraftigt, såväl i Sverige som i en lång rad andra länder (Wildy, Peden & Chan, 2015; Chiteng Kot & Hendel, 2012).

Det finns ett påtagligt nyttoimperativ i denna utveckling: forskningen ska tillfredsställa kunskapsbehov som att stärka forskningsanknytningen av grundutbildningen och höja kvaliteten i yrkesutövningen. Från professionernas sida har intresset för vetenskaplig kunskap dock inte bara kognitiva utan också sociala förtecken: att förstärka den enskilda professionens legitimitet, status och kontroll över sin kunskapsbas, yrkespraktik och utbildning. Det handlar om att stabilisera ett kunskapsmonopol som kan generera sociala positioner, inflytande och materiella belöningar. Akademiseringen blir ett viktigt, om inte det viktigaste, strategiska medlet i det som brukar benämnas det professionella projektet (Dellgran & Höjer, 2000).

Det kombinerade politiska och professionella projektet att etablera en vetenskaplig bas för olika professioner vilar således tungt på föreställningar om den sociala ingenjörskonstens möjligheter och vetenskapens förmåga att förbättra världen, såväl för professionerna själva som för de patienter, elever och klienter dessa arbetar med. Akademisering och forskningsanknytning spelar en central roll i all professionalisering men kan ske på olika sätt. Att med statens och universitetens hjälp få till stånd ett *självständigt, professionsrelaterat forskningsämne* med tillhörande forskarutbildning av traditionellt snitt har blivit en kungsväg i Sverige, medan man i många andra länder

har inrättat särskilda former av doktorexamina för professionella grupper som till exempel lärare och socionomer (Anastas & Videka, 2012; Chiteng Kot & Hendel, 2012; Fenge, 2009). Oavsett det handlar om en mer traditionell eller professionsinriktad doktorexamen är en bärande tanke att tidigare praktiskt yrkesverksamma ska söka sig till dessa forskarutbildningar. Vad gäller de politiska ambitionerna betonas ibland att detta ska ge mer kompetenta yrkesutövare, som ska lämna akademien efter sin doktorexamen, men genom denna bidra till en ökad forskningsanknytning av de praktiska verksamheterna inom till exempel sjukvården, skolan eller socialtjänsten. Samtidigt förväntas också att en del av de forskarutbildade helt eller delvis stannar kvar inom akademien, dels som lärare med uppgiften att utbilda nya generationer av yrkesutövare, dels som forskare för att producera vetenskaplig kunskap.

Klart är däremot att etableringen av den här typen av forskarutbildningar har öppnat nya karriärmöjligheter för sjuksköterskor, socionomer och andra professionella grupper. Klart är också att de som stannar kvar i akademien blir – om än i varierad grad – nyckelpersoner i den fortsatta ämnesutvecklingen. Deras personliga intressen, preferenser och uppfattningar kommer, jämte finansierings- och andra forskningsvillkor, därmed att bli avgörande för hur såväl akademisk kunskapsbildning som relationen mellan yrkespraktik och forskning utvecklas.

Syftet med denna artikel är tvåfaldigt. För *det första* är avsikten att undersöka och jämföra motiv, drivkrafter och andra omständigheter som ligger till grund för att påbörja en forskarutbildning bland sjuksköterskor, lärare och socionomer. Varför vill tidigare yrkesverksamma sjuksköterskor, lärare och socionomer lämna sin yrkespraktik och bli forskare och därför söka in på en forskarutbildning? Vilken roll spelar personliga och instrumentella motiv i förhållande till mer vidsträckta aspirationer som att utveckla forskningen i sitt ämne, stärka den egna professionen eller påverka och förändra politik, yrkespraktik eller arbetsmetoder? Vilka andra faktorer och omständigheter, som till exempel missnöje med tidigare arbetsvillkor, tidigare erfarenheter av forsknings- och utvecklingsarbete eller uppmuntran från universitetslärare och forskare, har betydelse för vägen in i en forskarutbildning och eventuell framtida forskarkarriär? Och går det att identifiera några förändringar över tid när det gäller motiv och andra omständigheter?

Artikeln är emellertid också en del av ett större forskningsprojekt om forskningens karaktär och utveckling inom vårdvetenskap, utbildningsvetenskap och socialt arbete.¹ Vid sidan av forskarutbildningsmotiv undersöks i detta projekt bland annat karriärvägar och forskningsvillkor för disputerade, men också de forskningsaktivitas syn på forskningens uppgifter och dess relation med yrkespraktiken för sjuksköterskor, lärare och socionomer. Mot bakgrund av de statliga motiv och politiska proces-

1 Akademisering i professionaliseringens tjänst, finansierat av Riksbankens Jubileumsfond (P12 1098:1).

ser som gett upphov till dessa forskarutbildningsstatsningar syftar denna artikel *för det andra* till att diskutera vilken roll de disputerades individuella motiv och aspirationer kan ha för forskningsorienteringen inom dessa ämnesområden. Det är till exempel fullt rimligt att anta att individuella motiv och aspirationer kan påverka valet av avhandlingsämne – vilket för de allra flesta sedan har stor betydelse för forskningsinriktningen i en fortsatt akademisk karriär – varför vi här även kommer att undersöka i vad mån forskarutbildningsmotiven sammanhänger med ämnesinriktningen i doktorsavhandlingarna. Därigenom kommer vi avslutningsvis att beröra den mer generella frågan om vad som styr och påverkar forskningen i professionsrelaterade ämnen – och i vilken utsträckning det som forskarna själva vill, men också får möjlighet att syssla med, har förutsättningar att stå i samklang med samhälleliga kunskapsbehov så som dessa uppfattas av staten och andra intressenter utanför den akademiska världen.

Akademisering i professionaliseringens tjänst

Denna artikel härrör, som nyss nämnades, från en större studie som med utgångspunkt i de tre professionerna sjuksköterskor, lärare och socionomer undersöker drivkrafter och utveckling inom relaterade ämnesområden: vårdvetenskap, omvårdnad, utbildningsvetenskap (som här innefattar pedagogik och andra ämnen relaterade till skolområdet och läraryrket) samt socialt arbete. Ett huvudsyfte är att undersöka och jämföra vilka faktorer som formar forskningens inriktning och karaktär samt hur dessa ämnen är organiserade i såväl kognitiva som sociala avseenden. Med utgångspunkt i Becher och Trowlers (2001) metaforiska beskrivning av vetenskapen som ett landskap, handlar det om hur dessa miljöer gestaltar sig med avseende på relationen mellan ämnesmässig kultur ("tribes") och disciplinär och professionsrelaterad kunskap ("territories").

Vårt val av professioner och tillhörande ämnen har speciella skäl. Trots tydliga kontextuella och historiska skillnader finns också några gemensamma nämnare. För det första handlar det om högskoleutbildade yrkesgrupper som inom professionsforskningen har fått lite olika benämningar – människobehandlande professioner, välfärdsprofessioner eller semiprofessioner – men som därigenom har särskilda politiska, organisatoriska och performativa betingelser vad gäller arbetsvillkor och yrkesutövning (Dellgran, 2015). Även om de specifika relationerna mellan utbildning, praktik och forskning skiljer sig åt beroende på politikområde, organisatoriska omständigheter och samhällsuppgift så finns också en annan påtaglig likhet. Genomgående är dessa relationer återkommande föremål för kontroverser och förhandlingar mellan olika aktörer med delvis skilda intressen och normativa föreställningar – om hur det praktiska arbetet ska utformas och organiseras, vad utbildningen ska innehålla samt vad forskningen ska syssla med.

Till detta kan kopplas att forskningen inom respektive område har att hantera ett dubbelt legitimitetskrav: dels ett yttre i form av politiska och professionella förväntningar på nyttig och ändamålsenlig kunskapsproduktion och fungerande kunskapsförmedling, dels ett inre som bygger på att leva upp till vetenskapliga krav och akademiska måttstockar. De externa kraven har under senare tid accentuerats av rörelsen mot evidensbaserad praktik och forskning som ska stödja en sådan, krav som både explicit och implicit har byggt på en kritik av forskningen inom dessa områden för att inte vara tillräckligt ”praktiknära”, eller i tillräckligt hög grad studera effekterna av insatser och arbetsmetoder. Samtidigt har en ökad konkurrens om externa forskningsmedel, specialiseringskrav och vetenskapens kommodifiering (Hasselberg, 2012) – genom allt hårdare publikationskrav och ökat inslag av prestationsbaserad resurstilldelning – ytterligare skärpt utmaningen att upprätthålla forskningsmässiga förutsättningar och legitimitet i den vetenskapliga världen (Dellgran & Höjer, 2012).

Samtidigt finns vissa viktiga skillnader. Vårdvetenskap, omvårdnad och socialt arbete har organiserats och integrerats med befintliga grundutbildningar för sjuksköterskor respektive socionomer. På skolområdet handlar det om långt mer komplicerade relationer mellan lärarutbildningarna och till lärar- och skolområdet relaterade forskningsämnen. Omvårdnad brukar beskrivas som sjuksköterskornas vetenskapsområde och fick sin första professur 1987. Parallellt med etableringen av forskarutbildning i omvårdnad växer vårdvetenskap fram som ett tvärvetenskapligt och flerprofessionellt område. Det bör också nämnas att många disputerade sjuksköterskor har tagit sin doktorsexamen i medicinskt ämne. I dag är omvårdnad som akademisk disciplin inte sällan under vårdvetenskapliga institutioners administration. Socialt arbete fick sin första professur i slutet av 1970-talet och har haft ungefärligen samma positiva utvecklingskurva i termer av antalet disputerade och professorer som omvårdnad.

När det gäller utbildningsområdet och lärares forskarutbildning dominerar pedagogik som dessutom är ett klart större ämne jämfört med vårdvetenskap och socialt arbete mätt i antal doktorander, disputerade och professorer. Det är också ett ämne med en mycket längre historia: den första professuren i pedagogik inrättades i Sverige redan 1910. Sedermera har pedagogiskt arbete, didaktik och utbildningsvetenskap etablerats som forskningsämnen. Därtill har ett antal specialinriktade forskarskolor för lärare inrättats, dels för att snabba på uppbyggnaden av en vetenskaplig bas för lärarprofessionen, dels som ett försök att komplettera den pedagogiska forskningen som stundtals fått utstå en del kritik för att inte vara tillräckligt nära lärarnas vardags- och klassrumsrelaterade yrkesutövning (Andrae Thelin, 2009; Fransson, 2017).

En annan skillnad är att vårdvetenskap och omvårdnad har utvecklats i miljömässig närhet till de forskningstraditioner och vetenskapsuppfattningar som präglar medicin och sjukvård. Socialt arbete och ämnena inom det utbildningsvetenskapliga

fältet är å sin sida både kunskapsmässigt och organisatoriskt förankrade i samhällsvetenskap och har till skillnad från omvårdnad därför en mer mångparadigmatisk karaktär. De ontologiska och epistemologiska skillnader som följer av detta kan ge upphov till skillnader i normer om forskningens funktioner och relation till yrkespraktik, vilket även kan färga de motiv och aspirationer som yrkesutbildade har för att påbörja en forskarutbildning.

Tidigare forskning om motiv och drivkrafter

Internationellt, men i klart mer begränsad utsträckning i Sverige, har forskningen om forskarutbildningen vuxit de senaste decennierna. Framför allt har intresset riktats mot doktoranders erfarenheter och svårigheter *under* utbildningstiden och karriärmöjligheter *efter* denna. En lång rad kvantitativa och kvalitativa studier har till exempel undersökt varför så många forskarstuderande, i länder med långt sämre utbildningsförutsättningar än i Sverige, hoppar av sina studier. Särskilt nämns ensamhet och isolering, dåliga ekonomiska villkor och svårigheter att upprätthålla sin motivation inför en mycket osäker framtid som tydliga problem (Brailsford, 2010; Ali & Kohun, 2007; Lovitts, 2008; Grover, 2007; Anastas, 2012). För många doktorander utgör forskarstudier ett högriskföretag, särskilt inom humanistiska ämnen utan koppling till specifika yrken utanför akademien och professionsutbildningar på högskolenivå (Golde, 2005; Lovitts, 2001; Powell & Green, 2007; Gardner, 2008). Även när det gäller karriärmönster efter en doktorexamen har forskningen expanderat under senare år (Aanerud et al., 2006; Denholm & Evans, 2009). I Sverige har också tidigare Högskoleverket uppmärksammat genomströmning, finansieringsvillkor, avhopp och karriärvägar för doktorander (Högskoleverket, 2012). Därtill kan nämnas Areskoug Josefssons et al. (2016) större kvantitativa undersökning av Lundadoktoranders syn på sin forskarutbildning och framtida karriär.

Forskning om själva inträdet till en forskarutbildning är dock mer begränsad. Frågan om breddad rekrytering och diskrimineringsaspekter börjar uppmärksammas en del (se t.ex. McCulloch & Thomas, 2013; Wakeling & Kyriacou, 2010; Dellgran & Höjer, 2017), medan forskningen om individuella motiv och drivkrafter huvudsakligen består av mindre nationella och kvalitativa studier med utgångspunkt i enstaka ämnen. Av de få studier som berör anledningar till att påbörja en forskarutbildning kan nämnas Salmon (1992) som intervjuade ett tiotal doktorander inom samhällsvetenskapliga ämnen och fann att flertalet av dessa drevs av politiska motiv och intresse för sociala rättvisefrågor. Även Churchill och Sanders (2007) fann ett inslag av motiv som kan inrangeras under rubriken "forskning som politik" jämte önskan om karriärmöjligheter, missnöje med tidigare arbets-

villkor och intresse av personlig utveckling. Det sistnämnda blev särskilt tydligt i Leonards, Beckers och Coates (2005) intervjustudie (med den talande titeln *To prove myself at the highest level*) och återkommer i flera andra studier som Mokhtars (2012) intervjuer med kvinnliga ingenjörer, Gill och Hoppes (2009) studie av doktorander i företagsekonomi, Wellington och Sikes (2006) studie av lärare samt Brailsfords (2010) intervjuer med ett tiotal forskarstuderande i historia. I den sistnämnda framstår återigen personliga motiv som mycket betydelsefulla men här nämns även uppmuntran från familj och vänner, men kanske än mer från arbetskollegor och lärare och forskare inom högskolan. Även Guerin, Jayatilaka och Ranasinghe (2015), som är en av få större kvantitativa studier på området, menar att påverkan från universitetslärare ibland har mycket stor betydelse.

Sammanfattningsvis har tidigare studier påvisat en lång rad motiv, inte sällan dominerade av en önskan om personlig och professionell utveckling. Vi kan samtidigt konstatera att den svenska forskningen om forskarutbildningen hitintills är relativt begränsad internationellt sett, och att mycket få studier av motiv eller andra aspekter bland doktorander eller disputerade i professionsbaserade ämnen har genomförts i Sverige. Ett undantag är dåvarande Högskoleverkets (2012) utvärdering av forskarskolor för lärare. I denna framkommer att det klart vanligaste motivet till att gå forskarutbildningen var att de ville utvecklas som lärare. Samtidigt angav drygt hälften av de tillfrågade en förhoppning om att få arbeta inom högskolan.

Metod, material och population

Materialet till denna artikel är hämtat från en webbenkät till personer som disputerat i omvårdnad (och sjuksköterskor som disputerat i medicinskt ämne), socialt arbete samt pedagogik och andra ämnen relaterade till skolområdet och läraryrket i Sverige sedan 1980. Innan enkäten skickades ut genomfördes ett tidskrävande arbete för att identifiera och söka kontaktuppgifter till disputerade inom de tre områdena. Detta gjordes dels genom en systematisk genomgång av uppgifter om avlagda doktorsexamina vid de lärosäten som har forskarutbildningar, dels via samtliga relevanta lärosätens webbplatser vad gäller anställda lektorer och professorer. Enligt Svensk sjuksköterskeförening har omkring 800 sjuksköterskor tagit en doktorsexamen, uppskattningsvis hälften av dessa i omvårdnad, medan merparten av de övriga har disputerat i medicinskt ämne. Till dags dato har cirka 350 personer disputerat i socialt arbete. Uppskattningsvis har drygt 300 av dessa en socionomexamen. Däremot är uppgifter om hur många personer med lärarexamen som har en doktorsexamen mer svår fångade. En försiktig uppskattning med hjälp av statistik från SCB pekar på att närmare 1 100 personer har disputerat i

pedagogik enbart sedan år 2000. Hur många av dessa som har någon typ av lärar-examen finns tyvärr inga uppgifter om.

Via identifieringen av personer med antingen sjuksköterske-, lärar- eller socio-nomexamen som disputerat i något av de aktuella ämnena fick vi en lista på 577 disputerade inom omvårdnadsområdet (som även inbegriper personer som dispu-terat i medicinskt ämne), 678 personer med doktorsexamen i pedagogik och nära-liggande ämnen samt 299 personer med doktorsexamen i socialt arbete. Enkäten skickades således till totalt 1 554 personer, av vilka 749 svarade (vilket motsva-rar en total svarsfrekvens på 50 procent). Av tabell 1 framgår för det första att det handlar om kvinnodominerade grupper. Vidare har närmare 48 procent av de svarande sjuksköterskorna en doktorsgrad i omvårdnad och påfallande många (37 procent) en doktorsexamen i medicinskt ämne. Närmare 60 procent av lärarna har disputerat i pedagogik och närmare en fjärdedel i ämnen som didaktik, peda-gogiskt arbete och utbildningsvetenskap. Socionomerna är mer homogena i den meningen att strax under 90 procent har disputerat i socialt arbete.

Som också framgår av tabell 1 har det stora flertalet stannat kvar inom akade-min, vilket inte minst beror på en kraftig expansion av grundutbildningarna som inneburit goda chanser för nydisputerade att få lektorstjänster, i många fall på den institution man disputerat.² Särskilt gäller detta lärare och socionomer medan sjuksköterskor i något större utsträckning har delat sin tid mellan yrkespraktik och akademiskt arbete (möjligen beroende på inslaget av kombinationstjänster). Närmare 20 procent var vid undersökningstillfället docenter och 10 procent pro-fessorer. Endast ett par procent av respondenterna uppger att de blivit erbjudna annat arbete utanför akademien, vilket kan tolkas som att framför allt lärares och socionomers forskarkompetens inte eftersöks eller tillmäts särskilt stort värde inom respektive praktikfält.

2 I internationella översikter framkommer att uppskattningsvis hälften av alla forskarstudenter, i den mån de går färdigt sin utbildning, inte går vidare till akademiska anställningar (Cyranoski et al., 2011). För några år sedan kunde Högskoleverket (2011) i sin rapport visa att enbart en tredjedel av alla doktorander stannar kvar i akademien, men då med vissa skillnader mellan olika vetenskapsområden.

Tabell 1. Sjuksköterskor, lärare och socionomer med doktorsexamen.

Grundexamen	Sjuksköterska	Lärare	Socionom
Antal svarande	251	284	140
Ålder;genomsnitt	55	56	54
Andel kvinnor;%	87,9	72,0	65,7
Doktorsexamen (andel i %)			
Vårdvetenskap/omvårdnad	47,8	7,7	0,7
Medicinskt ämne	37,1	5,3	4,3
Pedagogik	7,2	58,1	5,0
Annat utbildningsrelaterat ämne	1,6	23,6	0,7
Socialt arbete	1,2	2,5	87,9
Examensperiod (andel i %)			
–2001	17,9	14,1	32,8
2002–07	47,0	43,6	33,6
2008–	35,1	42,3	33,6
Docent	22,0	19,0	16,9
Professor	10,4	7,5	14,0
Verksamma inom akademien (andel i %)			
Helt	55,8	86,5	72,5
Till stor del	30,5	7,9	19,6
Endast sporadiskt	12,0	4,1	6,5
Inte alls	1,7	1,5	1,4

Varför forskarutbildning?

Respondenterna fick ta ställning till betydelsen av ett stort antal tänkbara motiv, anledningar och omständigheter bakom sina val att söka in på en forskarutbildning. Bland dessa återfinns både sådana som har mer altruistiska förtecken (vad man vill bidra med rent kunskapsmässigt för samhället, områdesrelaterad politik, professionen och berörda verksamheter) och sådana som snarast har med egenintresse att göra (dvs. personliga aspirationer, förhoppningar och önskningar). En del faktorer kan också beskrivas i termer av "push"- och "pullkaraktär" (vad som har lockat respektive vad man eventuellt har velat komma ifrån genom att söka sig till en forskarutbild-

ning). Det finns anledning att höja en liten varningsflagga för dels den retrospektiva ansatsen (många har disputerat för relativt länge sedan), dels inslaget av social önskvärdhet i svaren. Det rör sig om självdeklarationer som kan vara påverkade av föreställningar om hur man bör förhålla sig till egennyttiga bevekelsegrunder i förhållande till att med forskning göra gott i samhällets tjänst.

I tabell 2 redovisas en rangordning av ett tjugotal motiv med avseende på andelen av de tillfrågade som tillmäter dessa mycket eller ganska stor betydelse. För de allra flesta har det handlat om ett samlat resultat av flera mer eller mindre starka motiv, men i stora drag överensstämmer rangordningen mellan de tre yrkesgrupperna, framför allt när det gäller de mest frekventa motiven och anledningarna. För samtliga grupper är de i särklass vanligaste angivna skälen således personlig utveckling och personlig utmaning. Andra relativt starka motiv är viljan att utveckla forskningen och fördjupa yrkesspecifik kunskap. Däremot tillhör inte strävan efter högre lön eller bristande arbetsmarknadsutsikter de vanligaste anledningarna.

Bland sjuksköterskorna är det klart vanligare att man sökt till forskarutbildningen för att vilja bidra med att fördjupa yrkesrelevant kunskap, utveckla nya arbetsmetoder samt stärka den egna professionen. Dessutom uttrycker man i något större utsträckning både en vilja att tjäna mer pengar och att man varit missnöjd med tidigare arbetsvillkor. Mindre vanliga motiv bland sjuksköterskorna är å andra sidan att ta del av den akademiska friheten respektive viljan att arbeta inom universitet och högskola. I jämförelse med de andra två grupperna uttrycks dessutom mer sällan ett upplevt behov av samhällsliga och politiska förändringar som en viktig anledning.

För socionomer med doktorexamen är det just de två sistnämnda motiven som särpräglar bilden: det är med andra ord intresset för akademisk frihet och upplevelsen av behov av samhällsmässiga och politiska förändringar som i större utsträckning varit viktiga drivkrafter. Socionomerna är också på andra sätt sjuksköterskornas motsats. Mindre vanliga motiv att söka in till forskarutbildning är nämligen att utveckla yrkesspecifik kunskap eller nya arbetsmetoder, att stärka professionen eller att bli duktigare som yrkespraktiker. Socionomerna tycks inte heller i samma utsträckning ha motiverats av dåliga villkor i tidigare arbete.

Lärarna å sin sida liknar mer sjuksköterskorna vad gäller motivbild genom att fler av dessa uppger att orsaker till att söka sig till en forskarutbildning har att göra med viljan att utveckla yrkesspecifik kunskap, stärka professionen och bli en duktigare yrkespraktiker. I jämförelse med sjuksköterskor och socionomer tycks dessutom intresset för att utbilda framtida yrkespraktiker vara mycket större hos lärarna, som också uttrycker önskan om att arbeta på universitet och högskola som ett mer framträdande skäl. I likhet med socionomerna tycks också den akademiska friheten locka.

Tabell 2. Motiv till att gå forskarutbildning bland sjuksköterskor, lärare och socionomer som disputerat. Andel i procent som anger mycket stor eller ganska stor betydelse.

Motiv	Sjuksköterskor (n=251)	Lärare (n=284)	Socionomer (n=140)	P-värde (Chi2)
Personlig utveckling	93,4	92,2	90,0	0,078
Personlig utmaning	81,4	80,3	78,3	0,616
Fördjupa yrkesspecifik kunskap	78,4	77,1	63,6	0,021
Utveckla forskningen med relevans inom mitt yrkesfält	76,2	67,0	73,0	0,019
Utveckla kunskaper om patienter, elever, klienter	72,8	72,7	74,4	0,777
Stärka professionen	62,7	59,2	49,2	0,003
Utveckla nya arbetsmetoder	59,4	39,1	41,7	0,000
Påverka politiken på mitt område	37,1	35,1	46,6	0,229
Ville bli duktigare praktiker	37,0	43,1	26,7	0,005
Ville utbilda framtida yrkespraktiker	36,9	47,9	37,6	0,001
Akademisk frihet	35,7	49,5	50,0	0,005
Kände mig låst i mitt tidigare arbete	32,3	31,3	27,8	0,194
Förbättra min arbetsmarknadsposition	31,9	34,2	17,3	0,005
Dåliga arbetsvillkor i dåvarande arbete	26,6	21,3	10,3	0,010
Arbeta på högskola/universitet	23,7	38,4	30,5	0,001
Tjäna mer pengar	22,4	15,6	6,3	0,000
Behov av samhälls- eller politisk förändring	19,7	31,6	41,8	0,000
Missnöjd med dåvarande yrkesarbete	19,3	21,3	22,8	0,233
Villkoren på arbetsmarknaden såg inte ljusa ut	5,0	3,7	4,7	0,908

I tabell 3 presenteras på motsvarande sätt ett antal andra omständigheter som kan ha inverkat på valet att söka sig till en forskarutbildning. Som synes tycks uppmuntran eller uppmuntring från lärare och forskare inom akademien ha spelat en inte helt oväsentlig roll i samtliga grupper och haft större betydelse än motsvarande uppmuntran från chefer och kollegor (även om detta tycks vara något mer förekommande bland sjuksköterskorna). Det framgår också att tidigare erfarenhet av forsknings- och utvecklingsarbete har haft betydelse för drygt en tredjedel av sjuksköterskorna och socionomerna. En femtedel av lärarna och socionomerna menar också att tidigare inhop i akademien haft mycket eller ganska stor roll i sammanhanget. Däremot tycks varken slumpen eller förväntningar från familj eller andra närstående ha spelat någon större roll i någon av grupperna.

Tabell 3. Vissa omständigheter som påverkat valet av att söka till forskarutbildning bland sjuksköterskor, lärare och socionomer som disputerat. Andel i procent som anger mycket stor eller ganska stor betydelse.

Omständighet	Sjuksköterskor (n=251)	Lärare (n=284)	Socionomer (n=140)	P-värde (Chi2)
Blev uppmanad/uppmantrad av lärare eller forskare vid högskola/universitet	57,5	65,8	67,2	0,185
Blev uppmanad/uppmantrad av chef eller kollega	45,3	36,5	31,0	0,300
Arbetat tidigare med forsknings- och utvecklingsarbete	35,0	26,0	37,2	0,078
Gjort tidigare in hopp på universitet/högskola	14,7	21,7	22,8	0,066
Slump	12,2	9,1	12,0	0,124
Var tvungen att disputerat för att arbeta kvar på universitet/högskola	7,5	14,0	6,3	0,075
Förväntningar från familj, släkt eller vänner	1,3	4,3	4,0	0,034

För att renodla bilden och identifiera mönster i motiv och anledningar har en explorativ faktoranalys genomförts. Fyra bakomliggande faktorer framträder i tabell 4 (med utgångspunkt i faktorladdningar över 0.40 och under -0.40): "professions- och praktikorienterade motiv" (F1), "instrumentella motiv" (F2), "tidigare forskningskontakt" (F3) samt "politiska motiv" (F4). Dessa faktorer svarar för totalt 45 procent av variationerna. För att undersöka hur starka dessa faktorer är inom respektive yrkesgrupp har dessutom summativa index (eller subskalor) för var och en av dessa faktorer konstruerats.³ Av tabell 5 framgår att skillnaderna mellan grupperna inte är dramatiska men att sjuksköterskorna i genomsnitt är något mer orienterade mot praktik- och professionsrelaterade motiv. Socionomerna är på motsvarande vis något mer orienterade mot politiska och samhällsrelaterade motiv, medan de mer instrumentella motiven är något mer framträdande bland lärare (om än inte signifikanta). Det är dock viktigt att påpeka att vi inom alla tre yrkesgrupperna finner disputerade personer som har dominerande politiska, praktik- och professionella respektive instrumentella motiv.

³ Vart och ett av dessa index består av en summering av värdena för de variabler som hänförs till respektive faktor. Cronbachs alpha för dessa är F1: 0,83, F2: 0,75, F3: 0,47, F4: 0,71.

Tabell 4. Faktorladdningar för motiv och andra omständigheter av betydelse för att påbörja en forskarutbildning (principal komponentanalys, varimaxrotering).

Motiv/omständighet	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Fördjupa yrkesspecifik kunskap	0,55			
Ville bli duktigare praktiker	0,46			
Utveckla kunskaper om patienter, elever, klienter	0,54			
Stärka professionen	0,68			
Ville utbilda framtida yrkespraktiker	0,64			
Utveckla nya arbetsmetoder	0,60			
Utveckla forskningen med relevans inom mitt yrkesfält	0,59			
Missnöjd med dåvarande yrkesarbete		0,54		
Dåliga arbetsvillkor i dåvarande arbete		0,53		
Tjäna mer pengar		0,45		
Arbeta på högskola/universitet		0,57		
Kände mig låst i mitt tidigare arbete		0,45		
Villkoren på arbetsmarknaden såg inte ljusa ut		0,52		
Akademisk frihet		0,47		
Blev uppmanad/uppmuntrad av lärare eller forskare vid högskola/universitet			0,46	
Arbetat tidigare med forsknings- och utvecklingsarbete			0,41	
Gjort tidigare inbrott på universitet/högskola			0,50	
Behov av samhälls- eller politisk förändring				-0,45
Påverka politiken på mitt område				-0,40

Tabell 5. Bakomliggande faktorer för att påbörja forskarutbildning bland sjuksköterskor, lärare och socionomer som disputerat. Medelvärde summativa index.

	Politiska (F4) (max 10)	Praktik/ professionella (F1) (max 35)	Instrumentella (F2)(max 35)	Tidigare forskningskontakt (F3)(max 15)
Sjuksköterskor	4,9	25,2	16,5	7,9
Lärare	5,2	24,6	17,0	7,9
Socionomer	6,0	22,4	16,5	8,2
P-värde (ANOVA)	0,000	0,000	0,078	0,507

Det är värt att upprepa att personlig utveckling är den i särklass vanligaste anledningen att vilja gå en forskarutbildning. Det visar sig dessutom att detta motiv verkar ha ökat i betydelse. Av samtliga motiv är det nämligen bara ett som uppvisar en svag men signifikant förändring; över tid uttrycker således allt fler att önskan om personlig utveckling har haft mycket eller ganska stor betydelse.

Spelar motiven någon roll?

Som nämndes inledningsvis är det inte en helt orimlig hypotes att motiv och aspirationer hos forskarstudenter kan påverka valet av avhandlingsämne. Doktorsavhandlingen utgör dessutom en kunskapsinvestering och uppbyggnad av specialistkunskap som vanligtvis har mycket stor betydelse för fortsatt forskningsinriktning och framtida meriterings- och karriärmöjligheter. En förutsättning för att motiven ska påverka forskningsinriktning är att doktoranden själv har inflytande över sitt ämnesval och sina frågeställningar. Generellt sett varierar doktorandernas frihetsgrader i dessa avseenden mellan olika vetenskapsområden och forskningsämnen (och ibland även mellan institutioner och handledare). Tidigare forskning har påvisat ett mycket starkt disciplinärt inflytande på valet av avhandlingsämne inom naturvetenskap och medicin (Ziman, 1995; Welin & Persson, 1996), medan Allwoods (2003) undersökning av psykologi och socialantropologi snarast påvisade en ömsesidig anpassning av intressen mellan doktoranden och dennes forskningsmiljö. Frihetsgraden framstod dock som något högre i socialantropologi än i psykologi, vilket pekar på att doktorandens möjligheter att välja avhandlingsämne är större i "mjukare" ämnen och mer villkorade i "hårdare" ämnen (för dessa benämningar, se t.ex. Becher & Trowler, 2001).

En intressematchning kan också sägas prägla situationen för de disputerade sjuksköterskor, lärare och socionomer som denna artikel handlar om. I tabell 6 beskrivs de svarandes uppfattningar om vilka faktorer som haft betydelse för valet av avhandlingsämne. Som synes har flera faktorer haft stor inverkan, även om tidigare yrkeserfarenheter och personliga intressen tycks ha vägt allra tyngst inom samtliga grupper. Även handledarens intressen har spelat en viss roll – vilket indikerar att det i realiteten handlar om en slags förhandling mellan doktorand och handledare – medan forskningstraditioner vid den aktuella institutionen i genomsnitt haft en klart mindre inverkan. Handledarna verkar ha haft en något större inverkan på ämnesvalet för sjuksköterskorna i jämförelse med lärarna och socionomerna. Noterbart är också att externa – eller sociala – faktorer, som att forskningsfrågan till exempel bedömts ha betydelse för professionen eller varit aktuell i offentlig och politisk debatt, har haft ett finger med i spelet. Sammantaget vittnar dock de allra flesta om en påfallande stor frihet i valet av avhandlingsämne. På en direkt fråga svarade 90 procent av de dispu-

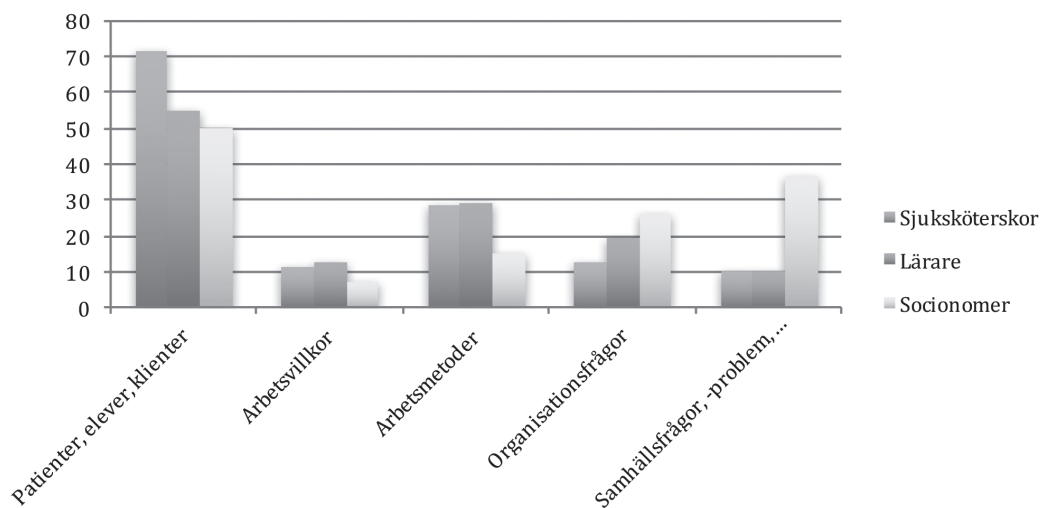
terade lärarna och socionomerna, och drygt 80 procent av sjuksköterskorna, att de i mycket stor eller ganska stor utsträckning själva bestämde ämne.

Tabell 6. Faktorer med betydelse för val av avhandlingsämne bland sjuksköterskor, lärare och socionomer som disputerat. Andel instämmer mycket eller ganska mycket i procent.

	Sjuksköterskor (n=251)	Lärare (n=284)	Socionomer (n=140)
Individuella faktorer:			
Tidigare yrkeserfarenheter	83,6	83,0	76,5
Personliga intressen	75,0	88,2	85,4
Institutionella faktorer:			
Handledarens intressen	54,5	43,1	41,1
Befintligt forskningsprojekt	42,7	33,9	42,3
Möjligheter att erhålla medel	28,8	20,3	30,8
Forskningstradition vid institutionen	25,4	16,2	19,3
Externa/sociala faktorer:			
Viktigt för professionen	56,3	57,9	41,8
Aktuellt i offentlig, politisk debatt	37,7	53,3	45,6

I figur 1 redovisas i vilken grad de svarandes doktorsavhandlingar enligt egen bedömning hade en viss ämnesmässig inriktning med avseende på fem huvudsakliga forskningsorienteringar. För det första rör det sig om forskningsfrågor som rör patienter, elever eller klienter, respektive frågor som på något vis behandlar antingen arbetsvillkor eller arbetsmetoder. Därtill finns en kategori som inrymmer studier av organisatoriska sammanhang och villkor samt ytterligare en som omfattar studier kring mer generella samhällsförhållanden, sociala fenomen, sociala strukturer, hälsa och vård, sociala problem eller politik med avseende på respektive professionsområde.

Med denna utgångspunkt kan vi konstatera att disputerade sjuksköterskor utmärker sig genom att långt oftare undersöka olika aspekter av sina patienter och – åtminstone i förhållande till socionomerna – yrkespraktik och arbetsmetoder i sina doktorsavhandlingar. Även lärare som disputerat inriktar sin forskning mot arbetsvillkor och arbetsmetoder i större utsträckning än socionomerna. Bland de sistnämnda finner vi däremot klart fler som orienterar sig mot organisationsfrågor, och framför allt mot sociala problem och områdesrelaterad politik. Jämfört med sjuksköterskor och lärare är med andra ord socionomer med forskarexamen relativt sett mindre intresserade av att studera arbetsmetoder.



Figur 1. Ämnesmässig inriktning i doktorsavhandlingar skrivna av sjuksköterskor (n=251), lärare (n=284) och socionomer (n=140). Andel i procent med mycket hög grad av inriktning.

Sambanden mellan motiv till att påbörja forskarutbildning och avhandlingens ämnesinriktning framgår av tabell 7 (som inkluderar samtliga yrkesgrupper). Som synes innebär starkare politiska motiv ett större forskningsintresse för organisationsvillkor och framför allt för samhälls- och politiskt relaterade frågeställningar. Å andra sidan verkar starkare praktik- och professionsrelaterade motiv betyda en högre grad av orientering mot arbetsmetoder och patienter, klienter eller elever. Däremot har vare sig instrumentella motiv eller erfarenheter av tidigare FoU-verksamhet med mera särskilt stark inverkan på valet av avhandlingsämne.

Tabell 7. Samband mellan motiv till att påbörja forskarutbildning och ämnesinriktning i doktorsavhandlingar skrivna av sjuksköterskor, lärare och socionomer (n=675). Pearsons korrelationskoefficient (siffror i fetstil = $p < 0,05$).

Motivindex	Patienter, elever, klienter	Arbetsvillkor	Arbetsmetoder	Organisationsfrågor	Samhällsfrågor, -problem eller områdesrelaterad politik
Politiska	0,061	0,173	0,133	0,240	0,318
Praktik/professionella	0,247	0,107	0,320	-0,021	-0,077
Instrumentella	-0,016	0,029	-0,037	0,032	0,097
Tidigare forskning	-0,012	0,015	-0,024	0,058	0,173

Några konklusioner och avslutande reflektioner

I Sverige har såväl staten som professionerna själva varit pådrivande vad gäller en ökad forskningsanknytning av utbildningen och yrkesutövningen inom en lång rad olika välfärdsområden. Den dominerande strategin har varit akademiseringen genom dels högskolereformen i slutet av 1970-talet, då all postgymnasial utbildning inlemmades i högskolan, dels etableringen av professionsrelaterade forskningsämnen med forskarutbildningar och professorer. Tanken har varit att bygga upp en vetenskaplig bas genom att tidigare yrkesverksamma praktiker söker sig till och genomgår en forskarutbildning för att därefter bilda en kår av disputerade med legitimitet, kompetens och möjlighet att bedriva forskning. Många har därigenom blivit delaktiga i en successiv tillväxt och formering av dessa ämnen genom sin fortsatta forskning, men också i egenskap av lärare, handledare och ansvarig för forskarutbildningen (och därmed för socialiseringen av nya forskargenerationer). Några har tilldelats och/eller tillkämpat sig särskilt stort formellt eller informellt inflytande över den fortsatta ämnesutvecklingen. I detta ingår ett samhällsligt mandat att vara just den professionella grupp – de disputerade – som har legitim och självständig rätt att identifiera kunskapsbehov, formulera forskningsfrågor och bedriva forskning som man bedömer vara relevant och viktig.

Varför söker sig då sjuksköterskor, lärare och socionomer till en forskarutbildning och en möjlig forskarkarriär? I korthet kan vi konstatera följande. Önskan om personlig utveckling och personlig utmaning visar sig vara de klart starkaste motiven i samtliga grupper. Detta, och det faktum att den typen av motiv ökar över tid, står också i samklang med att strävan efter personlig utveckling på ett mer generellt plan tycks bli ett allt viktigare karriärmotiv bland högt utbildade professionella grupper (Abrahamsen, 2008; Dellgran, 2015). Inom arbetslivsforskningen används ibland benämningen proteanska karriärer för att beskriva yrkesbanor som inte präglas av vertikala rörelser mot ledarskap på allt högre organisatoriska nivåer, utan mer av horisontella karriärer som i större utsträckning bottenar i personliga livsvärden snarare än yttre belöningar i form av makt och materiella belöningar (Hall, 2004). Drivkrafterna utgörs i stället av självförverkligande, personlig tillfredsställelse, trivsel på arbetsplatsen och möjligheterna att förena yrkesliv med familjeliv. Inrättandet av forskarutbildningar, och den parallella expansionen av högskoleutbildningarna och det därmed ökade behovet av disputerade lärare på dessa, har erbjudit nya utmaningar och lockande karriärvägar för till exempel sjuksköterskor och socionomer.

Vidare finns ett relativt stort, men något varierande, intresse för att utveckla arbetsmetoder och fördjupa yrkesspecifik kunskap för både egen och professionens del. Att genom doktorsexamen tjäna mer pengar lockar inte särskilt många – däremot den akademiska friheten. Påfallande många har blivit uppmanade att söka in på en forskarutbildning av lärare och forskare inom akademin (sannolikt genom att man gjort enstaka undervisningsinsatser eller genomgått en masterutbildning).

Det finns ingen anledning att överdriva skillnaderna mellan de tre grupperna. Men materialet visar att socionomerna verkar vara något mer drivna av politiska motiv medan sjuksköterskorna och i viss mån lärarna i högre grad hävdar praktik- och professionsrelaterade motiv. Vi har också visat att motiven till att påbörja en forskarutbildning till en del sammanhänger med ämnesinriktningen i doktorsavhandlingarna. Disputerade socionomer har till exempel både haft en högre grad av politiska motiv för sina doktorandstudier och ett större intresse för forskning om sociala problem och relaterad politik. Hos disputerade sjuksköterskor framträder på motsvarande vis ett visst samband mellan ett större inslag av praktik- och professionsorienterade motiv och en större andel avhandlingar som behandlar yrkespraktik och arbetsmetoder. Dessutom finns det tydliga ämnesmässiga skillnader när det gäller forskarnas uppfattningar om forskningens huvudsakliga uppgifter och funktioner som går i samma riktning som det vi beskrivit här, vilket bland annat indikerar att forskare inom vårdvetenskap och omvårdnad har en klart mer positiv hållning till evidensbaserad praktik än forskare i socialt arbete och inom det utbildningsvetenskapliga fältet (Dellgran & Höjer, 2015; 2016; Dellgran 2017).

Sammantaget riktar detta blicken mot den bredare frågan om vilka faktorer och processer som formar den vetenskapliga kunskapsutvecklingen inom olika ämnen. Forskarnas egna intressen och uppfattningar säger knappast hela sanningen. Förutom inomdisciplinära traditioner och normer, som genom socialisering kan förändra initiala forskningsintressen och ambitioner, handlar det om själva förutsättningarna för att bedriva forskning. För en majoritet av den växande skaran av lärare och forskare inom akademien innebär en allt hårdare konkurrens om externa forskningsresurser, och begränsat utrymme för forskning inom ramen för sin anställning, svårigheter att bedriva den forskning man vill och/eller bedömer som relevant och viktig. Inte minst rör det sig om vilka forskningsprogram och -projekt som i det växande ansökningsmaskineriet beviljas medel hos de nationella forskningsråden och andra forskningsfinansierare. Det är med andra ord få förunnat att få göra precis det man vill.

Den tilltagande konkurrensen om forskningsmedel tvingar dessutom fram fortsatt specialisering. Varje enskild forskare eller forskargrupp måste hitta sin plats och nya nischer i ett snabbt växande forskningslandskap. Detta innebär att rent strategiska överväganden tenderar att väga särskilt tungt i formuleringen av forskningsfrågor, till exempel vilka projekt man tror sig kunna få medel för, hur man kan anpassa sina forskningsintressen och projektidéer till speciella utlysningar eller vilka allianser med andra forskare som kan vara gynnsamma.

Hur tillgången till, och fördelningen av, ekonomiska medel påverkar forskningen i olika ämnen är en empirisk fråga som heter duga. En lika viktig men också lika komplicerad fråga är i vilken utsträckning det som forskarna själva vill och får möjlighet att syssla med förhåller sig till samhällsliga kunskapsbehov så som dessa uppfattas

av aktörer och intressenter utanför den akademiska världen. Förväntningarna på de ämnen som vi här har berört har stundtals varit rejält uppskruvade – behovet av mer forskning för att förbättra skolan, vården och omsorgen har blivit ett mantra i alla handa politiska och professionella sammanhang. Med tanke på den bild av varierande forskningsmotiv som vi har presenterat, och den nuvarande resurssituationen, är det osäkert om forskningens omfattning och inriktning i omvårdnad, utbildningsvetenskap och socialt arbete under nuvarande omständigheter egentligen kan tillgodose alla de latent och manifesterade önskemål och krav som är i omlopp. Till detta kan läggas den kontroversiella frågan om i vilken grad vetenskaplig kunskap faktiskt används i de organisationer och verksamheter som är dess tänkta mottagare. Det är då knappast förvånande att vi kan bevittna ett stort mått av besvikelse från i stort sett alla parter i detta relationsdrama mellan forskning, praktik och politik.

Just mot bakgrund av det sistnämnda har ett utmärkande drag inom framför allt utbildningsområdet och socialt arbete varit diskussionen om behovet av styrning av kunskapsanvändningen ute i de praktiska verksamheterna som skolan och socialtjänsten, men i viss mån även av forskningen och den akademiska kunskapsbildningen. I mångt och mycket har denna diskussion varit centrerad till talet om behovet av mer ”praktiknära forskning” och evidensbaserad praktik, och framstått som en kognitiv kamp om definitionsföreträde, präglad av skilda normativa föreställningar hos olika aktörer om hur relationerna mellan forskning och praktik ska och kan arrangeras. Intresset för politisk styrning av kunskapsutvecklingen inom olika professionsområden krockar obehagligt med den fria och obundna forskningens ideal. En ledstjärna i svensk forskningspolitik, bäst illustrerad av de statliga forskningsråden, är att det i första hand är forskarna själva som ska avgöra vilken forskning som ska bedrivas. Huvudregeln är dels att initiativen och forskningsidéerna huvudsakligen ska komma från forskarsamhället, dels att kollegiala granskningsprocedurer ska garantera att det är forskning med bästa vetenskapliga kvalitet och hög samhällsrelevans som tilldelas resurser. Att politiskt styra forskningen i det svenska systemet – med begränsat inslag av sektorsforskning – är inte helt enkelt. Man kan möjligen få till stånd särskilda utlysningar riktade mot politiskt prioriterade forskningsområden, inrätta särskilda forskningsinstitut (som det omdiskuterade Skolforskningsinstitutet) eller satsa på särskilda forskarskolor (som gjorts på läroområdet) eller sätta sitt hopp till lokala eller regionala FoU-enheter som ofta säger sig sträva efter just praktiknära forskning styrd av kunskapsbehov som formuleras av praktikens organisationsansvariga och yrkesutövare.

Så länge som forskningspolitikens grundprinciper kvarstår riskerar den här typen av satsningar att få marginell betydelse. Och inte blir det enklare när vi betänker en ytterligare viktig faktor i sammanhanget, nämligen belöningsystemet inom akademien. De framgångs- och kvalitetsfaktorer som premieras är huvudsakligen prestationsre-

laterade i inomvetenskaplig bemärkelse: vetenskapliga publikationer, citeringar och externa medel utgör i växande grad meriteringsgrunderna för tjänster, befordringar och (ytterligare) externa medel. Och det gäller på alla nivåer: för universiteten, för fakulteterna, för institutionerna, för de enskilda forskarna. Trots återkommande propåer om en annan ordning handlar mycket få incitament i dag om samverkan med aktörer utanför akademien, än mindre läggs någon vikt vid forskningens samhällsliga genomslag och betydelse.

Den svenska forskningspolitiken tilldelar forskarna en hög grad av autonomi och professionell diskretion vad gäller identifiering av kunskapsbehov och formulering av forskningsfrågor. Modellen bygger på ett samhälleligt förtroende för att vetenskapen och de akademiska miljöerna lever upp till förväntningarna om att med altruistiska förtecken producera forskning som kommer samhället till godo, men skapar samtidigt stort utrymme för forskarnas personliga drivkrafter, motiv, aspirationer, strategiska överväganden och normativa uppfattningar om forskningens samhällsuppgifter och funktioner. Då får man också – lite krasst formulerat – räkna med ett visst inslag av både egenintresse och nödvändig anpassning till vetenskapens villkor och akademins spelregler.

Referenser

- Aanerud, R., Homer, L., Nerad, M. & Cerny, J. (2006) Paths and perceptions. Assessing doctoral education using career path analysis. I: P.L. Maki & N.A. Borkowski (red.) *The assessment of doctoral education. Emerging criteria and new models for improving outcomes*, 109–141. Sterling, VA: Stylus.
- Abrahamsen, B. (2008) Profesjoner og karrierer. I: A. Molander & L.-I. Terum (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ali, A. & Kohun, F. (2007) Dealing with some isolation to minimize doctoral attrition. A four stage framework. *International Journal of Doctoral Studies*, 2: 33–49.
- Allwood, C.M. (2003) *The selection of the dissertation problem for Ph.D. thesis in psychology and social anthropology/ethnology from the graduate students' perspective*. Lund Psychological Reports, 4(1). Lunds universitet.
- Anastas, J. (2012) *Doctoral education in social work*. New York: Oxford University Press.
- Anastas, J. & Videka, L. (2012) Does social work need a practice doctorate? *Clinical Social Work Journal*, 40(2): 268–276.
- Andrae Thelin, A. (2009) På tröskeln till en okänd värld. Forskarutbildning och skolans vardag. Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Rapport 31/2009.
- Areskoug Josefsson, K., Bergenzaun, L., Fahlvik Svensson, S., Lundqvist, S., Peterson, P. & Lindberg-Sand, Å. (2016) *Should I stay or should I go? Tolvhundra doktoranders syn på avhopp och akademisk karriär*. Institutionen för utbildningsvetenskap, Lunds universitet.
- Becher, T. & Trowler, P. (2001) *Academic tribes and territories. Intellectual enquiry and the culture of disciplines*. Milton Keynes: Open University Press.
- Brailsford, I. (2010) Motives and aspirations for doctoral study. Career, personal, and inter-personal factors in the decision to embark on a history PhD. *International Journal of Doctoral Studies*, 5: 15–27.

- Chiteng Kot, F. & Hendel, D. (2012) Emergence and growth of professional doctorates in the United States, United Kingdom, Canada and Australia. A comparative analysis. *Studies in Higher Education*, 37(3): 345–364.
- Churchill, H. & Sanders, T. (2007) *Getting your PhD. An insiders' guide*. London: Sage Publications.
- Cyranoski, D., Gilbert, N., Ledford, H., Nayar, A. & Yahia, M. (2011) Education. the PhD factory. *Nature*, 472: 276–279.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2000) *Kunskapsbildning, akademisering och professionalisering i socialt arbete*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Dellgran P. & Höjer, S. (2012) The politics of social work research. PhD thesis in Sweden. *European Journal of Social Work*, 15(4): 581–597.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2015) Forskning om människobehandlande organisationer. I: S. Johansson, P. Dellgran. & S. Höjer (red.), *Människobehandlande organisationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2016) The academisation of social work. The case of Sweden. I: I. Taylor et al. (red.) *Routledge international handbook of social work education*. New York: Routledge, 51–59.
- Dellgran, P. (2015) Människobehandlande professioner. I: S. Johansson, P. Dellgran. & S. Höjer (red.), *Människobehandlande organisationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2017) The chosen ones. Access to doctoral education in education, nursing, and social work in Sweden (kommande).
- Dellgran, P. (2017) Vetenskapens mål och mening. Uppfattningar om forskningens uppgifter inom vårdvetenskap, utbildningsvetenskap och socialt arbete. *Socionomens Forskningssupplement* (kommande).
- Denholm, C. & Evans, T. (red.) (2009) *Beyond doctorates downunder. Maximising the impact of your doctorate from Australia & New Zealand*. Camberwell, Victoria: ACER Press.
- Fenge, L-A. (2009) Professional doctorates. A better route for researching professionals? *Social Work Education*, 28(2): 165–176.
- Fransson, O. (2017) *Lärande som policy*. Rapport IFAU.
- Gardner, S.K. (2008) "What's too much and what's too little?" The process of becoming an independent researcher in doctoral education. *Journal of Higher Education*, 79(3): 326–350.
- Gill, T.G., & Hoppe, U. (2009) The business professional doctorate as an informing channel. A survey and analysis. *International Journal of Doctoral Studies*, 4: 27–57.
- Golde, C.M. (2005) The role of the department and discipline in doctoral attrition. Lessons from four departments. *Journal of Higher Education*, 76(6): 669–700.
- Grover, V. (2007) Successfully navigating the stages of doctoral study. *International Journal of Doctoral Studies*, 2: 9–21.
- Guerin, C., Jayatilaka, A. & Ranasinghe, D. (2015) Why start a higher degree? An analysis of motivations to undertake doctoral studies. *Higher Education Research & Development*, 34(1): 89–104.
- Hall D. (2004) The protean career: A quarter-century journey. *Journal of Vocational Behaviour*, 65(1): 1–13.
- Hasselberg, Y. (2012) *Vetenskap som arbete. Normer och arbetsorganisation i den kommodifierade vetenskapen*. Möklinta: Gidlunds Förlag.
- Högskoleverket (2011) *Forskarkarriär för både kvinnor och män? Statistisk uppföljning och kunskapsöversikt*. Rapport 2011:6 R. Stockholm: Högskoleverket.
- Högskoleverket (2012) *Utvärdering av forskarskolor för lärare*. Rapport 2012:9 R. Stockholm: Högskoleverket.
- Leonard, D., Becker, R. & Coate, K. (2005) To prove myself at the highest level. The benefits of doctoral study. *Higher Education Research & Development*, 24(2): 135–149.

- Lovitts, B.E. (2001) *Leaving the ivory tower. The causes and consequences of departure from doctoral study*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Lovitts, B.E. (2008). The transition to independent research. Who makes it, who doesn't and why. *Journal of Higher Education*, 79(3): 296–325.
- McCulloch, A. & Thomas, L. (2013) Widening participation to doctoral education and research degrees. A research agenda for an emerging policy issue. *Higher Education Research & Development*, 32(2): 214–227.
- Mokhtar, M. (2012) Intentions and expectations of female PhD students in engineering at one university in Malaysia. *Procedia – Social and Behavioural Science*, 56: 204–212.
- Nilsson, R. (2009) *God vetenskap. Hur forskares vetenskapsuppfattningar uttryckta i sakkunnigutlåtanden förändrats i tre skilda discipliner*. Gothenburg studies in the history of science and ideas, no. 21. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet.
- Powell, S. & Green, H. (red.) (2007) *The doctorate worldwide*. Maidenhead: Open University Press.
- Salmon, P. (1992) *Achieving a PhD. Ten students' experience*. Stoke-on-Trent: Trentham.
- Wakeling, P. & Kyriacou, C. (2010) *Widening participation from undergraduate to postgraduate research degree*. A research synthesis. York: University of York.
- Welin, S. & Persson, A. (1996) *En analys av medicinsk forskningsprioritering*. Forskningsberedningens skrift nr 3. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Wellington, J. & Sikes, P. (2006) "A doctorate in a tight compartment". Why do students choose a professional doctorate and what impact does it have on their personal and professional lives? *Studies in Higher Education*, 31(6): 723–734.
- Wildy, H., Peden, S. & Chan, K. (2015) The rise of professional doctorates. Case studies of the doctorate in education in China, Iceland and Australia. *Studies in Higher Education*, 40(5): 761–774.
- Ziman, J. (1995) What are the options? I: J. Ziman *In of one mind. The collectivization of science*, 265–310. Woodbury: American Institute of Physics Press.

Niklas Altermark

Hur legitimeras socialpolitiska besparingar?

Konstruktionen av personlig assistans som ett ”kostnadsproblem”

How are cutbacks in social policy legitimized? The construction of personal assistance as a ”cost problem”

This article seeks to explain how current austerity measures targeting personal assistance for people with disabilities are legitimized. Following the work of Bacchi and Ingram and Schneider, I argue that the construction of personal assistance as a ”cost problem” is absolutely central, where assistance-users are depicted as ”over-users” and potential fraudsters, while personal assistance companies are described as solely motivated by maximizing profits. However, upon closer scrutiny, the actual cutbacks that the government has implemented do not match how the ”cost problem is constructed”; the policies aimed to reduce costs are not particularly efficient to reduce benefit frauds or hamper profits. This suggests that the ”cost problem” is not the rational ground for policy, but an ad hoc construction that serves the purpose of justifying general cutbacks striking at all personal assistance users.

Niklas Altermark, fil.dr, Statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet

Kontakt: niklas.altermark@svet.lu.se

En ny assistanspolitik

Sedan den socialdemokratiska regeringens tillträde 2014 har de funktionshinderpolitiska besluten handlat om hur kostnaderna för den personliga assistansen kan dämpas. En statlig utredning har fått i uppdrag att ta fram förslag på besparingar, regeringen har fryst och sedan sänkt ökningen av schablonbeloppet för varje beviljad assistansstimme. I 2016 års regleringsbrev till Försäkringskassan (Socialdepartementet, 2015) ges myndigheten i uppdrag att bryta kostnadsutvecklingen inom assistansen. Sedan lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) infördes 1994, har utgångspunkten för funktionshinderpolitiska insatser varit att behoven ska styra kostnaderna. Nu har regeringen i stället fattat en rad beslut som innebär att kostnaderna ska minska utan hänsyn till om och hur dessa behov förändras. Dessutom har en rad förändrade lagtolkningar, som trädde i kraft 2006–2009, resulterat i att personer förlorat sin assistans och att inflödet av nya assistansanvändare dämpats (Näsman, 2016, s. 6).

Inom funktionshinderrörelsen beskrivs läget i dag som krisartat och den rådande politiska linjen som en utarmning av assistansreformen och dess intentioner. Under sommaren och den tidiga hösten 2016 börjar massmedia uppmärksamma konsekvenserna: hur personer med uppenbara behov av stöd och service får sin assistans indragen och hur detta drabbar assistansanvändare och anhöriga. Flera föräldrar till barn med funktionshinder ges plats i den offentliga debatten för att berätta om hur deras liv har försvårats. Samtidigt framhärdar regering och statliga myndigheter i att kostnadsutvecklingen inom assistansen är utom kontroll och måste brytas, att det finns ett omfattande "överutnyttjande" av assistansersättningen och att privata assistansanordnares vinstintresse driver upp kostnaderna (Begler & Lender, 2016; Regnér, 2016d; Inspektionen för socialförsäkring, 2015). Det funktionshinderpolitiska fokus som sedan införandet av LSS 1994 framför allt har kretsat kring lika rättigheter och inkludering, har därmed förskjutits till att handla om kostnader och besparingar.

Besparingspolitik som drabbar funktionshindrade är inte ett isolerat svenskt fenomen, utan spänner över stora delar av Västeuropa. Inte minst i Storbritannien pågår en politisk kamp mot utarmningen av samhällets stödsystem (se DPAC, 2014; Goodley, Lawthom & Runswick-Cole, 2014). Inte heller är denna diskussion ny i en svensk kontext; redan 1995, alltså ett år efter assistansreformen, tillsatte regeringen en utredning med uppdraget att bryta kostnadsutvecklingen inom assistansen, och det genomfördes under LSS första tio år en rad förändringar med detta syfte. Det som är nytt med dagens situation är att assistansens kostnader har blivit den helt dominerande funktionshinderpolitiska frågan. Den diskuteras på ledarsidor och i debattprogram, och det är mot nedskärningar inom assistansen som funktionshinderrörelsen mobiliserar. I den utsträckning funktionshinderpolitik alls diskuteras i den allmänpolitiska debatten, handlar det alltså nästan uteslutande om hur pengar kan sparas inom assistansen.

Min avsikt i den här artikeln är att visa hur den här politiken har gjorts möjlig genom att personlig assistans har konstruerats som ett "kostnadsproblem". Genom att analysera hur kostnadsökningarna inom assistansen problematiseras av regering, och i viss utsträckning av statliga myndigheter, blir det möjligt att förstå varför vi i dag har en helt annan funktionshinderpolitisk diskussion än för tio år sedan, hur besparingsåtgärderna framställs som legitima samt hur socialpolitisk åtstramningspolitik, mer generellt, motiveras. Syftet i den här artikeln är med andra ord inte att analysera vilken substans som finns i beskrivningarna av "kostnadsproblemet", förekomsten av fusk och privata anordnare som låter vinstkrav gå före kvalitet, utan hur *föreställningen* om "kostnadsproblemet" konstrueras och mobiliseras för att legitimera besparingspolitik.

Jag vill börja med ett exempel som åskådliggör det argument som jag kommer att driva: Åsa Regnér (S), ansvarig minister för LSS, utfrågas under Almedalsveckan 2016 av Hanna Kauppi från Arbetsgivarorganisationen KFO. På frågor som berör besparingarna inom den personliga assistansen återkommer ministern gång på gång till två olika standard svar: (1) att "pengar inte går till det som det var tänkt" samt att (2) "förtroendet för LSS undergrävs om vi inte vet vart varje krona går". De här svaren är intressanta. Som jag genomgående kommer att visa har "förtroendekrisen" i standard svar 2 i stor utsträckning skapats just genom politiska ifrågasättanden av den typ som exemplifieras av ministrarnas första standard svar. Genom att i sin retorik gång på gång påpeka att kostnaderna ökar och genom att förklara dessa ökningarna med "överutnyttjande", fusk eller oskäligen vinster, så bidrar ministern aktivt till att skapa den "förtroendekris" som hon använder för att legitimera besparingsåtgärder. Den här ögonblicksbilden från samtalet mellan Kauppi och Regnér illustrerar en mer generell struktur för hur åtstramningspolitiken rättfärdigas: genom att konstruera ett "kostnadsproblem" som antas undergräva assistansens legitimitet kan besparingspolitiken motiveras. En central aspekt av besparingspolitiken handlar alltså om att kommunicera en bild av att personlig assistans läcker pengar, vilket påstås bero på fusk och vinsthungriga assistansanordnare. Samtidigt visar min analys att de besparingspolitiska åtgärderna som genomförs inte är speciellt effektiva för att komma till rätta med vare sig fusk eller oskäligen vinstuttag. I stället för att förstå besparingspolitiken som en lösning på kostnadsproblemet, menar jag att "kostnadsproblemet" konstrueras för att legitimera en generell åtstramningspolitik (se Johnson, 2010, för en intressant parallell med sjukförsäkringen).

Innan jag utvecklar de här argumenten presenterar jag mina teoretiska utgångspunkter (under nästa rubrik) samt mitt materialurval (i resten av detta stycke). Analysen bygger på offentliga uttalanden och policydokument från den socialdemokratiska regeringen samt relevanta statliga myndigheter, från regeringsskiftet 2014 fram till den tidiga hösten 2016. Huvuddelen av materialet är från andra halvan

av 2015 och framåt, vilket är den tidsperiod då regeringen aktivt har opinionsbildat i assistansfrågan. Totalt består textmaterialet av ett tjugotal debattartiklar, fyra rapporter från statliga myndigheter som ofta åberopas i regeringens retorik, utredningsdirektiven för den nyligen tillsatta LSS-utredningen samt regleringsbrev för de myndigheter som har ansvar för eller tillsyn över den personliga assistansen. Jag har också gått igenom den sittande regeringens samtliga pressmeddelanden inom det funktionshinderpolitiska området. Eftersom jag i huvudsak är intresserad av hur politik underbyggs med hjälp av problembeskrivningar, ligger tonvikten i analysen på regeringens opinionsbildande arbete. Jag är intresserad av hur besparingspolitiken framställs som rimlig, *varför* regeringen argumenterar att besparingar är nödvändiga och vilka problem dessa påstås vara lösningar på. Därmed kan min undersökning beskrivas som en kritisk textanalys av hur socialpolitiska besparingar rättfärdigas.

Problemskapande och målgruppskonstruktioner

Jag presenterar under denna rubrik mina två huvudsakliga teoretiska inspirationskällor: Carol Bacchis (2009) analys av politik som *problemskapande* och Ingram och Schneiders (Schneider & Ingram, 1993; Ingram, Schneider & DeLeon, 2007) modell av hur policy legitimeras genom konstruktioner av politiska *målgrupper*. Båda dessa teorier frångår en traditionell syn på hur politik blir till; i stället för ett synsätt som ser politiska åtgärder som mer eller mindre rationella svar på givna problem, betonar såväl Bacchi som Ingram och Schneider hur problembeskrivningar och föreställningar om vissa "problematiska" grupper är konstruerade för att legitimera politiska åtgärder. Politik handlar med andra ord inte bara om problemlösande, utan också om *problemskapande*.

Som jag redan antytt, beskrivs den nuvarande assistanspolitiken som att ett antal politiska åtgärder (frysning av schablonbelopp, regleringsbrev till Försäkringskassan etc.) har designats för att lösa ett antal problem (stigande kostnader till följd av fusk, överutnyttjande och övervinster). Det är denna kedja av problem och politisk reaktion som jag kommer att ifrågasätta i den här artikeln. Detta förutsätter emellertid att vi måste röra oss bort från en traditionell syn på hur politik skapas. Utifrån en sådan, instrumentell, förståelse av hur politik blir till är policyprocessen uppdelad i ett antal faser där att identifiera problemet kommer först och att implementera politiska åtgärder kommer sist. Det här sättet att analysera policyprocesser har kritiserats för att vara idealtypiskt och förbise den politiska processens komplexitet (se Hill & Hupe, 2002; Hajer & Wagenaar, 2003, s. 5–7), men också för att det tenderar att betrakta politiska problem som separerade från det politiska problemlösandet (Bacchi, 2009). Som en konsekvens riskerar vi därmed att förbise hur beskrivningar av vad som utgör problem som politiken måste lösa i sig är uttryck för maktutövning.

Från det här perspektivet är det med andra ord inte på förhand givet att kostnadsökningarna inom den personliga assistansen ska vara det centrala funktionshinderpolitiska problemet. När just denna fråga ändå sätts högst på den politiska dagordningen, innebär det samtidigt att andra tänkbara problemformuleringar negligeras.

Den här typen av problemskapande är en integrerad del av hur politik blir till; redan när ett samhällsfenomen uppmärksammas som "problematiskt", och därför kräver åtgärder, så har den politiska processen påbörjats (se Bacchi, 2009). Grundtanken med den här analytiska ingången är alltså att "politiska problem" inte är neutrala och självklara, utan socialt konstruerade och politiska. Det blir därför viktigt att granska de antaganden som olika problemformuleringar bygger på (Bacchi, 2009, s. 39–44). Det här sättet att närma sig politik som en problemskapande aktivitet har bland annat utvecklats av Bacchi (2009, s. 1–7, 25–32). Kärnan i hennes analys är att problem aldrig uppstår oberoende av makt och ideologi. För att ge ett exempel: när funktionshinderpolitiken växte fram som ett separat politikområde, under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet, så var det mot bakgrund av insikten att det fanns grupper i samhället som inte kunde arbeta, som inte såg ut eller betedde sig som "normala" människor och som staten därmed var tvungen att göra någonting åt (se Altermark, 2016). På det här sättet växte institutioner för personer med intellektuella funktionshinder fram som ett svar på att opinionsbildare, psykiatriker och politiker gemensamt frammanade en problembild där vissa människors normavvikande beteenden kopplades till kriminalitet, lösdriveri och ekonomiska kostnader (se Axelsson, 2007). Institutionsvården kom med andra ord inte till som ett svar på ett objektivet existerande "problem", utan för att den här gruppen definierades och började beskrivas som ett hot mot samhällsordningen som staten var tvungen att förhålla sig till (se Altermark, 2016). När vi på det här sättet betraktar framväxten av olika politiska lösningar i en historisk backspegel blir det tydligt att problembeskrivningar speglar de värderingar och maktordningar som råder i samhället (se Brown 1995; Foucault 1990). Detta gäller så klart också för vår samtid; även dagens politiska problem är inbäddade i normer och värderingar som får vissa fenomen att framstå som problematiska och som olika samhällsaktörer därför kan mobilisera för att legitimera politiska åtgärder. En fundamental aspekt av hur politik blir till handlar på det här sättet om att definiera vad som utgör problemen som politiken ska lösa.

På flera sätt löper Ingram och Schneiders (1993) teori om policyskapande och målgruppskonstruktioner parallellt med Bacchis. Även i deras analys är syftet att röra sig bort från en instrumentell och formell politikförståelse för att granska de underförstådda antaganden som politiken bygger på. Precis som hos Bacchi är dessutom hur vi pratar om, skildrar och tolkar fenomen centrala aspekter av hur politik blir till. I Ingram och Schneiders (1993; Ingram, Schneider & DeLeon, 2007) fall handlar det om hur politikens målgrupper skapas, reproduceras och därigenom blir en del av hur

politiska åtgärder legitimeras. Den grundläggande tanken i detta teoribygge är enkel: för att en välfärdsreform ska uppfattas som legitim måste den grupp som tjänar på reformen uppfattas som förtjänt av reformens vinster. Nedskärningar kommer att uppfattas som legitima om målgruppen uppfattas som oförtjänt av samhällets resurser. Ingram och Schneiders poäng är alltså att politiska reformprogram kommer att bedömas givet vilka målgruppskonstruktioner de mobiliserar. Detta öppnar så klart upp för att politiska beslutsfattare medvetet försöker förmedla en bild av att grupper får mer än vad de förtjänar (om det handlar om nedskärningar) eller är förtjänta av mer än de för tillfället får (om det handlar om förbättringar). Den här typen av målgruppskonstruktioner fungerar som en slags retoriska stödordningar – när policyer beslutas om av politiker och när de implementeras av tjänstemän (Stubbergaard, 2010).

Som vi kommer att se i den empiriska analysen har den här typen av målgruppskonstruktioner en stor betydelse i hur nedskärningarna inom den personliga assistansen legitimeras; genom att måla upp bilden av att assistansen överutnyttjas kommuniceras en idé om att personer med funktionsnedsättningar får mer stöd än de har rätt till, samtidigt som de privata anordnarna beskrivs som oförtjänta profitörer på en generös assistanssättning. Dessa beskrivningar länkar in i den överordnade problembeskrivningen av skenande kostnader som samhället saknar kontroll över och fungerar därmed som ett verktyg för att rättfärdiga besparingspolitiken.

Att skapa ett "kostnadsproblem"

Den empiriska analysen som följer är uppdelad under två rubriker. Jag analyserar först den generella konstruktionen av "kostnadsproblemet", där jag tar fasta på fyra relaterade aspekter: (1) hur kostnadsproblemet innebär att alternativa problem ställs åt sidan; (2) hur kostnadsökningen inom LSS beskrivs som ett legitimitetsproblem och hur detta bygger på en föreställd "korrekt" kostnadsnivå; (3) hur problembeskrivningen av assistanskostnaderna ställer olika grupper av personer med funktionshinder mot varandra samt (4) hur skapandet av ett kostnadsproblem gör det möjligt att beskriva besparingspolitiska åtgärder som en politik för "ökad kontroll". Under nästa rubrik visar jag hur den här problembeskrivningen lutar sig mot specifika målgruppskonstruktioner av assistansanvändare och privata assistansanordnare.

För att förstå den nuvarande politiska linjen, måste vi alltså greppa hur "kostnadsutvecklingen" gjorts till det centrala funktionshinderpolitiska problemet. För detta är inte en självklar problembeskrivning. Till exempel har en lång rad offentliga utredningar fastställt att LSS målsättningar om jämlikhet och fullt medborgarskap inte har realiserats. Forskningen om funktionshinderpolitiken delar i mycket stor utsträckning denna bild, både i Sverige och internationellt (se Walmsley, 2005; Clement

& Bigby, 2010). Bortsett från att personer med funktionshinder tenderar att vara exkluderade på arbetsmarknaden, i civilsamhället och har sämre ekonomiska förutsättningar än resten av befolkningen (Socialstyrelsen, 2010), finns det också gott om undersökningar som belägger att LSS olika insatser inte fungerar givet lagstiftningens bakomliggande intentioner, vilket man kan tycka vore ett rimligare fokus för den funktionshinderpolitiska debatten (se Altermark, 2016, kap. 6; Bahner, 2016). Det är slående att de problem som återkommande har specificerats av både forskarsamhället och statliga myndigheter helt saknas i regeringens utredningsdirektiv för och kommunikation om funktionshinderpolitiken, till förmån för ett snävt kostnadsfokus på den personliga assistansen.

Med en tillspetsad formulering kan man därför säga att funktionshindrade personers levnadsvillkor framstår som betydligt mindre viktigt än vad dessa liv kostar. Det speglar i sig en värdering och föreställning med långa historiska rötter: genom 1900-talet har samhällskostnaderna av funktionshinder varit ett återkommande tema i den politiska debatten, medan livskvaliteten för människor som tillhör gruppen endast har stått högt på den funktionshinderpolitiska dagordningen från 1970-talet och framåt (se Grunewald, 2008). Man kan därför säga att dagens kostnadsfokus reaktiverar en djupt rotad problemställning om personer med funktionshinder: "Hur ska vi ha råd med dem?" (Carlson, 2010; Goodey, 2011). I dagens kontext spelar dessutom nya välfärdspolitiska styrningsideal in. Det är ett välbelagt faktum att socialpolitiken, även internationellt, alltmer har kommit att fokusera på minskade offentliga åtaganden för att motverka "bidragsberoende" (se Fraser & Gordon, 1997; Cruikshank, 1999) och att den styrningstrend som brukar benämnas "New Public Management" har gjort kostnadseffektivitet till ett överordnat kvalitetsmått för all offentlig verksamhet (se Pollitt & Bouckaert, 2004; Lundquist, 1998). Den sammantagna bilden av den funktionshinderpolitiska agenda som regeringen har satt blir med andra ord att fokus på assistansens kostnader dominerar närmast totalt. I utredningsdirektiven för den nya LSS-utredningen nämns förvisso andra funktionshinderpolitiska förbättringsområden, men eventuella reformer ska samtidigt finansieras genom besparingar inom assistansen (Dir. 2016:40). I enlighet med Bacchis modell tränger kostnadsproblemet på det här sättet undan andra tänkbara problemformuleringar, som till exempel hade kunnat fokusera på hur samhällets stöd kan utvecklas eller som utgår från de ojämlikheter och exkluderingar som personer med funktionshinder alltjämt drabbas av.

Utgångspunkten för konstruktionen av kostnadsproblemet är att kostnaderna för den personliga assistansen har ökat i snabbare takt än antalet personer som beviljas personlig assistans (Försäkringskassan, 2016, s. 7–10), vilket alltså innebär att det genomsnittliga antalet beviljade timmar per person har ökat (11). Detta påpekas kontinuerligt i regeringens retorik. För att motivera den särställning som assistans-

kostnaderna ges i den offentliga funktionshinderpolitiska diskursen beskrivs den här utvecklingen återkommande som en fråga om legitimitet. Ansvarig minister, Åsa Regnér (se Regnér, 2016a; Regnér & Karlsson, 2016), har vid ett flertal tillfällen argumenterat att funktionshinderrörelsens oro över fokuseringen vid kostnader bygger på en falsk motsättning mellan människors rättigheter och vad den personliga assistansen kostar. I stället menar Regnér att regeringens kostnadsfokus är ett uttryck för ett försvar av dessa rättigheter, eftersom LSS och den personliga assistansen bara är legitima givet att vi vet att assistansens kostnader ”gå[r]r till rätt saker” (se Andersson, 2015. I själva verket gynnas alltså assistansanvändare av mer kostnadskontroll (Regnér, 2016b). Liknande beskrivningar görs också av Försäkringskassan (2016, s. 5), som i en av sina rapporter till exempel hävdar att omfattningen av bedrägerier inom assistansen är ”systemhotande” eftersom de antas leda till att assistansen förlorar sin legitimitet. Legitimitetsbegreppet fungerar här som ett sätt att upphäva konflikten mellan besparingar och värnande om funktionshindrades rättigheter; genom att hänvisa till en föreställd förtroendekris för assistansen kan besparingspolitiken motiveras som ett försvar av assistansen.

Det finns emellertid varken forskning eller statistik som tyder på att den personliga assistansen är speciellt ifrågasatt, varken bland medborgare eller i den offentliga debatten. Den mediala granskning som har handlat om personlig assistans har heller inte berört de generella kostnadsnivåerna för assistansen, utan har fokuserat på enskilda fall av ekonomisk brottslighet. En enkel sökning på opinionsartiklar som berör personlig assistans visar snarare att kostnadsfrågan börjar diskuteras först *efter* att regeringen har börjat opinionsbilda med fokus på kostnadsökningarna (även om det finns spridda fall av kritik även tidigare). På det här sättet kan knappast regeringens politik betraktas som ett svar på en förtroendekris för assistansen. Snarare förefaller det som att regeringens eget agerande har lyft upp assistanskostnaderna på den politiska dagordningen och därigenom initierat debatten om kostnaderna, för att i nästa led referera till ett legitimitetsunderskott som *orsaken* till att det behövs en besparingspolitik. På det här sättet kan man, utifrån Bacchi (2009), se regeringens och de statliga myndigheternas egna insinuationer och påståenden om fusk och överutnyttjande som ett sätt att skapa en legitimitetskris som motiverar den politik man vill föra.

Retoriken kring den påstådda legitimitetskrisen för assistansen bygger på antagandet att det finns en korrekt kostnadsnivå som kostnadsökningarna överstiger. Anledningen till att regeringen menar att det uppstår en förtroendekris är att kostnadsökningarna inte har godtagbara orsaker, att pengarna går till fel saker och att det saknas kunskap om vart de egentligen tar vägen. I sak kan detta så klart stämma – det är till exempel svårt att argumentera mot djupare kunskap om hur utbetald assistansersättning används. Poängen här handlar dock om hur de här argumenten

mobiliseras för att legitimera politiska besparingsåtgärder. Jag menar att regeringen modellerar två relaterade problem. Å ena sidan saknas det kunskap om vad kostnadsökningarna beror på, vilket alltså skapar ett behov av kartläggningar och utredning. Å andra sidan antas samtidigt att kostnadsökningarna inte har legitima förklaringar, vilket motiverar de besparingsåtgärder som redan genomförts. I den strida strömmen av debattartiklar från Socialdepartementet (se Regnér, 2015b; 2016a; 2016b; 2016c; 2016d) är en återkommande retorisk figur att "människor ska få det stöd de har rätt till". Vilket samtidigt implicerar att det i dagsläget beviljas en stor mängd assistanstimmar som assistansanvändare *inte* har rätt till – annars skulle det ju inte vara möjligt att dämpa kostnaderna. Detta gör det i sin tur möjligt att använda sig av en terminologi som fastslår att det finns ett "överanvändande" och "överutnyttjande" av personlig assistans (vilket jag återkommer till under nästa rubrik). På det här sättet lutar sig regeringens retorik mot en föreställd distinktion mellan korrekt och orättfärdig assistans, där man samtidigt försäkrar att nedskärningarna bara kommer att gälla den senare kategorin (se Försäkringskassan, 2016, s. 27). Att de politiska besluten vi hittills har sett innebär generella nedskärningar som drabbar alla assistansanvändare avspeglas alltså inte i regeringens problemformulering och argumentation, som snarare bygger på att bara de som inte har rent mjöl i påsen kommer att drabbas.

En annan aspekt av problemskapandet som omgärdar assistansen har att göra med hur personlig assistans ställs mot andra insatser. Rent faktiskt slår kommittédirektiven för LSS-utredningen som sagt fast att reformer inom andra områden av LSS ska finansieras med besparingar inom assistansen (Dir. 2016:40). Samtidigt finns det ett flertal exempel på hur assistanskostnaderna i regeringens retorik länkas samman med att andra grupper av personer med funktionshinder får för lite stöd. I den ovan refererade utfrågningen i Almedalen tog till exempel ministern upp att det finns personer som har rätt till ledsagning som inte får denna insats – detta i en diskussion om kostnadsökningarna inom assistansen. Samma koppling görs i en rad debattartiklar (Regnér, 2015a; 2016c; 2016d). Tillsammans med utredningsdirektiven skapar detta intrycket att det finns ett orsaksförhållande, till exempel just mellan beviljad ledsagning och assistansens kostnader. I sak är dessa påståenden enkla att ifrågasätta. Att ökningen av den statliga assistansen skulle ha ett direkt samband med hur många som beviljas ledsagning enligt LSS – trots olika huvudmän och separat budgetering – är i princip samma sak som att hävda att kommunala fritidsgårdar får stänga när de statliga muséerna slopar sina avgifter. Syftet här är dock inte att förstå hur bra regeringens problematisering fungerar som verklighetsbeskrivning, utan som legitimeringsgrund för besparingar. Kopplingen mellan assistansens kostnader och övriga LSS-insatser *skapar* i samma ögonblick som det görs klart att besparingar inom personlig assistans ska resultera i satsningar på andra LSS-insatser. Sambandet finns för att regeringen bestämmer att det ska finnas. I förlängningen innebär detta att regeringen konstruerar

en motsättning mellan olika grupper av funktionshindrades intressen: assistansanvändare har ett intresse av bibehållet stöd, medan personer med andra insatser har ett intresse av satsningar som möjliggörs av besparingar inom assistansen. Detta är med andra ord en metod för att ställa olika grupper av personer med funktionshinder mot varandra.

Slutligen är det viktigt att lägga märke till hur besparingspolitiken etiketteras. Situationen inom den personliga assistansen beskrivs genomgående som att det saknas kontroll över kostnadsutvecklingen, att vi inte vet vart pengarna tar vägen, men att de i alla fall inte verkar gå till rätt saker. Kostnadsökningarna blir en abstraktion som frammanar bilden av en situation bortom sans. I sin kommunikation kring assistansen understryker också regeringen kontinuerligt att de politiska åtgärderna syftar till att säkerställa att pengarna hamnar på rätt plats. Trots att det alltså är generella nedskärningar, snarare än tillspetsad tillsyn och bättre handläggning, som implementeras. Lägesbeskrivningen av situationen gör det samtidigt möjligt att saluföra de besparingspolitiska åtgärderna på ett mer tilltalande sätt; det handlar inte om åtstramningar, utan är en politik för "ökad kontroll". I den retorik som regeringen använder för att beskriva sin politik är just ordet "kontroll" frekvent och helt centralt (se Regnér 2016a; 2016b; 2016d). Till exempel poängterar ansvarig minister i ett antal olika debattartiklar att det inte finns någon motsättning mellan "kvalitet" och "kontroll". I sak är detta så klart en truism, eftersom hela tanken med kontroll är att garantera kvalitet. Den analytiska poängen här handlar om att genom etiketteringen av besparingsåtgärder som "kontroll" försöker man upphäva motsättningen mellan att värna den personliga assistansen och att dra ner på dess kostnader. Att den förda politiken de facto innebär sänkta ersättningsnivåer per beviljad assistanstimme för *alla* assistansanvändare samt att färre timmar (allt annat lika) beviljas, skymms i en diskurs som betonar kvalitetssäkring och ökad kunskap.

"Överanvändare" och "vinstmaximerare"

Jag argumenterade ovan för att en central aspekt av hur "kostnadsproblemet" utformas är att man lutar sig mot antagandet att det finns en "korrekt" nivå för assistansens kostnader, men utan att denna nivå specificeras. Samtidigt finns det som sagt ett underskott av kunskap om vad kostnadsökningarna beror på. Faktum är att detta kunskapsglapp om kostnadsökningarna i sig fyller en viktig diskursiv funktion, eftersom det lämnar utrymme för regering och myndigheter att lansera egna förklaringar. Detta illustreras tydligt i en debattartikel signerad av Försäkringskassans generaldirektör och dess (tillförordnade) försäkringsdirektör (Begler & Lender, 2016). Kostnadsproblemet är den självklara utgångspunkten för artikeln, där ökningen av antalet assistanstimmar används för att vederlägga bilden att det skulle råda "kris"

inom den personliga assistansen. Den första tredjedelen av artikeln ägnas just åt att specificera hur stor del av kostnadsökningarna regering och myndigheter förstår orsakerna bakom och hur stor del som inte kan förklaras. Att vi inte vet "vart varje krona går" – för att parafrasera ansvarig minister – lämnar i sin tur utrymme för Begler och Lender att lansera sin egen förklaring, just i form av "överanvändning"/fusk och privata vinstintressen. Det ska noteras att de inte har empiriska fakta för att göra denna koppling. Givet hur deras text är strukturerad, framstår dock deras förklaring som det enda rimliga svaret på kunskapsluckan om varför utgifterna för assistansen skenar. Begler och Lender bortser här helt från den omfattande kritik som har funnits mot de dominerande uppskattningarna av fusket inom assistansen, och de ignorerar den statistik om vinsterna inom assistansbranschen som branschen själv har tagit fram. På det här sättet möjliggör det osäkra kunskapsläget förklaringsmodeller som fungerar som en legitimitetsgrund för besparingspolitiken. Jag tittar härunder närmare på hur de här förklaringsmodellerna lutar sig mot målgruppskonstruktioner av assistansanvändare som "överanvändare" och privata assistansanordnare som "vinstmaximerare". Målgruppskonstruktionerna förstärker i sin tur de antaganden som ligger till grund för besparingspolitiken, då assistansanvändare framstår som oförtjänta behövande som "överutnyttjar" systemet och assistansföretag som oförtjänta rika vars vinstintresse driver upp kostnadsökningarna.

Som jag redogjorde för i min teoretiska introduktion har Ingram och Schneider (1993; Ingram, Schneider & DeLeon, 2007) argumenterat för att välfärdspolitik ofta motiveras av speciella målgruppskonstruktioner, som i min analys förstås som att de understödjer skapandet av "kostnadsproblemet". Jag börjar med att titta på hur diskursen om "fusk" och "överanvändning" figurerar på det här sättet. Det ska direkt sägas att det så klart förekommer direkt fusk, där personer medvetet överdriver eller simulerar stödbehov för att sko sig själva eller där assistansanordnare blåser upp behoven. Till exempel har det projekt som Försäkringskassan drivit tillsammans med andra myndigheter, under namnet "Operation Fjord", lett till att ett antal bedragare har kunnat åtalas och fällas samt att ett antal oseriösa assistansanordnare har fått avveckla sin verksamhet (se Försäkringskassan, 2016). Det intressanta här är emellertid inte de fakta vi har om fusket eller hur det kan stoppas, utan hur *föreställningen* om fusk mobiliseras för att motivera de politiska besparingsåtgärder vi sett under de senaste åren. Som Björn Johnson (2010) har visat när det gäller sjukförsäkringen (som visserligen skiljer sig från assistansen i att den är betydligt mindre komplex) tenderar uppskattningar av fusk att överdrivas för att motivera politiska åtstramningar. Det ligger dessutom i sakens natur att det är mycket svårt att uppskatta i vilken utsträckning olika bidragssystem utnyttjas på det här sättet. När det gäller assistansen, anges ofta att fusk och överanvändning uppgår till cirka 10 procent av alla utbetalningar (Försäkringskassan, 2016, s.19). Denna siffra har emellertid blivit kraftigt ifrågasatt

på metodologiska grunder, då siffran bygger på expertuppskattningar snarare än reella empiriska data (se Näsman, 2016; Altermark & Nilsson, 2017). Metoden för att ta fram dessa uppskattningar har aldrig tidigare använts för att generera bedömningar av mörkertal, eller ens besvara samhällsvetenskapliga frågeställningar över huvud taget, och har dessutom tillämpats på sätt som radikalt avviker från hur metoden är tänkt att användas (Altermark & Nilsson, 2017). Emellertid är inte bristen på kunskap nödvändigtvis ett problem om syftet är att motivera besparingsåtgärder; osäkerheten kring omfattningen gör att Försäkringskassan och regeringen kan lansera uppskattningar som väcker uppmärksamhet och kallar till politisk handling. Det är också genomgående i kommunikationen som omgärdar assistansen att man hänvisar till ett antaget stort mörkertal. I den debattartikel som signerats av Försäkringskassans generaldirektör och försäkringsdirektör illustreras mörkertalet med metaforen att vi inte tar det relativa fåtal personer som åker fast för fortkörning som intäkt för att det är ett marginalfenomen (Begler & Lender, 2016). Läsaren leds att tro att vi på motsvarande sätt bara ser toppen av ett isberg när det kommer till dem som blir fällda för bedrägerier inom assistansen. Genom att luta sig mot antagandet om "det stora mörkertalet" blir det därmed möjligt att argumentera för att kostnadsökningarna är oskäliga och beror på fusk, utan att det finns ett faktiskt empiriskt underlag för de här påståendena. Faktum är att vi sedan 2008 har sett återkommande referenser till fusk och överutnyttjande, vilket redan motiverat hårdare kontroll av personer som får personlig assistans (se Näsman, 2016, s. 64).

I termer av målgruppskonstruktioner etablerar den här diskursen idén att assistansanvändare, som kollektiv, får mer assistans än de har laglig rätt till. Samtidigt som både regeringen och Försäkringskassan poängterar att de flesta assistansanvändare inte skor sig på systemet, får de återkommande referenserna till fusk och "överutnyttjande" effekten att det framstår som en helt central förklaring till varför assistanskostnaderna ökar. Misstänkliggörandet drabbar därmed assistansanvändare som grupp, även om inte alla beskrivs som skyldiga. Det är en förskjutning av hur personer som får personlig assistans porträtteras: vid LSS-införandet beskrevs personer med funktionshinder genomgående som förtjänta behövande, de framställdes som exkluderade och utsatta för orättvisor, vilket i sin tur motiverade en politik som skulle tillåta dem att bli bidragande samhällsmedlemmar (se t.ex. SOU 1992:52). En genomlysning av regeringens och myndigheternas beskrivningar av gruppen i dag visar att bilden av en diskriminerad och orättvist behandlad grupp i stor utsträckning har ersatts av beskrivningar av ett kollektiv som "överutnyttjar"/"överanvänder" (Socialdepartementet, 2015; Begler & Lender, 2016).

Den oprecisa begreppsapparaten är helt central för hur de här argumenten konstrueras. "Överanvändningens"/"överutnyttjandets" funktion är att fungera som benämning på det som Ingram och Schneider kallar för "oförtjänt behövande", men

som ändå inte innebär att man medvetet och planerat skor sig på systemet. Även om det inte direkt fuskas, så får assistansanvändare mer än de har rätt till. Som jag påpekade ovan blir begreppen enbart meningsfulla i relation till en tänkt korrekt nivå, som samtidigt inte preciseras. Det enda vi egentligen kan säga om vad "överanvändande" betyder, utifrån det empiriska materialet, är att det antas ligga bakom en stor del av kostnadsökningarna. Vi ställs därmed inför ett cirkelresonemang: Varför ökar kostnaderna? För att det finns ett överanvändande. Hur vet vi att det är ett överanvändande? För att kostnaderna ökar. Varför måste kostnadsökningarna dämpas? För att de beror på överanvändning. Hur vet vi att de beror på överanvändning? För att kostnaderna ökar. Och så vidare.

Snarare än ett empiriskt faktum menar jag därför att "överanvändning" är en diskursiv figur som används för att legitimera nedskärningar genom att misstänkliggöra assistansens målgrupp. Att använda begreppet blir ett verktyg för att slå fast både vad kostnadsökningarna beror på ("överanvändning") och att de inte är rättfärdigade (dock utan att en motiverad nivå specificeras). På det här sättet är begreppet substanslöst; det består endast av bedömningen att assistansanvändare får för mycket assistans, samtidigt som det fungerar som ett redskap för att ifrågasätta assistansanvändare (och som vi kommer att se nedan, assistansanordnare) som antas driva upp antalet beviljade timmar.

Den andra målgruppskonstruktionen av betydelse för hur assistansen problematiseras finner vi i beskrivningarna av de privata assistansanordnarna. Precis som fusket och överanvändningen lanseras privata vinstintressen som en förklaring till ökade kostnader. Grundargumentet summeras i en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen (2015, s. 87–89): privata anordnare har incitament att överdriva den enskildes stödbehov då detta ger större vinster. Detta är så klart svårt att argumentera mot i sak. Argumentet blir i sin tur framträdande då regeringen lanserar den nya LSS-utredningen, vilket illustreras av nedanstående citat ur en debattartikel i *Dagens Samhälle*:

Utredningen om assistansersättningens kostnader som gjordes under förra mandatperioden konstaterade att schablonersättningen gav starka ekonomiska drivkrafter för alla aktörer att försöka öka antalet beviljade timmar, eftersom varje timme gav en högre vinst. Utredningen konstaterade också att det finns en risk för att dessa företag överdriver assistansbehoven, eftersom företagen har ett starkt ekonomiskt intresse av att få många timmar assistansersättning i sin verksamhet. (Regné, 2016c)

När det gäller de privata och vinstdrivande assistansanordnarna är det i sig inte ett orimligt argument. I regeringens argumentation länkas det dock till det faktum att många privata anordnare anlitar jurister som hjälper assistansanvändaren i handlägg-

nings- och ansökningsfasen, vilket enligt regeringen alltså innebär ”att pengarna inte går till rätt saker”.

Återigen: det här är så klart bara problematiskt givet grundantagandet att fler timmar i sig själv är dåligt, det vill säga att privata anordnare skapar ett stödbehov som egentligen inte finns eller att de handlar på sätt som står i motsättning till assistansanvändarens bästa. För om juristerna hjälper den enskilde att få de timmar hen har rätt till, utifrån lagstiftningens intentioner, så är ju snarare systemfelet att juridisk rådgivning är nödvändigt för att rätt assistans ska beviljas. Det är sant att assistansanvändare med privata anordnare i genomsnitt har fler assistanstimmar och det är inte alls omöjligt att detta i någon utsträckning beror på sagda juridiska rådgivning. Det stämmer också att assistansmarknaden i dag i högre utsträckning domineras av privata anordnare (Inspektionen för socialförsäkringen, 2015). Däremot finns det ingenting som säger att det innebär att privata anordnare bidrar till att assistanstimmar beviljas som saknar lagstöd. Det kan ju också vara så att assistansanvändare som väljer kommunal assistans beviljas för få timmar och att den juridiska expertisen som ges via de privata anordnarna behövs för att de ska få det stöd som krävs för att de – utifrån lagstiftningens formulering – ska kunna ”leva som andra” (5 § LSS). Utifrån andra antaganden om vad som är en skälig nivå för assistansen hade det lika gärna gått att komma fram till att det finns ett problem med ”underanvändning”. Återigen förutsätter regeringens retorik att öknings i sig är dåliga och överstiger en föreställd korrekt nivå, trots att den personliga assistansens målgrupp knappast har blivit de fullt inkluderade medborgare som lagstiftningen postulerar (Socialstyrelsen, 2010).

I Inspektionen för socialförsäkringens rapport, som refereras ovan, framställs inte bara företagets incitament som en orsak bakom ökade kostnader, utan även assistansanvändarens (Inspektionen för socialförsäkringen, 2015, s. 5). Påståendet är intressant, eftersom det belyser ett faktum som egentligen inte är så överraskande: assistansanvändare vill ofta ha mer assistans. Det innebär också att assistansanvändarens och assistansanordnarens intressen här inte nödvändigtvis står i motsättning till varandra, det vill säga företagets ansträngningar att öka antalet beviljade timmar kan ju faktiskt gagna personer med funktionshinder. I en rapport publicerad av Försäkringskassan (2016, s. 26) finns en liknande beskrivning av incitamentsstrukturen för assistansanvändare och anordnare:

Det ska betonas att denna strävan från både mottagare och anordnare att erhålla fler assistanstimmar är fullt förståelig – det ligger helt enkelt i deras gemensamma intresse. Samtidigt är det klart att dessa drivkrafter utöver en press uppåt på det antal timmar assistansersättning som beviljas och så kommer det sannolikt att vara så länge nyttan och intäkten av en extra timme assistans överstiger marginalkostnaden, det vill säga kostnaden för att erhålla och tillhandahålla ytterligare en timme assistans.

Det reser återigen frågan vad det är som är så problematiskt med att kostnaderna ökar. Om assistansanvändare har ett intresse av fler beviljade timmar, är inte det ett tecken på att för få timmar beviljas? Det som Försäkringskassan här benämner som "en press uppåt" ska kanske snarare förstås som att assistansanvändare vill få assistans så att de kan leva sina liv utifrån samma villkor som människor utan funktionshinder – vilket alltså är precis vad lagstiftningen formulerar som sin övergripande målsättning. Samtidigt är det påfallande att assistansanvändarens incitament oftast faller bort i regeringens hänvisningar till dessa rapporter – i stället blir det endast de privata anordnarnas vinstintressen som beskrivs som en orsak till kostnadsökningarna.

Det finns så klart en generell och viktig debatt att föra om vinstuttag i välfärdsverksamheter – en debatt där jag själv är starkt kritisk till att skattepengar ska gå till vinstutbetalningar. Det ska också sägas att det förekommit uppgifter i media om privata anordnare som definitivt reser frågor om spänningar mellan assistansanvändares intressen och vissa privata anordnares vinstintressen. Poängen med regeringens retorik är dock inte att föra en sådan ideologisk driven diskussion, utan att lansera en målgruppsbild som gör att besparingar framstår som mer legitima. Det understryks av faktumet att de politiska åtgärderna knappast är designade för att specifikt komma åt de assistansanordnare som tar ut störst vinster. Snarare är det de stora anordnarna, som kan göra stordriftsfördelar och har sparat ihop ett kapital, som har bäst förutsättningar att klara av besparingarna. Det är företagen med minst vinstmarginaler som kommer att slås ut först. Syftet med den förda politiken är inte att lösa problemet med övervinster, i så fall hade tak för vinstuttag eller krav på återinvesteringar i verksamheten varit mycket mer effektiva åtgärder än generella nedskärningar. Snarare är retoriken om "övervinster" en del av en målgruppskonstruktion som legitimerar besparingspolitiken, även om besparingspolitiken knappast kommer åt övervinsterna.

Den sammantagna bilden blir alltså att problematiseringen av kostnadsökningen lutar sig mot två målgruppskonstruktioner: "överanvändaren"/"fuskaren" och "vinstmaximeraren". De här målgruppskonstruktionerna används i sin tur för att fylla kunskapsglappet om vad kostnadsökningarna inom assistansen beror på, på ett sätt som framställer det som att besparingspolitiken drabbar grupper som inte är förtjänta av en generös assistansersättning.

Är motstånd möjligt?

Den sammantagna bilden är att vi har en situation där assistansen beskrivs som ett kostnadsproblem, vilket tjänar syftet att legitimera en generell besparingspolitik. Samtidigt har regeringens besparingsåtgärder i själva verket mycket lite att göra med den problembeskrivning som legitimerar politiken. Om problemet verkligen hade

varit att pengarna "går till fel saker", eller att "vi inte vet vart varje krona tar vägen", så hade lösningen knappast varit att ge färre kronor till alla assistansanvändare, utan att undersöka och beivra de fall där pengarna hamnar på villovägar. På motsvarande sätt är frysningar och sänkningar av schablonbeloppet för varje assistanstimme inte ett effektivt sätt att komma till rätta med "övervinster" och "överutnyttjande". Politiska åtgärder som verkligen designats för att komma till rätta med vinstuttag och fusk hade behövt vara betydligt mer precisa. Mot bakgrund av den problembeskrivning regeringen gör, silar besparingspolitiken mygg och sväljer kameler; man genomför generella nedskärningar genom att ge Försäkringskassan i uppdrag att spara pengar och genom att minska uppräkningsbeloppet, men riktar inga specifika åtgärder mot vare sig "överutnyttjande", direkt fusk eller övervinster. Mitt argument är emellertid inte att "kostnadsproblemet" används som utgångspunkt för att designa effektiva åtgärder, utan har konstruerats för att legitimera en generell besparingspolitik. Regeringens och myndigheternas beskrivning av kostnadsproblemet inom assistansen är alltså inte den förda politikens rationella grundförutsättning, utan en problematisering som syftar till att rättfärdiga, snarare än att utforma, besparingar. "Kostnadsproblemet", så som det beskrivs, kan inte lösas av de besparingspolitiska åtgärderna. Däremot kan "kostnadsproblemet" göra så att dessa åtgärder *framstår* som rimliga.

De argument som jag drivit i den här artikeln har implikationer för hur vi ska betrakta möjligheterna att göra motstånd mot besparingspolitiken. För det första antyder analysen att det är viktigt att inte bekräfta regeringens beskrivning av "kostnadsproblemet". Den politiska filosofen Wendy Brown (1995) har varnat för att formulera kritik inom ramarna för den rådande maktregimens problembilder. I det aktuella fallet kan detta fungera som en varning mot att ta "kostnadsproblemet" för givet. Det är sant att det finns många goda argument för att kostnaderna för assistansen överdrivs och att det finns dolda alternativkostnader som regeringen inte beaktar. Ett alltför starkt fokus på det här riskerar dock att leda till den beklagliga konsekvensen att den funktionshinderpolitiska debatten låses fast i en ekonomisk diskurs som alltjämt handlar om kostnader, snarare än levnadsvillkoren för personer med funktionshinder. Den helt centrala normkällan för svensk funktionshinderpolitik har under de senaste decennierna varit FN:s deklaration om mänskliga rättigheter: anledningen till att vi har assistans är, enligt lagstiftningen, inte att den ska generera samhällsekonomiska vinster, eller att insatserna ska vara ekonomiskt effektiva, utan att personer med funktionshinder har en okränkbar rätt att leva som fullvärdiga medborgare (Prop. 1992/93:159; Prop. 1999/00:79).

Vi har i dag en situation där det inte finns någon politisk debatt om hur samhällets stöd till personer med funktionshinder kan förbättras, hur vi ska komma längre i ambitionen att nå jämlikt och fullt medborgarskap eller hur maktrelationerna mellan

personer med funktionshinder och samhället i övrigt ska jämnas ut. Ett ensidigt kostnadsfokus sväljer allt utrymme för en sådan, progressiv och framåtblickande, diskussion. Tiden efter LSS har präglats av att delar av funktionshinderrörelsen ofta har varit relativt tätt knuten till staten, som deltagare i utredningar och som dialogpartner. Givet att vi nu har en funktionshinderpolitisk debatt som utgår från en problembild som få företrädare för rörelsen delar, är det inte troligt att enbart spela rollen som dialogpartner är det mest effektiva; så länge vi är fångade i ett snävt kostnadsfokus spelar det mindre roll huruvida regering och myndigheter har för avsikt att lyssna på rörelsen – problemet är ju redan definierat. Det visar på att ett motstånd mot nedskärningspolitiken inte bara kan utgå från att besvara regeringens och de statliga myndigheternas argument om ”kostnadsproblemet”, utan måste också försöka etablera andra problembilder, som tar sin utgångspunkt i levnadsvillkoren för personer med funktionshinder. Det är inte sannolikt att LSS-utredningen kommer att producera förslag som gagnar funktionshindrades långsiktiga intressen och värderingar och det är inte sannolikt att regeringen kommer att föra en politik som stärker assistansen eller LSS. En sådan politik förutsätter nämligen att vi först etablerar andra sätt att tänka kring vilka de funktionshinderpolitiska problemen egentligen är.

Referenser

- Altermark, N. (2016) *After inclusion. Intellectual disability as biopolitics* (Lund Political Studies 180). Lund: Lunds universitet.
- Altermark, N. & Nilsson, H. (2017) "Det handlar om miljarder". *En metoanalytisk rapportserie 13*. STIL:s rapportserie 13).
- Andersson, M. (2015) Vi måste se över systemet för LSS. *Aftonbladet*, den 18 december 2015. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2015/12/vi-maste-se-over-systemet-for-lss/>]. Hämtat: 2017-05-29]
- Axelsson, T. (2007) *Rätt elev i rätt klass. Skola, begåvning och styrning 1910–1950* (Linköping Studies in Arts and Science 379). Linköping: Linköpings universitet.
- Bacchi, C. (2009) *Analysing policy. What's the problem represented to be?* French Forest: Pearson.
- Bahner, J. (2016) *Så nära får ingen gå? En studie om sexualitet, funktionshinder och personlig assistans* (Skriftserien 2016:3). Göteborg: Institutionen för socialt arbete.
- Begler, A. & Lender, A. (2016) Bolag och brukare har fel om kris i assistansen. *Dagens Nyheter*, den 6 juni 2016. [www.dn.se/debatt/bolag-och-brukare-har-fel-om-kris-i-assistansen/]. Hämtat: 2017-11-08]
- Brown, W. (1995) *States of injury. Power and freedom in late modernity*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Carlson, L. (2010) *The faces of intellectual disability. Philosophical reflections*. Bloomington och Indianapolis: Indiana University Press.
- Clement, T. & Bigby, C. (2010) *Group homes for people with intellectual disabilities. Encouraging inclusion and participation*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cruikshank, B. (1999) *The will to empower. Democratic citizens and other subjects*. New York: Cornell University Press.
- Dir. 2016:40. Kommittédirektiv: Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen.
- (DPAC) Disabled People Against Cuts. (2014) *No money, no food, no heating. Testimonies of disabled people who have had their social security payments stopped*. [dpac.uk.net]
- Foucault, M. (1990) *The history of sexuality. Vol. 1. The will to knowledge*. Hammondsworth: Penguin.
- Fraser, N. & Gordon, L. (1997) "Dependency" demystified. Inscriptions of power in a keyword of the welfare state. I: P. Pettit & R.E. Goodin *Contemporary political philosophy. An anthology*. Chichester: Wiley.
- Försäkringskassan (2016) *Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka fusk och oegentligheter med assistansersättning?* (Socialförsäkringsrapport 2016:8).
- Goodey, C.F. (2011) *A history of intelligence and "intellectual disability". The shaping of psychology in early modern Europe*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Goodley, D., Lawthom, R. & Runswick-Cole, K. (2014) Dis/ability and austerity. Beyond work and slow death. *Disability & Society*, 29(6): 980–984.
- Gottweis, H. (2003) Theoretical strategies of poststructuralist policy analysis. Towards an analytics of government. I: M.A. Hajer & H. Wagenaar *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grunewald, K. (2008) *Från idiot till medborgare*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Hajer, M.A. & Wagenaar, H. (2003) Introduction. I: M.A. Hajer & H. Wagenaar (red.) *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hill, M. & Hupe, P. (2002) *Implementing public policy*. London: Sage Publications.

- Ingram, H., Schneider, A.L. & DeLeon, P. (2007) Social construction and policy design. I: P.A. Sabatier (red.) *Theories of the policy process*. Cambridge: Westview Press.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014) *Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning* (Rapport 2014:19).
- Inspektionen för socialförsäkringen (2015) *Assistansersättningen. Brister i lagstiftning och tillämpning* (Rapport 2015:9).
- Johnson, B. (2010) *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Lundquist, L. (1998) *Demokratins väktare. Ämbetsmannen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.
- Näsman, M. (2016) *Konsekvenser av indragen assistansersättning. En studie om medikalisering och hur kostnader skiftar från samhället till brukaren och dess anhöriga* (Umeå Papers in Economic History 46/2016). Umeå universitet.
- Olofsson, J. (2009) *Socialpolitik. Varför, hur och till vilken nytta?* (2 uppl.). Stockholm: SNS Förlag.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004) *Public management reform. A comparative analysis*. (2 uppl.). Oxford: Oxford University Press.
- Prop. 1992/93:159. Stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Prop. 1999/00:79. Från patient till medborgare. En nationell handlingsplan för handikappolitiken.
- Regné, Å. (2015a) Översyn av lagen om LSS för att tillgodose dagens behov. *Svenska Dagbladet*, den 10 november 2015. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2015/11/oversyn-av-lagen-om-sss-for-att-tillgodose-dagens-behov/>]. Hämtat: 2018-11-16]
- Regné, Å. (2015b) Viktigt med översyn av LSS. *Dagens Samhälle*, den 26 november 2015. [<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/viktigt-med-oversyn-av-sss-201517>]. Hämtat: 2017-06-06]
- Regné, Å. (2016a) Vi måste kunna prata om kostnader även när det gäller funktionsnedsatta. *Nyheter 24*, den 9 mars 2016. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2016/03/asa-regner-vi-maste-kunna-prata-kostnader-aven-nar-det-galler-funktionsnedsatta/>]. Hämtat: 2017-11-16]
- Regné, Å. (2016b) Valfärden får kosta – men pengarna ska gå till dem som behöver dem. *Metro*, den 31 mars 2016. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2016/03/valfarden-far-kosta-men-pengarna-ska-ga-till-dem-som-behover-dem/>]. Hämtat: 2017-11-20]
- Regné, Å. (2016c) Så vill vi förbättra assistansersättningen. *Dagens Samhälle*, den 26 maj 2016. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2016/05/asa-regner-sa-vill-vi-forbatta-assistansersattningen/>]. Hämtat: 2017-11-20]
- Regné, Å. (2016d) Kostnadskontroll och utveckling går hand i hand. *Dagens Samhälle*, den 1 juni 2016. [<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/kostnadskontroll-och-utveckling-gar-hand-i-hand-25451>]. Hämtat: 2017-11-20]
- Regné, Å. & Karlsson, A. (2016) Individens rättigheter ska och kommer att stå i centrum. *Kristianstadsbladet*, den 23 maj 2016. [<http://www.regeringen.se/debattartiklar/2016/05/asa-regner-individens-rattigheter-ska-och-kommer-att-sta-i-centrum/>]. Hämtat: 2017-11-20]
- Schneider, A. & Ingram, H. (1993) The social construction of target populations. *American Political Science Review*, 87(2):334–346.
- Socialdepartementet (2015) *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan*. (Regeringsbeslut I:8).
- Socialstyrelsen (2010) *Alltjämt ojämligt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*.
- SOU 1992:52. *Ett samhälle för alla*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Stubbergaard, Y. (2010) Making citizens. Theories and practices of constructing citizenship

- identities. I: B. Bengtsson, P. Strömblad & A. Bay (red.) *Diversity, inclusion and citizenship in Scandinavia*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Walmsley, J. (2005) Institutionalization. A historical perspective. I: K. Johnson & R. Traustadóttir (red.) *Deinstitutionalization and people with intellectual disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Åsa Ritenius Manjer & Ulla Melin Emilsson

Tillit och misstro

– om synen på mammografiscreening vid bröstcancer

Trust and mistrust – the view of mammography screening among women with breast cancer

One example of the welfare state's health ambitions is to reduce the onset of illness and mortality from cancer, which among other things means that approximately 900,000 women in Sweden in the age group 40–74 years recurrently receive an invitation to mammography screening. The objective is to detect possible breast cancer at an early stage and thereby reduce mortality from the disease. For this to be possible a high participation is one of the basic conditions. This article deals with the view of mammography screening among women who have experienced breast cancer. Twenty-eight women were interviewed in six focus group settings. Data were processed through a thematic analysis and theories of coping were used as the analytical tool. The findings show how the confidence in the value of mammography screening was on trial in connection with the announcement of the diagnosis, especially for the women who discovered their breast cancer themselves between two screenings (interval cancers). The way the tumour was discovered marked a watershed between feeling confident or not to the value of mammography screening. The women in the study used three forms of coping strategies to continue maintaining confidence in the value of mammography screening: adaptation, control and avoidance. Overall, these strategies have been interpreted as an adaptation to the welfare state's health ambitions and an enabling to continue the participation when the invitation for mammography screening arrives in the mailbox, regardless of their own experiences.

Åsa Ritenius Manjer, socionom och filosofie doktor i socialt arbete vid Lunds universitet.

Ulla Melin Emilsson, socionom, psykolog och professor i socialt arbete vid Lunds universitet och vid Linnéuniversitetet.

Kontakt: asa.ritenius_manjer@soch.lu.se

Introduktion

Även om det sker betydande medicinska framsteg utgör välfärdsrelaterade sjukdomar som cancer, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar fortfarande en mycket stor del av ohälsan i den industrialiserade västvärlden (World Health Organization, 2009). Som ett led i välfärdsstatens ambitioner att minska såväl insjuknandet som dödligheten i dessa sjukdomar erbjuds hälsofrämjande och hälsoförebyggande insatser inom en rad områden (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Gemensamt för dessa är att de riktar sig till medborgare som på olika sätt utgör en riskgrupp (Medin & Alexandersson, 2000). Det är insatser som utgår från en folkhälsopolitisk inställning där ansvaret för människors välmående delas mellan olika sektorer i samhället men där framför allt den enskilde medborgarens ansvar för sin hälsa lyfts fram (Prop. 2002/03:35; 2007/08:110). För att dessa hälsoambitioner ska ge väntad effekt på medborgarnas hälsa är det angeläget att de som berörs deltar i de insatser som samhället erbjuder.

Ett exempel på välfärdsstatens hälsoambition är att minska insjuknandet och dödligheten i cancer, vilket bland annat innebär att cirka 900 000 kvinnor i Sverige i åldersgruppen 40–74 år får en kallelse till mammografiscreening varje år. Syftet med detta är att upptäcka eventuell bröstcancer i ett tidigt skede och därmed minska dödligheten i sjukdomen. För att det ska vara möjligt är ett högt deltagande en av de grundläggande förutsättningarna. Att uppmana kvinnor att söka efter förändringar i bröstet innebär samtidigt att frågor kring risken att få bröstcancer och tillit till mammografiscreeningens värde kommer i fokus. I denna artikel diskuteras synen på mammografiscreening bland kvinnor som har drabbats av bröstcancer. För trots att ett högt deltagande indikerar att det finns en tillit till mammografiscreeningens värde, och indirekt till just detta exempel på hälsoförebyggande insatser som välfärdsstaten erbjuder, så vet vi relativt lite om hur det tar sig uttryck och upprätthålls i praktiken för dem som har drabbats av bröstcancer.

I Sverige får drygt 9 000 kvinnor bröstcancer varje år och cirka 1 500 dör av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2014a). Totalt utgör bröstcancer cirka en fjärdedel av all cancer hos kvinnor i den industrialiserade västvärlden (Holmberg & Frisell, 2010; IARC, 2015; Socialstyrelsen, 2015). I nuläget finns det inget enkelt och effektivt sätt att minska risken för sjukdomen, men däremot kan man genom att tidigt upptäcka en bröstcancer mildra lidandet och eventuellt stoppa sjukdomsförloppet. En viktig anledning till att man under mitten av 1980-talet införde mammografiscreening som hälsoförebyggande insats för tidig upptäckt av bröstcancer var att överlevnaden kunde kopplas till stadium vid diagnos (Socialstyrelsen, 1986). Men all bröstcancer upptäcks inte på mammografiscreening, och det är välkänt att en del kvinnor kan upptäcka en bröstcancer mellan två screeningtillfällen, så kallad intervallcancer (Zackrisson et al., 2007). En följd av detta är att kvinnor, trots att de deltar i mammo-

grafiscreening, även uppmanas att regelbundet känna efter förändringar i sina bröst på egen hand (World Health Organization, 2014).

Ett stort antal studier har undersökt mammografiscreening vad gäller bland annat dödlighet och deltagande utifrån ett medicinskt perspektiv (RCC, 2014). Däremot är det fortfarande oklart hur kvinnor som har drabbats av bröstcancer ser på mammografiscreening som en hälsoförebyggande insats att upptäcka sjukdomen i ett tidigt skede, och i vilken mån det har betydelse hur tumören upptäcktes. Risken att få bröstcancer och tillit till mammografiscreeningens värde är angelägna frågor som alla kvinnor i den aktuella åldersgruppen ställs inför – även kvinnor med bröstcancer, då de efter avslutad behandling åter kallas till mammografiscreening av det friska bröstet (RCC, 2014; Socialstyrelsen, 2014b). Det övergripande syftet med denna artikel är att undersöka och försöka förstå om och i så fall på vilket sätt synen på mammografiscreening hos kvinnor med bröstcancer förändras efter ett diagnosbesked. I intentionen ligger också att koppla kvinnornas syn på mammografiscreening till den hälsopolitiskt riktade insats som den utgör en del av. Följande frågor har formulerats:

- Hur ser kvinnor med bröstcancer på mammografiscreening före och efter det egna diagnosbeskedet?
- Vad har betydelse för hur synen på mammografiscreening förändras?
- Hur påverkas tilliten till denna del av samhällets hälsoinriktade erbjudanden?

Artikeln baseras på ett empiriskt material där 28 kvinnor med bröstcancer som hade deltagit i mammografiscreening har medverkat i fokusgruppsintervjuer med öppna semistrukturerade frågeställningar kring synen på bröstcancer och mammografiscreening. Samtliga kvinnor var medlemmar i lokala bröstcancerföreningar i södra Sverige. Kvinnorna som medverkade i fokusgruppsintervjuerna hade antingen upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening eller mellan två screeningtillfällen (intervallcancer), vilket gav en möjlighet att belysa skillnader i synen på mammografiscreening mellan dessa grupper.

Den studie som denna artikel är baserad på har genomförts som en uppföljning av resultat från egen tidigare forskning. Där framkom att det fanns en osäkerhet bland kvinnor utan bröstcancer som hade avstått från mammografiscreening, kring hur deras beslut skulle kunna komma att påverka en framtida bröstcancerdiagnos (Ritenius Manjer, Zackrisson & Melin Emilsson, 2016). För att försöka förstå mer om betydelsen av mammografiscreening efter en bröstcancerdiagnos och om det har någon betydelse hur tumören upptäcks, genomfördes denna uppföljningsstudie där kvinnor med bröstcancer och deras syn på mammografiscreening var i centrum. Den inledande ambitionen var att både intervjua kvinnor som hade deltagit, respektive hade avstått från mammografiscreening. Under studiens gång visade det sig emel-

lertid att samtliga 28 kvinnor som tackade ja till att medverka i denna studie, tidigare också hade tackat ja till mammografiscreening.

Mammografiscreening och bröstcancer

Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige ett högt deltagande i mammografiscreening, vilket delvis kan förklaras med att screening för bröstcancer är väl etablerad och utbyggd i hela Sverige (Missinne & Bracke, 2015; Socialstyrelsen, 2014c). Kallelsen till denna röntgenundersökning av bröstet skickas ut till alla kvinnor i den aktuella åldersgruppen med ett tidsintervall på 18–24 månader. Vid undersökningstillfället, som tar några minuter att genomföra, kläms brösten ihop mellan två plattor för att ge en så detaljrik röntgenbild som möjligt. Två till tre veckor efter undersökningen meddelas resultatet skriftligt via brev. Finns det misstanke om bröstcancer återkallas kvinnan för ytterligare undersökningar. Även kvinnor som har genomgått en behandling för bröstcancer blir på nytt uppmanade att känna efter förändringar i det friska bröstet och blir åter kallade till mammografiscreening beroende på ålder och risk för återfall (RCC, 2014). Trots att mammografiscreening utgör en av de största hälsopreventiva insatser som har genomförts i Sverige, finns det sedan undersökningen introducerades i mitten av 1980-talet skilda uppfattningar om dess effektivitet (se t.ex. Götzsche & Nielsen, 2013; Lauby-Secretan et al., 2015; Marmot et al., 2012).

Studier som beskriver kvinnors upplevelser av bröstcancer har till stor del fokuserats på erfarenheter av att få bröstcancer, fysiska och känslomässiga reaktioner som följer av den medicinska behandlingen eller skapandet av en ny identitet efter behandlingen (se t.ex. Boehmke & Dickerson, 2006; Landmark, Strandmark & Wahl, 2001; Lindwall & Bergbom, 2009; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Att få en bröstcancerdiagnos innebär för många en erfarenhet av att gå från att känna sig frisk till att helt plötsligt bli betraktad som allvarligt sjuk (Boehmke & Dickerson, 2006; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Det får i sin tur konsekvenser för det vardagliga livet och leder ofta till omfattande känslomässig stress som oundvikligen leder till tankar kring liv och död (Landmark, Strandmark & Wahl, 2001).

Østerlie et al. (2008) har uppmärksammat hur välfärdsstatens målsättning att sänka dödligheten i bröstcancer har bidragit till att frivilligheten att delta i mammografiscreening har en underordnad position i kallelsen till undersökningen. Framför allt saknas information om undersökningens nackdelar (Østerlie et al., 2008). Flera studier kring kvinnors beslut att delta i mammografiscreening har belyst den anpassning som sker till samhällets förväntan på den enskilda kvinnan att delta i undersökningen (Kaufert, 2000; Vahabi & Gastaldo, 2003; Willis, 2008). Detta är ett mönster som även har uppmärksamrats inom gynekologisk screening (Forss et al., 2001;

Howson, 1998). Willis (2008) menar att de starka band som finns mellan staten och medborgarna i Sverige har bidragit till att beslutet att delta i mammografiscreening är tätt sammanvävt med samhällets grundläggande idéer kring rättigheter, ansvar och risk. Kaufert (2000) understryker hur både rädsla och en känsla av plikt bidrar till att det sker en anpassning till systemet att delta när kallelsen kommer i brevlådan. Det är en anpassning som formas via budskapet att det finns en risk att bröstcancer kan finnas dolt i kroppen och att tidig upptäckt genom mammografiscreening kan rädda liv, vilket den enskilda kvinnan har svårt att ifrågasätta (Griffiths et al., 2010; Kaufert, 2000). Detta kan förstås som en kombination av en övergripande tillit till välfärdsstatens ambition att erbjuda bra hälsoservice och ett beroende av den medicinska kunskapen, att se förändringar på röntgenbilden, som kräver specialkunskap (Solbjør, 2008). Solbjør et al. (2012) visar i en studie, med kvinnor med nyupptäckt intervallcancer, att det inte påverkade synen på mammografiscreening som hälsoförebyggande undersökning i någon större omfattning. Solbjør et al. (2012) menar att det faktum att mammografiscreening utgör den enda möjligheten att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede bidrar till att kvinnor blir beroende av att delta i undersökningen.

Att delta i mammografiscreening är således en fråga som aktualiseras i olika skeden i kvinnors liv och under lång tid. I denna artikel belyses bland annat hur kvinnor med bröstcancer upplevde att åter behöva ta ett beslut att delta eller avstå från mammografiscreening när de hade avslutat sin bröstcancerbehandling och på nytt fick en kallelse för att undersöka det friska bröstet. En av de intervjuade kvinnornas beskrivning av situationen illustrerar den stress och tvetydighet som framfördes på olika sätt: "Ska på mammografi nästa vecka och känner att jag inte kan lita på det längre eftersom jag måste kolla själv hela tiden ... men samtidigt vet jag inte hur det ska kännas och jag känner massor av knölar hela tiden."

Teoretisk referensram

För att förstå mer om kvinnornas agerande i samband med att de på nytt kallades till mammografiscreening efter avslutad bröstcancerbehandling har Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping och stress i svåra livssituationer använts som teoretiskt analysverktyg. Coping är ett begrepp som har visat sig användbart för att förstå hur människor hanterar stressfyllda situationer, som till exempel vid svår och livsomställande sjukdom (jfr Kenne Sarenmalm et al., 2007; Larsson, 2007). Stress definieras som inre eller yttre krav som överskrider individens egna resurser medan coping ses som de ansträngningar som sker för att klara av dessa situationer (Lazarus & Folkman, 1984). Inledningsvis sker en primär bedömning av vad som upplevs som hotfullt i den aktuella situationen, vilket utgör en vägledning för valet av copingstrategier. Därefter sker en sekundär bedömning där möjliga resurser för att hantera den

stressfyllda situationen identifieras. I denna del av processen sker valet av copingstrategier och graden av förutsägbarhet har där betydelse (Lazarus & Folkman, 1984). För kvinnorna i studien utgör diagnosbeskedet den stressutlösande situationen. Lazarus och Folkman (1984) har delat in copingstrategier i känslö- och problemfokuserad coping för att kunna identifiera dess innehåll. Dessa strategier tar vanligtvis plats i olika delar av processen. Känslöfokuserade strategier syftar till att minska det känslomässiga lidandet eller förändra betydelsen av den stressande situationen medan problemfokuserade strategier syftar till att begränsa och förändra den uppkomna situationen.

Metod, material och genomförande

En central utgångspunkt för studien var att kvinnor med erfarenhet av bröstcancer har viktiga tankar och åsikter både kring sjukdomen och kring sättet att upptäcka den på och därmed kring frågan om mammografiscreening. Att enbart fånga kvinnornas tankar kring och syn på mammografiscreening med hjälp av individuella intervjuer uppfattade vi som etiskt tveksamt i en situation där samtliga faktiskt hade gått igenom en svår sjukdomsprocess. Det bidrog till valet av fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod. På det sättet skapades möjligheter till diskussion och argumentation kring mammografiscreening, samtidigt som kvinnorna kunde dela med sig av och utgå ifrån sina egna upplevelser av sjukdomsprocessen. Var och en kunde själv välja hur mycket och på vilken känslomässig nivå hon ville medverka i samtalet och sedan formulera hur hon såg på mammografiscreening såväl före som efter insjuknandet i bröstcancer.

Sex fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 28 kvinnor med bröstcancer genomfördes. Genom kvinnornas personliga och samtidigt sinsemellan olika beskrivningar blev upplevelsen av mammografiscreeningens standardiserade genomförande tydlig. Samtliga hade deltagit i mammografiscreening. Kvinnorna i studien hade antingen upptäckt sin bröstcancer via mammografiscreening (n=16) eller själva mellan två screeningtillfällen (n=12), se tabell 1.

Tabell 1. Sociodemografiska faktorer

Faktorer	Kategorier	Alla (n=28)	Upptäckt själv (n=12)	Upptäckt via ms (n=16)
Bröstcancer	>10	4	2	2
Antal år sedan diagnos	6–10	6	3	3
	1–5	18	7	11
	< 1	0	0	0
Ålder vid intervju	< 60	7	2	5
	60–69	11	4	7
	> 69	10	6	4
Yrke	Administration/ekonomi	7	2	5
	Service/diverse	4	2	2
	Utbildning	4	1	3
	Vård och omsorg	13	7	6
Syssetsättning	Arbetar	9	4	5
	Pensionerad	19	8	11
Civilstånd	Sammanboende	20	8	12
	Ensamstående	8	4	4
Barn	Ja	21	9	12
	Nej	5	2	3
	Ingen information	2	1	1

Kvinnorna

Kvinnorna var vid intervjutillfället mellan 44 och 75 år. Av dem var 19 pensionerade, varav två hade förtidspension. Flertalet av kvinnorna arbetade eller hade arbetat inom offentlig sektor såsom vård, omsorg eller skola, medan elva av dem hade haft sysselsättningar av administrativ karaktär eller inom olika serviceyrken i statlig och privat regi. Sju av kvinnorna var ensamstående medan de övriga levde med en partner. Majoriteten hade barn, varav fem hade minderåriga barn som fortfarande bodde hemma. Samtliga kvinnor talade svenska och två av dem kom från ett annat nordiskt land. En majoritet av kvinnorna hade haft sin diagnos mellan ett och fem år medan de övriga hade haft sin diagnos längre än sex år (tabell 1). Två av kvinnorna hade fått återfall i sin bröstcancer.

Det förekom individuella variationer i bröstcancerbehandlingen. De flesta hade förutom operation även behandlats med strålning, cytostatika eller hormonell

behandling. Flera av kvinnorna medicinerade fortfarande för att minska risken för återfall i sjukdomen. Alla hade haft det avslutande läkarsamtalet som rutinmässigt sker cirka ett år efter operationen. Kvinnornas aktuella levnadsförhållanden utgjorde inte huvudfokus i intervjuerna men beskrivningarna kring till exempel boende och fritidssysselsättningar gav en tydlig bild av att de var etablerade i samhället och hade en väl fungerande vardag.

Genomförande

Vi fick kontakt med kvinnorna via lokala bröstcancerföreningar i södra Sverige där de var medlemmar. Samtliga bröstcancerföreningar inom en region, tillika landstingsområde, i södra Sverige kontaktades. Den inledande ambitionen att både intervjua kvinnor som deltagit respektive avstått från mammografiscreening visade sig inte möjlig att genomföra på det sätt vi valde att rekrytera deltagare till denna studie. Den första kontakten skedde på ett öppet möte hos respektive förening där medlemmarna fick muntlig och skriftlig information om studien. De kvinnor som därefter ville medverka lämnade en intresseanmälan. De kontaktades därefter för ytterligare planering. Innan fokusgruppsintervjuerna startade, skrev alla deltagare under en samtyckesblankett där det framkom att de hade tagit del av informationen om studien, att det var frivilligt att delta samt att de kunde avbryta sin medverkan när de själva ville utan motivering. Studien är godkänd av Centrala etikprövningsnämnden (Dnr: Ö 35-2014).

Intervjuerna genomfördes mellan december 2014 och mars 2015 i lokaler som de olika bröstcancerföreningarna disponerade, med ett undantag där fokusgruppsintervjun ägde rum i lokal som anordnades av oss. Tid och plats planerades i samråd med kvinnorna och ingen ersättning utgick. För att alla skulle få utrymme att berätta om sina erfarenheter i sin egen takt och att eventuella diskussioner inte skulle behöva avbrytas begränsades antalet deltagare per fokusgrupp till max sex personer. Intervjuerna varade i två timmar. Även om det övergripande syftet med fokusgrupperna var att fånga deras gemensamma syn på framför allt mammografiscreening (Wibeck, 2010), inleddes varje intervju med att kvinnorna kort beskrev ålder, arbete, aktuell levnadssituation samt när och hur de fick sin bröstcancerdiagnos liksom vilken behandling de hade genomgått. Tanken med detta var både att få en uppfattning om deras situation och en ökad förståelse för den kontext som omgärdar synen på mammografiscreening, men även att skapa ett personligt samtal där alla skulle känna sig bekväma med att berätta om sina erfarenheter och åsikter för varandra (Morgan, 1997). Därefter introducerades de två övergripande frågeställningarna, det vill säga synen på mammografiscreening och synen på bröstcancer och behandlingen av sjukdomen, vilka delvis överlappade varandra i kvinnornas berättelser.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes av två samtalsledare där den första författaren hade det huvudsakliga ansvaret att leda samtalet och följa upp med frågor när det funnits behov. Den andra författaren hade en observerande roll för att få med iakttagelser som inte kan fångas på en ljudfil samtidigt som löpande anteckningar gjordes. Samtliga intervjuer spelades in på en mp3-fil som därefter avidentifierades och transkriberades ordagrant för att utgöra underlag för bearbetning och analys (jfr Barbour, 2008). Direkt efter intervjuerna sammanfattade samtalsledarna sina intryck muntligt för varandra, vilket också har ingått som en del av analysarbetet.

Kvinnorna som medverkade var alla medlemmar i olika lokala bröstcancerföreningar inom riksorganisationen (BRO) vars uppgift är att tillvarata bröstcancerkvinnors intressen gentemot både politiker och sjukvård (BRO, 2015). Det innebär att de i grunden har ett engagemang kring frågor som rör både bröstcancer och mammografiscreening. De visade också ett stort intresse för studiens frågeställningar. Detta starka engagemang för frågan, liksom det faktum att många i respektive fokusgrupp kände till varandra, påverkade säkerligen fokusgruppsintervjuerna och därmed resultatet. På vilket sätt är förstås omöjligt att veta, men det får ses i ljuset av att de samtidigt är de som är riktigt insatta i frågorna. Det faktum att deltagarna var medlemmar i samma förening kan ha bidragit till att intervjuerna genomgående har präglats av ett öppet samtalsklimat men också att det funnits en hög samstämmighet kring flera frågor. Morgan och Kreuger (1993) menar att det inte går att undvika att deltagarna i en fokusgrupp känner varandra, men att det alltid finns en risk att det håller tillbaka och begränsar möjligheten att uttrycka en avvikande mening. För att hantera detta och hitta rätt samtalsnivå inleddes varje fokusgruppsintervju med en egen kort reflektion kring mammografiscreening och bröstcancer (jfr Wibeck, 2010). Därefter informerades deltagarna om sekretessen inom gruppen och kring värdet av att ge utrymme åt olika synsätt under intervjun. Varje fokusgruppsintervju avslutades med att kvinnorna fick möjlighet att reflektera över hur de upplevde sitt deltagande i intervjun. Samtliga uttryckte sig i mycket positiva ordalag för att vi hade visat intresse för denna fråga och en vanlig kommentar var att de var tillfreds med att de hade fått dela sina erfarenheter av sjukdomen på ett nytt sätt.

Tematisk analys

Tematisk analys har använts för att ta fram stabila och meningsbärande teman i materialet (Langemar, 2008). Det är en metod för att söka efter mönster och teman i kvalitativa data och är lämplig i analysen av individuella erfarenheter och upplevelser (Langemar, 2008). För att få en god uppfattning om materialet har både intervjuer och transkriberingar genomförts av förstaförfattaren. Därefter har de transkriberade intervjuerna lästs igenom åtskilliga gånger för att få en uppfattning om helheten.

Följande preliminära teman har använts i denna artikel: "mammografiscreening – en bekräftelse på att vara frisk från bröstcancer", "att upptäcka bröstcancer med eller mellan mammografiscreening", "tillit till tekniken – att se det som inte går att upptäcka själv", "känna sig frisk men vara sjuk", "mammografiscreening är bra, men inte för mig", "mammografiscreening på nytt", "att avstå från mammografiscreening är inget alternativ, trots en tilltagande misstro till undersökningens värde för egen del", "extra kontroller av bröstet", "hantera osäkerheten att tumören kan finnas dold i kroppen" och avslutningsvis "undvika att känna efter ny bröstcancer". Dessa preliminära teman jämfördes med den ursprungliga texten, vilket bland annat Langemar (2008) beskriver som ett sätt att synliggöra mer övergripande teman i materialet och där empirin blir sedd på ett nytt sätt men i samma kontext. Det övergripande tema som synliggjordes och som är aktuellt i denna artikel är "att upprätthålla en tillit till mammografiscreeningens värde".

Om tillit och misstro till mammografiscreeningens värde

Mammografiscreening har en central roll för upptäckten av bröstcancer. Genom att i analysen utgå från Lazarus och Folkmans (1984) teori om stress och coping i svåra livssituationer har det varit möjligt att belysa hur kvinnorna i studien använde sig av olika copingstrategier för att fortsätta upprätthålla en tillit till mammografiscreeningens värde – att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede. Men också hur tilliten förändrades då synen på värdet av mammografiscreening fick en annan innebörd. För kvinnorna med intervallcancer handlade det främst om att hantera en tilltagande misstro till undersökningens värde för egen del, då de inte hade upptäckt sin bröstcancer i samband med ordinarie mammografiscreening. De kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografi snarare förstärkte sin tillit till teknikens betydelse för tidig upptäckt av bröstcancer. Sammantaget har dessa ageranden tolkats som olika uttryck för en anpassning till och ett möjliggörande att kunna fortsätta delta när kallelsen till mammografiscreening kommer, oavsett egna erfarenheter av undersökningen.

Lazarus (1993) menar att copingstrategier utformas utifrån hur den givna situationen upplevs. Den situation som beskrivs i denna artikel sker under en tidsperiod på minst ett år, som för alla kvinnor i studien omfattade diagnosbesked, behandling och därefter åter en kallelse till mammografiscreening av det friska bröstet (jfr RCC, 2014). Det är en process som med olika omfattning inverkar på den enskildes livssituation (jfr Lilliehorn et al., 2010; McCann et al., 2010; Tighe et al., 2011). Att få en bröstcancerdiagnos är en situation som har beskrivits som stressfylld och som inte är möjlig att ha full kontroll över då den ytterst utgör ett hot mot den egna existensen (Landmark, Strandmark & Wahl, 2001).

Mammografiscreening före diagnosbeskedet – en trygghet

Kvinnorna berättade samstämmigt att de före diagnosbeskedet hade ett stort förtroende för att med mammografiscreening upptäcka eventuell bröstcancer i ett tidigt skede. I linje med Willis (2008) studie ingav kallelsen till mammografiscreening en känsla av trygghet. Ett återkommande sätt att uttrycka detta var att se mammografiscreening som en "billig livförsäkring" och att det alltid varit "självkänt att delta" när de fick en kallelse. Endast ett par av kvinnorna uttryckte att de hade haft en återkommande oro att upptäcka bröstcancer i samband med mammografiscreening, vilket var kopplat till en erfarenhet av sjukdomen i familjen (jfr Absetz, Aro & Sutton, 2003). Framför allt beskrevs deltagandet i mammografiscreening som en bekräftelse på att vara frisk från bröstcancer. En av kvinnorna sa:

Att gå på mammografiscreening är som att gå till tandläkaren, det är en skön känsla efteråt. Nu blev det ju inte så för mig, men jag menar när brevet kommer och det står att allt såg bra ut.

Griffiths et al. (2010) har uppmärksammat hur förtroendet för den medicinska tekniken bidrar till att den ständiga risken för bröstcancer faller i glömska mellan kallelsorna till mammografiscreening. Ett par av kvinnorna berättade att de trots synbara förändringar i bröstet mellan två screeningtillfällen inte uppfattade att de kunde vara symtom på bröstcancer eftersom det inte hade observerats vid tidigare mammografi. En kvinna beskrev det så här:

Innan mammografin när jag tog på mig bh så gick det inte att få in den biten av bröstet riktigt då det ville puta ut där, och då var det tumören som på något sätt trycktes upp, så hade jag varit mer uppmärksam där så ... men jag kunde inte tänka mig att jag skulle kunna få bröstcancer. Man litar ju väldigt mycket på mammografin, det gör man ju.

Värdet bekräftas

Att upptäcka en förändring i bröstet, innan det är möjligt att själv känna den, lyftes fram av kvinnorna som en central anledning till att delta i mammografiscreening. Det visar på ett förtroende för den medicinska teknikens förmåga att hålla oss friska på ett sätt som vi själva inte kan klara av (jfr Solbjør, 2008), och ligger i linje med flera hälsokampanjer för att få fler kvinnor att delta i mammografiscreening (jfr King, 2006). En kvinna som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening sa:

Det är fantastiskt bra med mammografi, jag hade aldrig upptäckt den själv, trots att den var 38 mm stor, utan det gjordes på mammografin. Har du stora bröst som jag har är det svårt att själv känna om det är knutor.

Kvinnan i citatet nedan hade inte själv uppfattat några förändringar i bröstet innan hon fick sitt diagnosbesked, samtidigt som symtomen fanns där när hon fick hjälp att känna:

Det kom ett brev (efter mammografiscreeningen) men det behövde inte betyda att det var något farligt. Jag åkte på semester för jag mådde ju bra. Men det var ju någonting. Ja, jag kunde ju känna den när jag fick reda på var den satt ... hade jag inte gått på mammografi hade jag nog suttit farligt till nu.

För flera av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer med mammografiscreening bidrog avsaknaden på symtom till en svårighet att känslomässigt förstå vad som pågick i kroppen då de fick sitt diagnosbesked. Både Boehmke och Dickerson (2006) och Sherman, Rosedale och Haber (2012) har uppmärksammat hur en bröstcancerdiagnos kan innebära att gå från att känna sig frisk till att helt plötsligt bli betraktad som allvarligt sjuk. En kvinna beskrev det på följande sätt:

Jag gick på mammografi och så kom det ett brev hem att jag skulle på återbesök. Då blev det lite obehagligt. På måndagen tog de lite prover och på onsdagen blev jag opererad. Det gick väldigt fort och då sa de att det var cancer, jaha, tänkte jag, man fattar inte, vad då liksom?

Sammanfattningsvis kan kvinnornas erfarenheter ses som en process, vilket Lupton (2012) har beskrivit på ett mer övergripande sätt som att förtroendet för den medicinska disciplinens kompetens stärks samtidigt som den egna kunskapen om den egna kroppen ges mindre betydelse.

Värdet ifrågasätts

Flera av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen beskrev en tilltagande misstro till möjligheten att med mammografiscreening upptäcka bröstcancer i det egna bröstet. En av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer kort tid efter ordinarie mammografi sa:

Jag kände mig lite lurad eftersom jag var på mammografi och sen hade jag två rätt så stora tumörer efter tre månader och tänker att de inte hunnit växa på den korta tiden, de måste ha funnits där.

Andra kvinnor med liknande upplevelser av att upptäcka sin bröstcancer ett par månader efter ordinarie mammografiscreening sa:

Jag hade gärna hoppat över mammografin för det gör så ont och så syns det inte på mig då jag har så täta bröst. Jag har frågat och de säger att de tagit så många plåtar att de kan se förändringar, men jag är tveksam till det.

Där har jag gått plikttroget varje gång och mitt emellan kom den i varje fall (tumören).

Men trots att flera kvinnor ifrågasatte den egna möjligheten att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede med mammografi, var det ingen som ifrågasatte det grundläggande förtroendet för undersökningens värde. Solbjør et al. (2012) menar att det är en svårighet för den enskilda kvinnan att ifrågasätta mammografiscreeningens värde då det inte erbjuds några alternativa undersökningar. Det är med andra ord bättre än ingen kontroll alls, men för kvinnorna med intervallcancer kvarstod osäkerheten och rädslan att nya tumörer kunde finnas dolt i bröstet, vilka inte var möjliga att med säkerhet upptäcka med mammografiscreening. Det bidrog till en tilltagande misstro och en stressfull situation som en av kvinnorna uttryckte på följande sätt:

Mammografiscreening är inget jag känner mig trygg med på något vis utom just när jag varit där ... ja, jag tror absolut att det är bra med mammografi, men som sagt, jag förlitar mig inte på det eftersom jag själv upptäckte min tumör.

I praktiken innebar det att dessa kvinnor fortsatte att delta i mammografiscreening när de åter blev kallade efter avslutad behandling. Detta trots en tilltagande misstro till undersökningens effektivitet då den inte varit tillräcklig för att upptäcka tumören i deras bröst, antingen på grund av bröstets storlek eller dess täthet.

Om mammografiscreeningens förändrade innebörd

I samband med att kvinnorna åter kallades till mammografiscreening efter avslutad behandling hade undersökningens värde fått en delvis ny innebörd, speciellt för kvinnor med intervallcancer. Risken för ny bröstcancer utgjorde ett ständigt hot för kvinnorna medan de med intervallcancer dessutom behövde hantera osäkerheten att tumören inte hade upptäckts vid ordinarie mammografiscreening. Trots den nya innebörden av mammografiscreening och med en förändrad syn liksom en tilltagande misstro deltog alla kvinnor när de på nytt blev kallade till undersökningen efter avslutad bröstcancerbehandling. För att kunna fortsätta delta i mammografiscreeningen

trots en tilltagande misstro till undersökningens effektivitet för egen del använde sig kvinnorna av copingstrategierna anpassning, kontroll och undvikande.

Mammografiscreening med nya ögon – anpassning som copingstrategi

Ett genomgående tema i samtliga fokusgrupper var oron att på nytt börja med mammografiscreening efter avslutad behandling. Det beskrevs i ord som: "känna sig liten", "inte så tuff när det väl gällde", "obehagligt" och "diagnosen är livstidsladdad". Trots det valde alla kvinnor som medverkade i studien att åter delta i mammografiscreening efter avslutad bröstcancerbehandling. Att avstå utgjorde inget alternativ. En av de yngre kvinnorna som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening sa:

Nu var det ett förstadium till cancer jag hade, men de fick ju ändå ta hela bröstet. Och då kan det vara likadant nu och det är ett negativt tänk men så tänker man, det var väldigt oroligt att gå på mammografi efter behandlingen.

Att åter delta i mammografiscreening efter avslutad behandling beskrevs som en trygghet samtidigt som det var ett stressfyllt moment som kunde innebära ett besked om ny bröstcancer. Återkommande i kvinnornas beskrivning var att de kände sig ensamma med sin oro, vilket kunde uttryckas på följande sätt:

Jag är alltid rädd och tycker det känns konstigt i bröstet, men min man svarar bara att bröstcancer har du ju haft.

Första mammografiscreeningen efter behandlingen sa jag att jag fixar själv, men samma dag bad jag en kompis följa med.

När du kommer tillbaka till mammografin är det bara in och tjoff ut igen. De är vänliga och försöker, men de kan inte ta hand om någon som vill prata.

Tre kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen beskrev beslutet att fortsätta med mammografiscreening, trots en tilltagande misstro till dess värde för egen del, på följande sätt i en av fokusgrupperna:

KV1: Jag litar inte ett dugg på det eftersom min tumör var så stor när den upptäcktes (mättar med fingrarna) men går ändå eftersom det är enda alternativet.

KV4: Det är viktigt med mammografi, och sen att de råkar missa en knuta på 10 cm.

KV5: Vi som haft bröstcancer går på mammografi även om vi inte litar på det.

Med stöd av Lazarus och Folkman (1984) kan kvinnornas agerande sammanfattas som en problemfokuserad copingstrategi. Syftet med den valda strategin är att utifrån de nya förutsättningarna för mammografiscreening anpassa sig till situationen och delta när det kommer en kallelse, trots oro för ny bröstcancer. De deltar främst på grund av att det saknas alternativa metoder för tidig upptäckt av bröstcancer. Av betydelse är även att det var en situation som kvinnorna upplevde att de blev lämnade ensamma med.

Bra men inte tillräckligt – kontroll som copingstrategi

Ett annat tema som framträdde i analysen var en önskan att få genomföra fler och tätare kontroller av bröstet än vad vården rekommenderade. Det beskrevs främst av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen.

Fler och tätare undersökningar har tolkats som en strategi att hålla rädslan för ny bröstcancer i schack. Adelswärd och Sachs (2002) menar att möjligheten att kontrollera kroppen med medicinska tester eller screening kan ge en känsla av makt över den egna hälsan, men även väcka en tanke att det är något som pågår i kroppen som kan leda till svår sjukdom. Att bröstcancerbehandlingen var avslutad och att de betraktades som friska av vården innebar inte att kvinnorna uppfattade att bröstcancer var borta. Följande dialog, från en av fokusgrupperna, återspeglar en sekvens av ett samtal där synen på kompletterande undersökningar till mammografiscreening diskuterades. Det är en dialog som tar sin utgångspunkt i en oro att inte kunna lita på att bröstcancer är borta ur kroppen:

Kv1: Innan jag blev sjuk fanns ju inte det i min värld att jag skulle få bröstcancer men nu vågar jag inte lita på att jag är hundra procent frisk.

KV5: Så känner jag med.

KV4: Jag tryckte på lite vid min ettårsuppföljning, att nu är det så att jag behöver ett ultraljud för jag har ont i armhålan där jag är opererad.

KV2: Det är ju jätteviktigt att få veta om man har täta bröst och att man kan komplettera med ultraljud.

KV4: Jag vet inte hur vanligt det är att göra magnetkameraundersökningen för den är nog ännu strået vassare om man har täta bröst.

KV2: Jag tror inte att det är så vanligt här.

KV1: Jag skulle gärna vilja ta ett ultraljud också i och med att jag redan är drabbad, att man kompletterar mammografi med ultraljud, faktiskt.

Craddock Lee (2010) belyser svårigheten för enskilda medborgare att avgöra vad risken för cancer innebär i praktiken, vilket bidrar till ett behov av att kontrollera det som inte går att kontrollera. Ett uttalande från en kvinna med intervallcancer får stå

som exempel för beslutet att agera på egen hand för att få tillgång till kompletterande undersökningar utöver mammografiscreening:

Jag tyckte jag kände någonting, det gör jag hela tiden, så ringde jag (till sjukhuset) och sa att jag kände något konstigt ... Jag får inte ultraljud om jag inte säger att det kommit tillbaka.

Sammanfattningsvis har detta agerande tolkats som en känslfokuserad copingstrategi. Syftet bakom den valda strategin är att hantera osäkerheten och rädslan att tumören inte syntes på mammografen och fortfarande kan finnas dold i bröstet, en situation som kvinnorna inte kunde ändra på (Jfr Lazarus 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Svårt att åter börja undersöka bröstet – undvikande som copingstrategi

Ett ytterligare tema som synliggjordes i analysen var motståndet att åter börja känna efter förändringar i bröstet på egen hand efter att behandlingen var avslutad, vilket ter sig motsägelsefullt i förhållande till önskan om fler och tätare undersökningar av bröstet. Samtliga kvinnor uppmanas, förutom att delta i mammografiscreening, att även känna efter förändringar i bröstet på egen hand på grund av att alla tumörer inte upptäcks vid mammografiscreening. Två kvinnor med intervallcancer beskrev sitt motstånd på följande sätt:

Kan man hoppa över det så gör man det, skjuter det framför sig, speciellt om man, som jag, upptäckt det själv.

Jag får sms som påminner mig om att det är en "klämdag" (känna själv efter knölar i bröstet), men jag följer det inte utan tänker att det kan inte vara så farligt om jag väntar en dag till.

Kvinnorna i studien var samstämmiga kring hur uppmaningen att känna efter förändringar i bröstet på egen hand var ett viktigt komplement till mammografiscreening, men när det kom till handling valde flera av dem att avstå. Det är ett ställningstagande som är i linje med resultat från egen tidigare forskning med kvinnor utan bröstcancer som valde att avstå från såväl mammografiscreening som självundersökning trots att de hade uppfattat det medicinska värdet med undersökningen (Ritenius Manjer, Zackrisson & Melin Emilsson, 2016). En kvinna som hade upptäckt sin bröstcancer via mammografiscreening sa:

Det (känna själv efter knölar i bröstet) är en billig livförsäkring, men jag känner inte på mitt bröst, dumt nog. Jag tänker att jag ska göra det, men jag gör det inte. Varje morgon gör jag gymnastiken som jag ska, och det är jag väldigt noga med, men just det här att känna. Jag kommer mig inte för.

Sammanfattningsvis har detta agerande tolkats som en undvikande känslolofokuserad copingstrategi. Syftet bakom den valda strategin är att hantera och minimera obehaget att på nytt riskera att upptäcka bröstcancer och som företrädesvis beskrevs av kvinnor med intervallcancer (jfr Lazarus 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Konklusioner och avslutande reflektioner

Denna studie visar hur synen på mammografiscreeningens värde förändrades efter diagnosbeskedet, vilket var speciellt framträdande när kvinnorna efter avslutad behandling på nytt blev kallade till mammografiscreening. Rädslan att åter drabbas av bröstcancer i kombination med att få en kallelse till mammografiscreening av det friska bröstet bidrog till att tilliten till undersökningens värde ställdes på prov. Risken för ny bröstcancer utgjorde ett hot för alla kvinnor i studien, medan de med intervallcancer dessutom behövde hantera osäkerheten att tumören inte hade upptäckts vid mammografiscreening. Att upptäcka bröstcancer vid ordinarie mammografiscreening innebar snarare en förstärkt tillit till teknikens möjligheter att se det som inte var möjligt att själv upptäcka.

Den bild av den förändrade synen på mammografiscreening som framträder är delvis motsägelsefull och starkt kopplad till hur tumören upptäcktes. Det blir tydligt att det både finns en stark önskan från kvinnorna att få kontroll över situationen genom fler och tätare undersökningar av bröstet än vad vården rekommenderar och en undvikandestrategi för att undgå känslan att på nytt få ett besked om bröstcancer. Gemensamt för de båda copingstrategierna är rädslan att upptäcka en ny bröstcancer. Med stöd av Kvaless och Brinkmanns (2014) beskrivning av betydelsen av det motsägelsefulla för att förstå hur olika uppfattningar kan vara ett uttryck för objektiva motsägelser i informanternas livsvärld, menar vi att det mycket väl speglar den svåra och komplexa situation som kvinnorna befinner sig i. Det motsvarar en aspekt av bröstcancer vården som sällan ges uppmärksamhet då fokus i regel riktas mot värdet av att delta i mammografiscreeningen och inte mot upplevelsen av att bli kallad till undersökningen. Studiens kvalitativa ansats har gjort det möjligt att komma bakom den dominerande uppfattningen om mammografiscreening – som en outhärlig undersökning för att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede – och belysa den tude-lade bilden av dess värde som kan relateras till erfarenheten att få bröstcancer och risken att på nytt drabbas av sjukdomen.

Studien visade att trots skilda förutsättningar att upptäcka tumören med mammografiscreening så deltog alla kvinnor när de på nytt blev kallade till undersökningen efter avslutad behandling. En situation som vid en första anblick kan te sig synnerligen oproblematiske och helt i linje med välfärdsstatens hälsoambition – att få kvinnor att delta i undersökningen (se t.ex. Socialstyrelsen, 2014c). För flera av kvinnorna i studien skedde det dock på bekostnad av att deras egen oro och osäkerhet fick stå tillbaka, då mammografiscreeningens standardiserade format inte gav något utrymme för personliga och individuella erfarenheter av sjukdomen. Vi menar att detta är en viktig kunskap för att bättre kunna anpassa och möta kvinnors behov av stöd i samband med att de åter kallas till mammografiscreening. Det faktum att mammografiscreening för närvarande utgör det enda alternativet för tidig upptäckt av bröstcancer är centralt i detta sammanhang, vilket även har uppmärksamats av Solbjør et al. (2012). Detta ger en sammantagen bild av hur mammografiscreeningens centrala roll vid upptäckten av bröstcancer innebar att kvinnorna på olika sätt behövde upprätthålla en tillit till undersökningens värde för att kunna fortsätta ta del av välfärdsstatens hälsoförebyggande arbete.

Vidare menar vi att det även belyser samhällets oförmåga att anpassa undersökningens format till kvinnornas nya förutsättningar efter insjuknandet. Flera kvinnor beskrev övergången, från att vara sjuk till att bli sedd som frisk, som en känslomässigt svårhanterlig situation som påminde om övergången mellan att känna sig frisk men vara sjuk (jfr Boehmke & Dickerson, 2006; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Det fick en konkret betydelse i samband med att bröstcancerbehandlingen avslutades och att de på nytt förväntades undersöka det friska bröstet som en del av välfärdsstatens hälsoförebyggande insatser för tidig upptäckt av bröstcancer. Flera kvinnor upplevde att det inte togs någon hänsyn till deras personliga erfarenhet av bröstcancer då de åter blev kallade till mammografiscreening. För att hantera situationen och kunna fortsätta delta i mammografiscreening användes både känslö- och problemfokuserade copingstrategier. Det gav kvinnorna en möjlighet att själv agera genom att kontrollera, undvika och anpassa sig till situationen.

Kvinnornas beskrivningar av synen på mammografiscreening säger inte enbart något om deras erfarenheter av undersökningen utan omfattar även en anpassning till välfärdsstatens hälsoambition som är värdefull att förstå mer om för att kunna utveckla ett stöd i samband med mammografiscreening efter en bröstcancerbehandling. Genom att inkludera mammografiscreening i kvinnors erfarenhet av att drabbas av bröstcancer har det varit möjligt att visa det som inte är synligt genom att enbart studera kvinnors deltagande.

Sammantaget visar denna artikel hur det till synes oproblematiske förhållningssättet till mammografiscreeningens värde föregicks av en betydligt mer svårfångad pro-

cess där både erfarenheten av bröstcancer och risken att på nytt insjukna ingick – en situation som upplevdes stressfylld och där förväntan att delta var tydligt definierad.

Referenser

- Absetz, P., Aro, A.R. & Sutton, S.R. (2003) Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology*, 12(4): 305–318.
- Adelswärd, V. & Sachs, L. (2002) *Framtidens skuggor. Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Lund: Arkiv förlag.
- Barbour, R. (2008) *Doing focus groups*. Thousand Oaks & California: Sage Publications.
- Boehmke, M.M. & Dickerson, S.S. (2006) The diagnosis of breast cancer. Transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33(6): 1121–1127.
- BRO (2015) Stöd oss i kampen mot bröstcancer. [<http://www.bro.org.se/>. Hämtat: 2015-06-10.]
- Craddock Lee, S.J. (2010) Uncertain futures. Individual risk and social context in decision-making in cancer screening. *Health, Risk & Society*, 12(2): 101–117.
- Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E.-L., Sachs, L. & Tornberg, S. (2001) "I got a letter ..." A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psycho-Oncology*, 10(1): 76–87.
- Griffiths, F., Bendelow, G., Green, E. & Palmer, J. (2010) Screening for breast cancer. Medicalization, visualization and the embodied experience. *Health*, 14(6): 653–668.
- Götzsche, P. & Nielsen, M. (2013) *Screening for breast cancer with mammography*. Copenhagen: The Cochrane Database of Systematic Reviews. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/pdf>]
- Holmberg, L.H. & Frisell, J. (2010) Bröstsjukdomar. I: B. Jeppsson, P. Naredi, J. Nordenström & B. Risberg (red.) *Kirurgi*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Howson, A. (1998) Embodied obligation The female body and health surveillance. I: S. Nettleton & J. Watson (red.) *The body in everyday life*. London: Routledge.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2015) *Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. [<http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>. Hämtat: 2015-05-06.]
- Kaufert, P.A. (2000) Screening the body. The pap smear and the mammogram. I: M. Lock (red.) *Living and working with the new medical technologies*. Boston: Cambridge University Press.
- Kenne Sarenmalm, E., Öhlén, J., Jonsson, T. & Gaston-Johansson, F. (2007) Coping with recurrent breast cancer. Predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1): 24–39.
- King, S. (2006) *Pink Ribbons, Inc. – Breast cancer and the politics of philanthropy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landmark, B.T., Strandmark, M. & Wahl, A.K. (2001) Living with newly diagnosed breast cancer. The meaning of existential issues. A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, based on grounded theory. *Cancer Nursing*, 24(3): 220–226.
- Langemar, P. (2008) *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi. Att låta en värld öppna sig*. Malmö: Liber.
- Larsson, K. (2007) *Quality of life and coping with ulcerative colitis and Crohn's disease*. Uppsala: Uppsala universitet.

- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F. & Straif, K. (2015) Breast-cancer screening. Viewpoint of the IARC working group. *New England Journal of Medicine*, 372(24): 2353–2358.
- Lazarus, R.S. (1993) Coping theory and research. Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3): 234–247.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2010) "Admission into a helping plan". A watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(8): 806–813.
- Lindwall, L. & Bergbom, I. (2009) The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(4): 280–287.
- Lupton, D. (2012) *Medicine as culture. Illness, disease and the body*. 3 uppl. London: Sage Publications.
- Marmot, M., Altman, D., Cameron, D., Dewar, J., Thompson, S. & Wilcox, M. (2012) The benefits and harms of breast cancer screening. An independent review. *The Lancet*, 380(9855): 1778–1786.
- McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G. & Kearney, N. (2010) Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14): 1969–1976.
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000) *Hälsa och hälsofrämjande. En litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Missinne, S. & Bracke, P. (2015) A cross-national comparative study on the influence of individual life course factors on mammography screening. *Health Policy*, 119(6): 709–719.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Morgan, D.L. & Kreuger, R.A. (1993) When to use focus groups and why. I: L.D. Morgan (red.) *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.
- Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*.
- Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC) (2014) *Bröstcancer. Nationellt vårdprogram*. [http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/. Hämtat: 2016-08-16.]
- Ritenius Manjer, Å., Zackrisson, S. & Melin Emilsson, U. (2016) On women's ambivalence about mammography screening. Support in the decision-making process a potential role for health care social workers? *British Journal of Social Work*, 46(2): 480–497.
- Sarenmalm, E.K., Browall, M., Persson, L.O., Fall-Dickson, J. & Gaston-Johansson, F. (2013) Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1): 20–27.
- Sherman, D.W., Rosedale, M. & Haber, J. (2012) Reclaiming life on one's own terms. A grounded theory study of the process of breast cancer survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 39(3): 258–268.
- Socialstyrelsen (1986) *Mammografiscreening. Hälsokontroll för tidig upptäckt av bröstcancer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a) *Cancerincidens i Sverige 2013. Nya diagnostiserade cancerfall år 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b) *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2014c) *Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solbjør, M. (2008) You have to have trust in those pictures. I: J. Brownlie, A. Greene & A. Howson (red.) *Researching trust and health*. New York: Routledge.
- Solbjør, M., Skolbekken, J.A., Saetnan, A.R., Hagen, A.I. & Forsmo, S. (2012) Mammography screening and trust. The case of interval breast cancer. *Social Science & Medicine*, 75(10): 1746–1752.
- Statens folkhälsoinstitut (2010) *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. & Richardson, J. (2011) Coping, meaning and symptom experience. A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3): 226–232.
- Vahabi, M. & Gastaldo, D. (2003) Rational choice(s)? Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4): 245–256.
- Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Willis, K. (2008) "I come because I am called". Recruitment and participation in mammography screening in Uppsala, Sweden. *Health Care for Women International*, 29(2): 135–150.
- World Health Organization (WHO) (2009) *The European health report 2009. Health and health systems*. Copenhagen.
- World Health Organization (WHO) (2014) *Breast cancer, prevention and control*. [<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>. Hämtat: 2014-07-01.]
- Zackrisson, S., Janzon, L., Manjer, J. & Andersson, I. (2007) Improved survival rate for women with interval breast cancer. Results from the breast cancer screening programme in Malmö, Sweden 1976–1999. *Journal of Medical Screening*, 14(3): 138–143.
- Østerlie, W., Solbjør, M., Skolbekken, J.A., Hofvind, S., Saetnan, A.R. & Forsmo, S. (2008) Challenges of informed choice in organised screening. *Journal of Medical Ethics*, 34(9): 1–5.

Vad är problemet?

Uppfattningar om alkoholens skadeverkningar

Jan Blomqvist, professor vid SoRAD, Stockholms universitet.

Lisa Wallander, docent och universitetslektor vid Socialhögskolan, Lunds universitet.

Kontakt: lisa.wallander@soch.lu.se

Inledning

Traditionellt har svensk alkoholpolitik fokuserat på att begränsa totalkonsumtionen av alkohol. Insatser för att påverka drickandet på individnivå har i princip setts som överksamma och ointressanta ur ett samhällsperspektiv. Sedan det senaste millenieskiftet har dock frågan om vård och behandling rönt ett tilltagande intresse bland centrala beslutsfattare. Detta hänger samman med att det svenska medlemskapet i EU år 1995 medförde att fyra av fem statliga monopol på området avskaffades och att införselkvoterna successivt utökades, vilket i sin tur ledde till en tioprocentig ökning av per-capita-konsumtionen under en tioårsperiod. Även om de befarade effekterna i form av ökande alkoholskador i huvudsak uteblev, kom detta att förstärka intresset för sekundärpreventiva insatser, vilket framgår av flera officiella publikationer. Så gav Socialstyrelsen år 2007 ut de första svenska nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i form av rekommendationer riktade till såväl den kommunala socialtjänsten som den landstingsbaserade psykiatrin eller beroendevården. Ungefär samtidigt tillsatte regeringen Missbruksutredningen, som fyra år senare levererade sitt utlåtande med förslag på den framtida utformningen av denna vård. Samma år kom regeringens förslag till ANDT-strategi, det vill säga till åtgärder för att motverka problem orsakade av alkohol, narkotika, doping och tobak (och senare spel). Gemensamt för dessa dokument är att de, utöver att ange önskvärda mål, fokuserar på den föregivna evidensen för olika insatser för att uppnå dessa mål. Däremot sägs föga om hur man ser på arten av de problem som angivna insatser syftar till att avhjälpa. Snarare ger dokumenten, genom att undvika eller endast ytligt diskutera dessa frågor, intryck av att det kring problemens art råder en ganska utbredd konsensus. En närmare analys klargör dock att detta inte alls är fallet. I det följande visar vi att uppfattningarna om

och definitionerna av alkoholvanor, som setts och ses som olämpliga eller avvikande, i själva verket är både motsägelsefulla och sinsemellan motstridiga, och att de har skiftat över tid och med sammanhang. Artikeln analyserar denna brist på samsyn och diskuterar vilka implikationer den kan tänkas ha för framtida forskning, praktik och policyöverväganden på området. Analysen är i huvudsak empirisk och deskriptiv, och vi har för enkelhetens skull avstått från att tillämpa exempelvis Benoits (2003) respektive Bacchis (2009) förvisso intressanta resonemang kring de berörda frågorna.

Hur har rusmedelsproblemen diskuterats över tid?

Nykterhetsfrågans uppkomst

Skildringar av superi, fylleri och diverse olycksaliga konsekvenser av överdrivet drickande finner vi såväl i bibeln som i andra historiska källor. Tidig lagstiftning i Sverige och andra länder rymmer också stadganden för att hålla nyttjandet av alkohol inom för samhället acceptabla ramar. Tanken att betrakta en oacceptabel alkoholkonsumtion som en individuell patologi är dock av ganska sent datum och kan härledas till det förrförra seklet. Som socialhistoriska studier har visat var idén om omåttlig alkoholkonsumtion som en individuell avvikelse ovanlig i det förindustriella Europa eller det koloniala Amerika, trots att konsumtionen där och då ofta var högre än i dag (Berridge, 1990). Som förklaring till att omfattande drickande under 1800-talet började diskuteras som en individuell störning eller "sjukdom" har forskare pekat på ett antal förhållanden, som hänger samman med upplysningsfilosofins genombrott och den industriella revolutionen. Ett sådant förhållande var uppkomsten av en ny medelklass med en ny syn på arbete och moral, som förde ned frågan om social kontroll på individnivå (Levine, 1978). Ett annat var att nya produktionsförhållanden ställde nya krav på arbetskraften i fråga om självdisciplin, punktlighet och ordnat uppförande (Mäkelä, 1983). Ett tredje var uppkomsten av nya folkliga rörelser (i Sverige frikyrkan, arbetarrörelsen och nykterhetsrörelsen), som i sin symboliska kamp för kulturellt och politiskt inflytande kom att betona nykterhet och skötsamhet som normativa värden (Gusfield, 1963). Tillsammans kom dessa förhållanden att främja föreställningen om de omåttliga drinkarna som annorlunda än den stora majoriteten medborgare. Alltsedan dess har samtidigt en viss förvirring rått kring frågan om hur dessa avvikelser ska förstås och hur de personer som anses lida av dem bör definieras. Närmast analyserar vi fyra begrepp som hört till de mest centrala i den offentliga diskussionen av dessa frågor över tid.

Alkoholism

Det mest långlivade av de begrepp som genom åren använts för att beteckna ett drickande som uppfattas som omåttligt, avvikande eller olämpligt är förstås *alkoholism*, som historiskt förekommit i åtminstone två distinkta versioner med olikartade konnotationer. Ursprungligen myntades termen i den svenske läkaren Magnus Huss inflytelserika avhandling *Alcoholismus Chronicus* (1849–51), som beskriver de menliga kroppsliga, psykologiska och sociala följderna av en långvarig och omfattande alkoholkonsumtion. Tillsammans med delvis likartade, tidigare formuleringar av Rush (1785) i USA och Trotter (1804) i England, kom Huss teser att bli konstituerande för den "sjukdomsteori om alkoholism" som länge blev den dominerande synen på rusmedelsproblem i västvärlden. Den huvudsakliga kärnan i denna tidiga version av sjukdomsteorin är att ett excessivt drickande i första hand varken är ett tecken på moraliska brister eller ett uttryck för ett syndigt eller ondskefullt samhälle, utan en individuell störning. Denna tanke var också grundläggande hos den nya radikala nykterhetsrörelse som runt det förra sekelskiftet kämpade för ett totalförbud mot tillverkning och distribution av alkoholdrycker. Medan denna kamp till en början var framgångsrik i exempelvis USA, Finland, Norge, Island och Ryssland/Sovjetunionen, valde dock Sverige en annan väg. Trots att nykterhetsfrågan under 1900-talets första decennium stod högst på den politiska dagordningen, kom således något alkoholförbud aldrig att förverkligas i Sverige. En viktig roll för att så blev fallet spelade Ivan Bratt, (något felaktigt) känd som motbokssystemets skapare. I flera skrifter och som huvudförfattare till *Alkoholen och samhället* (1912), det svenska läkaresällskapets officiella rapport i nykterhetsfrågan, opponerade han starkt både mot kravet på totalförbud och mot idén att se alkoholproblem som en sjukdom. Snarare är, menade Bratt, omfattande drickande en fråga om socialt och kulturellt bestämda vanor. Drinkaren dricker inte för att han drivs till detta av någon opersonlig "sjukdom", utan för att hans levnadsomständigheter är sådana att han "saknar varje skymt av ett motiv att icke göra det" (Bratt, 1909, s. 35). Som bekant kom också svenskarna, i folkomröstningen 1922, att med en knapp majoritet avfärda förslaget om alkoholförbud, till förmån för motbokssystemet.

Sedan alkoholförbudet i USA avskaffats år 1933 uppstod en ny version av "sjukdomsteorin", enligt vilken alkoholism inte är en ofrånkomlig följd av att dricka mycket alkohol, utan ett kännetecken hos vissa människor som inte kan hantera alkohol på ett måttfullt sätt. Detta synsätt vann snabbt bred anslutning och spreds under följande decennier av den så kallade Alkoholismrörelsen (se Roizen, 2004) och senare av Anonyma Alkoholister (AA). Denna "folkliga sjukdomsteori" kan enligt dess kanske främste kritiker (Pattison, 1976) sammanfattas i följande teser: (a) Det finns medfödda, genetiskt grundade, skillnader mellan blivande alkoholister och dem som inte blir det. (b) Dessa skillnader gör att de blivande alkoholisterna uppvisar en

avvikande reaktion på intag av alkohol, som innebär ett "sug" efter alkohol, svårigheter att sluta dricka och, till slut, förlust av förmågan att medvetet kontrollera det egna drickandet. (c) Dessa processer är obönhörligt fortgående och oåterkalleliga och utgör ett opersonligt sjukdomsförlopp, som kan hejdas men inte botas. Den praktiska implikationen är (d) att alkoholister inte bör klandras eller bestraffas, utan bör erbjudas nödvändiga hjälpinsatser.

Den viktigaste av dessa punkter är den fjärde, som innebär ett klart brott med den tidigare, moraliserande synen på alkoholproblem, men som inte logiskt förutsätter de tre föregående punkterna (Pattison, a.a.; Blomqvist, 2011). Icke desto mindre har denna version av sjukdomssynen fram till helt nyligen levt vidare som den dominerande, åtminstone i den anglosaxiska världen. Några av problemen med detta synsätt illustreras av WHO:s definition från 1952, enligt vilken alkoholister är "de högkonsumenter vars beroende av alkohol nått en sådan grad att det innebär en märkbar mental störning eller interfererar med de berördas kroppsliga och mentala hälsa, deras interpersonella relationer och deras smidiga ekonomiska fungerande, eller som visar begynnande tecken på en sådan utveckling. De behöver därför behandling". Denna definition lämnar flertalet av sina kärnbegrepp oförklarade, vilket hänskjuter makten att definiera till den som använder begreppet, företrädesvis läkaren. Synsättet har också kritiserats för att det handlar "mer om politik än om vetenskap" (Cameron, 1995), att det använts för att "vilseleda allmänheten för deras eget bästa" (Fingarette, 1988) och för att det visserligen lyckades "...eliminera skuld och straff, men också förvirrade och förvanskade begreppet ansvar" (Pattison, a.a.).

En viktig roll i att etablera denna version av sjukdomsmodellen spelade också E.M. Jellinek, ibland framställd som alkoholismforskningens fader. I sin mest kända publikation (*The disease concept of alcoholism* från 1960) beskriver denne alkoholism som ett fenomen med många varianter, av vilka fem framställs som "sjukdomar". Trots att det empiriska underlaget för Jellineks teser var mycket svagt, kom dessa för en lång tid att institutionaliseras som en grund för forskning och praktik, inte minst i USA. I Sverige fick dock inte heller denna nya version av sjukdomsteorin något entydigt stöd. Så menade till exempel 1946 års statliga alkoholistsvårdsutredning att det diskuterade problemet var ett resultat av "ett komplicerat samspel mellan missbrukarens konstitutionella eller förvärvade egenskaper eller eventuella sjukdomstillstånd och hans miljöförhållanden". Det har rått skilda uppfattningar om huruvida denna svenska syn på alkoholproblem genomgick en form av "medikalisering" under 1950- och 1960-talen när vården snabbt byggdes ut. Otvetydigt är dock att Sverige, åtminstone ända tills relativt nyligen, med Finland delat en i huvudsak "icke-medicinsk approach" till alkoholproblem (jfr Bruun, 1971). Trots detta, och trots att termen "alkoholism" i dag inte längre ingår i något av de gängse nosologiska systemen, används den fortfarande frekvent i både AA:s retorik och av forskare och praktiker i den medicinska sfären.

Sammanfattningsvis finns det knappast någon samtida eller historisk enighet om hur "alkoholism" bör definieras och förstås.

Alkoholberoende

Det begrepp som främst kommit att ersätta begreppet "alkoholberoende", som lanserades av Edwards och Gross (Edwards, 1977; Edwards & Gross, 1976), i deras diskussion av "alkoholberoendesyndromet". Detta syndrom uppfattades av vissa som ett helt nytt sätt att förstå rusmedelsproblem (t.ex. Pattison, Sobell & Sobell, 1977), men ska nog snarare ses som en kompromiss mellan den ifrågasatta sjukdomsteorin och den nya empiriska forskning som under 1970-talet alltmer övertygande åskådliggjorde alkoholproblemens heterogenitet och föränderliga karaktär (jfr Bergmark & Oscarsson, 1987). Beroendebegreppet möttes initialt av kritik från många forskare (jfr Blomqvist, 1998), men har över tid fått allt bredare anslutning. Begreppet har också större precision än begreppet "alkoholism", i så måtto att det kräver uppfyllandet av minst tre av sju (DSM-systemet) eller minst tre av sex (ICD-systemet) preciserade kriterier under en tolv månadersperiod. Samtidigt har dessa kriterier förändrats över tid, och senare versioner uppvisar inte särskilt stora likheter med det ursprungliga syndromet (Room, 1998). I själva verket finns 99 olika sätt att kombinera minst tre av sju kriterier, vilket skulle kunna ses som att det finns 99 olika "typer" av beroende enligt DSM (Dawson et al., 1995). Dessutom är "beroende", som det definieras i såväl DSM som ICD, ett oftast övergående tillstånd, vilket motsäger att begreppet skulle indikera en "kronisk sjukdom". En aktuell svensk studie baserad på ett representativt befolkningsurval fann således att åtta av tio av de personer som hade återhämtat sig från "alkoholberoende", definierat enligt ICD, hade gjort detta utan hjälp av behandling (Blomqvist, Cunningham, Wallander & Collin, 2007). Liknande fynd har gjorts i andra länder (ibid.).

En annan oklarhet med dagens beroendebegrepp är att det i vardagligt och medicalt språkbruk har genomgått en "konventionalisering" och med tiden utvidgats till att innefatta allehanda starka intressen (Hellman, 2010), samtidigt som allt fler betyden börjat diskuteras i termer av beroende. Denna utveckling kan i sin tur delvis kopplas till framväxten av en ny typ av "behandlingsmarknad", där en mängd aktörer erbjuder föregivet effektiva insatser mot till exempel "sockerberoende", "köpberoende", "träningsberoende", "arbetsberoende" och "internetberoende" (som man intressant nog kan finna internetbaserad behandling för).

Under senare år har en ny, femte version av DSM publicerats, där begreppen "dependence" (beroende) och "abuse" (skadligt bruk) ersatts av begreppet "substance use syndrome" (substansbrukssyndrom), vilket kan appliceras på en stor mängd substanser. Detta begrepp baseras på 11 olika symtom och graderas (efter antalet uppfyllda symtom under en 12-månadersperiod) i milda, måttliga och allvarliga pro-

blem. De ingående symtomen är till stor del desamma som i den tidigare DSM- och den nuvarande ICD-diagnosen av beroende.

Även om definitionen av "alkoholberoende" snarare blivit mer oklar över tid, används begreppet fortfarande mycket flitigt, både inom forskningen, på informationssidor och i benämningar av vård- och behandlingsverksamheter. Sammanfattningsvis är alltså "alkoholberoende", som det använts och används, inte mer enhetligt och precist än begreppet "alkoholism".

Alkoholmissbruk

Totalt sett torde dock "alkoholmissbruk" vara det begrepp som i Sverige är det allra vanligaste, både i dagligt tal och, inte minst, i det sociala arbetets tradition. Trots att detta begrepp också är vagt till sin innebörd, har det sedan länge en central plats i svensk lagstiftning och finns med bland de legala kriterier som avgör om en person med alkoholproblem kan dömas till tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall. På en semantisk nivå betecknar termen *missbruk* en avvikelse från ett föregivet normalt och oproblematiskt "bruk", vilket i princip innebär att begreppets innebörd bestäms av dem som använder det för att beteckna andra. En komplikation är att den engelska översättningen av begreppet ("abuse") ingår i tidigare versioner av DSM som en "mildare" form av beroende och i ICD under beteckningen "harmful use". Innebörden av begreppet "alkoholmissbruk" är också officiellt omtvistad. Så argumenterar de första nationella riktlinjerna (2007, jfr ovan) explicit mot att använda begreppet "missbrukare", inte på grund av dess vaghet och mångtydighet, utan eftersom det ses som pejorativt och stigmatiserande. Samtidigt misslyckas Socialstyrelsen redan från början att följa sitt eget råd – riktlinjedokumentet är betitlat "Nationella riktlinjer för vård och behandling av *missbruk* (sic!) och beroende". Samma dokument menar också att det på grundval av befintlig kunskap inte kan avgöras om missbruk är att betrakta som en sjukdom eller ej. I den fyra år senare publicerade Missbruksutredningen (se ovan) har dock det officiella Sverige tagit ställning, i det att man diskuterar missbruk – i huvudsakligen biomedicinska termer – som en sjukdom. Sammanfattningsvis är "alkoholmissbruk" ett lika vagt och omstritt begrepp som "alkoholism" och "alkoholberoende".

Riskbruk

Ännu ett begrepp som under senare decennier blivit allt vanligare, både i officiella dokument och i media, är "riskbruk" eller "riskkonsumtion". I Sverige lanserades begreppet först i samband med ett försök att utveckla kompetens, inom den landstingsbaserade primärvården, för arbete med personer med antagna alkoholproblem. Med tillkomsten av regeringens ANDT-strategi, som innebar ett delvis nytt sätt att se på prevention, har dock riskkonsumtion eller riskbruk blivit centrala begrepp, både

i policyskapande och i forskning. Begreppen har också kommit att användas för att beteckna en distinkt kategori av alkoholkonsumenter, vilket indikeras av att flera aktörer publicerat råd och riktlinjer för ett föregivet "säkert" drickande.

Samtidigt finns ingen konsensus, vare sig nationellt eller internationellt, om hur "säkra" respektive "skadliga" dryckesvanor bör avgränsas (jfr Espman & Allebeck, 2011), eller om vilken typ av risker som åsyftas (se t.ex. Herring, Berridge & Thom, 2008). Flertalet existerande rekommendationer inskränker sig till att i huvudsak definiera "riskbruk" eller "riskdrickande" i termer av konsumerade "standardglas". Detta gör dock inte saken mycket klarare, eftersom det finns stora variationer mellan olika undergrupper när det gäller sambandet mellan hur mycket man dricker och vilka och hur stora negativa konsekvenser man upplever av drickandet (se t.ex. Selin, 2004). Ett ytterligare problem med en rent kvantitativ bestämning är att det inte finns någon internationell konsensus om hur ett "standardglas" ska definieras, något som bland annat hänger samman med varierande flaskstorlekar och alkoholstyrkor i olika länder. Sammanfattningsvis finns det alltså inom fältet en betydande oenighet också om hur "riskdrickande" bör definieras och förstås.

Forskningens perspektiv – några aktuella ståndpunkter

Genomgången ovan visar att de officiella uppfattningarna om hur skadliga dryckesvanor bör definieras och förstås går vitt isär. Med tanke på samtidens starka tilltro till vetenskap och evidens kunde man kanske förvänta sig att forskningen på området skulle ge en mer enhetlig bild. Så är dock inte fallet, trots ett drygt sekel av forskning. Redan om man begränsar sig till senare decennier är bristen på samsyn uppenbar. Förvisso har det, i takt med den neurovetenskapliga forskningens tillväxt, blivit allt vanligare att se omfattande och skadliga dryckesvanor som ett uttryck för en "kronisk hjärnsjukdom" (Leshner, 1997). En sådan förståelse har samtidigt utmanats inte bara inom discipliner som sociologi och psykologi utan också inom det neurovetenskapliga fältet i sig självt (Sulkunen & Rantala, 2011; Heyman, 2009; Kalant, 2010). Många har också ifrågasatt om det över huvud taget *existerar* ett enhetligt fenomen, som det är meningsfullt att referera till med termer som "beroende", "missbruk" eller "addiktion" (t.ex. Davies, 1997; Rehm et al., 2013). Studier inom det internationella forskarnätverket "Images of addiction" har vidare visat att synen på hur allvarliga olika rusmedelsproblem är varierar kraftigt, både mellan olika typer av problem och mellan olika länder (t.ex. Hirschovits-Gerz et al., 2012; Blomqvist, Koski-Jännes & Cunningham, 2014; Blomqvist et al., 2015), samtidigt som lekmäns och professionellas uppfattningar inte skiljer sig mycket åt. Tillsammans antyder dessa erfarenheter att de dominerande bilder vi har av rusmedelsproblem återspeglar kontextuella förhållanden lika mycket som de representerar vetenskapliga fakta och empiriska

erfarenheter (Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz & Pennonen, 2012a; Koski-Jännes, Pennonen & Nyssönen, 2012b; Samuelsson, Blomqvist & Christophs, 2013). Det finns alltså inte heller inom forskningen någon uppenbar konsensus om hur de fenomen som vi till vardags betecknar som "missbruk", "beroende" eller "alkoholism" bör avgränsas och förklaras.

"Feta ord" och deras konsekvenser

Resonemanget ovan har flera beröringspunkter med Niels Christies (norsk kriminolog) och Kettils Bruuns (finsk socialforskare) omtalade bidrag till den 28:e *International Congress on Alcohol and Alcoholism* år 1969 i USA, där de utmanar själva det forskningsområde som kongressen samlats för att avhandla. Redan från början deklarerar de att området befinner sig i kaos och är bemängt av "feta ord" utan innehållsmässig stringens eller klarhet (Christie & Bruun, 1969, s. 65):

De ord som används är lika många som stenarna på stranden: alkohol, alkoholism, drogberoende, omåttliga drinkare, symptomatiska konsumenter, addiktion, narkotika, bruk, missbruk, kemikalier, preparat, sinnesutvidgande substanser, sjukdom, synd, brott, behandling, straff, hjälp och så vidare. När man rör sig från en artikel eller bok till nästa och sätter samman kärnbegreppen, blir slutresultatet något som har en påtaglig likhet med en psykedelisk bild.

Författarna menar också att de "feta orden" ofta fyller en funktion som "olja i det sociala maskineriet", genom att skapa en ytlig och illusorisk enighet, vilken döljer eller tonar ner grundläggande teoretiska, ideologiska och politiska konflikter. Exempel på denna typ av illusionsmakeri kan vara att tala om straffande eller disciplinära åtgärder i termer av "behandling" för att få dessa att framstå som mer acceptabla, att klä politiska argument i en vetenskaplig språkdräkt för att öka deras slagkraft, eller att helt enkelt undvika besvärande motsättningar eller oenighet.

Som nämnts ledde anslutningen till EU år 1995 till en omsvängning av svensk alkoholpolitik från huvudsakligen primärpreventiva insatser till insatser för att göra sekundär prevention så effektiv som möjligt. En grundtanke i de förslag som publicerats för att åstadkomma detta är att de senare insatserna måste vara "evidensbaserade". Om vad som bör avses med detta begrepp har uppfattningarna ofta gått vitt isär, men det har icke desto mindre blivit ett modeord på området. Sammanfattningsvis förefaller det, trots den synbara enigheten om vikten av sekundärpreventiva insatser, råda en grundläggande oklarhet om *vilka de problem egentligen är* som olika aktörer föreslår lösningar på. Med hänsyn till detta är det kanske inte en alltför felaktig eller orättvis slutsats, att den situation som Christie och Bruun diskuterade fortfarande äger giltig-

het, åtminstone i vissa avseenden och enligt vad som kan utläsas av många samtida officiella källor i Sverige.

Utän anspråk på fullständighet ska vi i det följande peka på några skiljelinjer som ändå kan vara klagörande när det gäller att förstå innebörden av olika synsätt och vilka implikationer dessa kan ha i praktiken (se t.ex. Blomqvist, 2009).

Essens eller konstruktion?

En viktig distinktion i de olika uppfattningar om problematiska alkoholvanor som forskningen genom åren har redovisat, är den som går mellan *essentialistiska* synsätt och synsätt där man i princip ser problemen som *socialt konstruerade*. De förstnämnda kan kort sägas utgå från att de diskuterade fenomenen är enhetliga och i princip avgränsbara entiteter, och att de handlingsmönster som betecknas kan ges en empiriskt grundad diagnos och en trovärdig gemensam förklaring. Ett exempel på en sådan uppfattning är den ovan diskuterade "folkliga sjukdomsmodellen", som länge dominerade den amerikanska diskussionen på området, trots att modellen var teoretisk (och alltså inte byggde på några empiriskt konstaterade skillnader mellan alkoholister och icke-alkoholister, utan snarare på övertygelsen om att den biomedicinska forskningen med tiden skulle uppdaga sådana skillnader).

Det *konstruktivistiska synsättet* ser i stället de diskuterade begreppen som knutna till bestämda historiska och kulturella sammanhang. Detta synsätt hämtar sin näring dels från de socialhistoriska studier som refererades inledningsvis, och som visar hur tanken på vanemässig dryckenskap som en individuell patologi kan knytas till upplysningsfilosofins tankar och till det framväxande industrisamhällets villkor. Dels tar det sin avstamp i antropologiska och andra studier, som visar att exempelvis "alkoholism" och "beroende", både som idéer och iakttagbara fenomen, framstår som meningsfulla i vissa kulturella och sociopolitiska sammanhang men inte i andra (se Room et al., 1996). Ett konstruktivistiskt synsätt innebär dock inte att de diskuterade fenomenen inte har någon som helst objektiv referens, eller att de bokstavligen "skapats" av de krafter som ligger bakom att de kommit att ses som problem. Snarare innebär ett "kontextuellt" konstruktivistiskt perspektiv (se Best, 1995) att olika traditioner och normer, som varierar med samhällstyp och historiskt skede, påverkar inte bara människors faktiska rusmedelsvanor. De påverkar också vilka rusmedelsvanor som uppfattas som avvikande, och hur sådana avvikande vanor förklaras och bemöts. På policy- och praktisknivå innebär detta att dessa fenomen måste förstås och hanteras både med hänsyn till det sociala sammanhanget och till varje individs unika livssituation.

Skyldig eller drabbad, vanmäktig eller kapabel?

En annan distinktion som återkommande aktualiserats inom forskningen på området rör frågan om "illness" kontra "badness" och de praktiska och policymässiga impli-

kationerna av olika ställningstaganden till detta. I grunden rör denna fråga huruvida en person som dricker för mycket bör ses som "sjuk" och därför ha rätt till hjälp, eller kan anses själv ha försatt sig i dessa svårigheter och därför själv bör stå sitt kast. Frågan rymmer dock fler komplikationer än vad den ytligt sett kan tyckas göra, eftersom den inte bara handlar om rätten till hjälp men också om vad denna hjälp bör bestå i. En prototypisk position har varit att problem av somatisk art kräver någon form av medicinsk hjälp, medan till exempel social utsatthet påkallar insatser från till exempel socialtjänsten. Men samhällets reaktion påverkas också av om problemet kan anses skada individen själv eller omgivningen/samhället. Så kan en smittsam åkomma bedömas kräva tvångsingripanden för att begränsa den enskildes rörelsefrihet, även om hon/han själv inte hålls ansvarig för sjukdomens uppkomst (jfr Mäkelä, 1980). Till detta kommer frågan om det oberoende av problemets orsak finns några specifika och effektiva metoder för att hantera det (ibid.). Om sådana metoder inte finns blir rimligen någon form av omvårdnad alternativet. I spåren av diskussioner som dessa har inte sällan följt hälsomoralistiska ställningstaganden med innebörden att rätten till vård för till exempel alkoholproblem borde villkoras individens demonstrerade vilja att avstå från alkohol. En intressant komplikation rymms också i den ganska intensiva debatt om läkemedelsassisterad behandling för intravenöst heroinmissbruk (eller opioidberoende) som i början av 2000-talet intensivt fördes i Sverige. Här gick en huvudsaklig skiljelinje mellan dem som förespråkade sådan behandling med argumentet att narkotikamissbruk är en sjukdom "sui generis", och dem som motsatte sig sådan behandling med argumenten att en missbrukare, som en i princip moraliskt ansvarig människa, måste kunna straffas om hon/han bryter mot förbudet att använda narkotika; att en behandling som riskerar att bidra till att upprätthålla missbruket är olämplig; och att missbruk i grunden är ett socialt problem, som inte bör medikaliseras (jfr Blomqvist, 2011; Johnson, 2003; 2007).

En numera smått klassisk artikel av Brickman med kolleger (1985) visar dock på ett mer nyanserat sätt att hantera denna diskussion. Vad dessa författare hävdar är att man måste skilja på ansvaret för ett problems uppkomst och ansvaret för – eller kompetensen – att lösa det. Ofta görs inte denna distinktion, men om man gör den blir det möjligt att urskilja fyra olika förhållningssätt. Att se ett problem som en *sjukdom* innebär att man principiellt befriar individen från ansvar för både problemets uppkomst och dess lösning, vilket inskränker hennes/hans ansvar till att följa de råd och anvisningar som läkaren eller någon annan expert ger. Att betrakta ett problem som ett *moraliskt* sådant innebär tvärtom att man tillskriver individen ansvaret för både problemets uppkomst och dess lösning, vilket inte berättigar henne/honom till någon specifik form av hjälp från samhällets eller omgivningens sida. Man kan också se individen som ansvarig för ett problems uppkomst men ändå oförmögen att själv lösa det. Detta gör lösningen till en fråga om *underkastelse eller fostran*, det vill säga

till ett krav på individen att följa de regler som någon andlig eller världslig auktoritet föreskriver som en förutsättning för att problemet ska lösas. Slutligen kan man se problemet som ett resultat av tillvarons nyckfullhet, sociala orättvisor och/eller andra yttre krafter, utan att principiellt fränkänna individen förmågan att lösa det. I det fallet blir lösningen, sedd ur omgivningens eller samhällets synvinkel, en fråga om att på olika sätt *kompensera* individen för de handikapp eller resursbrister som hindrar henne eller honom från att ta ett fullt ansvar för sitt eget – och andra medborgares – väl och ve.

Om man relaterar dessa förhållningssätt till mer övergripande tendenser i samtiden ter sig synen på rusmedelsproblem som sjukdom som lätt att förena med det teknokratiska perspektiv på välfärd och offentlig verksamhet (New Public Management) som under senare decennier blivit den dominerande strategin för att försöka förbättra kontrollen av och öka kostnadseffektiviteten i kommunala verksamheter. Att betrakta avvikande eller problematiskt drickande som ett moraliskt misslyckande kan i sin tur lätt associeras med förakt för svaghet, segregering och nedskärning av resurserna för olika välfärdsverksamheter. I tanken på disciplinering eller fostran som en lösning på samma problem förenas föraktet för svaghet med krav på fysiska eller psykologiska tvångsångripanden. Synen på en överdriven och potentiellt skadlig alkoholkonsumtion som en form av handikapp, som man med rätt slags kompensation är förmögen att själv hantera, är dock den som bäst överensstämmer med en traditionell svensk hållning, där frågan om rusmedelsproblem som regel varit föremål för ett starkt medborgerligt engagemang både från organisationer och enskilda (jfr Edman & Blomqvist, 2011). Dessutom ligger den i linje med ovan anförda studier, som visat att omgivningens aktiva medverkan, i form av krav och stöd, är en mycket viktig faktor i återhämtningen från sådana problem.

Några konsekvenser av bristen på samsyn

I vilken utsträckning och på vilket sätt är det då ett bekymmer att uppfattningarna går isär när det gäller frågorna om hur avvikande och problematiska alkoholvanor bör definieras och förklaras, och om vad som kan eller bör göras för att åtgärda detta? Ett första svar är att redan den historiska genomgången ovan talar emot att vi inom överskådlig tid kommer att få se några oomtvistliga eller allmänt accepterade sådana definitioner eller förklaringar. Dessutom är det, eftersom ömsesidig debatt och meningsutbyte är forskningens själva livsluft, tveksamt om ett krav på konsensus ens bör ses som ett prioriterat värde. Även om det alltså inte framstår som vare sig möjligt eller önskvärt med någon enkel och snabb lösning på frågan, har bristen på konsensus konsekvenser som behöver kommenteras, inte minst som insatser mot skadliga alkoholvanor sägs vara en kärnfråga för den svenska välfärdspolitiken (t.ex. regeringens ANDT-strategi, jfr ovan). Konsekvenserna har flera aspekter. Ur ett *poli-*

cyperspektiv förutsätter planeringen av verksamma strategier tillförlitlig kunskap, inte bara om prevalensen för olika typer av alkoholproblem, utan också om dessa problems natur och typiska utvecklingsförlopp. Utan enhetliga och i huvudsak oomtvistade svar på sådana frågor torde planerandet av insatser på sin höjd bli till begåvade gissningar. För att ta ett exempel från ett grannland kan man notera att det estimerade antalet "tunga alkoholkonsumenter" i Norge har angetts till mellan 65 500 och 337 000 beroende på vilka definitioner och mått man använder (Amundsen, 2010), något som rimligen innebär ett betydande dilemma för planeringen av alkoholpolitiska insatser. Olika sätt att definiera begreppen har också betydande konsekvenser för ställningstaganden till hur *individuella dryckesproblem bör behandlas*. Ett exempel ger Missbruksutredningen (se ovan), där synen på alkoholproblem som en sjukdom utgör ett av argumenten för förslaget att föra över huvudansvaret för att hantera dessa problem från socialtjänsten till psykiatrin eller den landstingsbaserade beroendevården, och dessutom får motivera förslaget att de farmakologiska interventionerna måste utökas väsentligt.

Om man ser mer specifikt till den *kliniska nivån*, är det uppenbart att valet av insats för ett uppfattat dryckesproblem till stor del bestäms av hur vårdgivaren definierar problemet i fråga. Även om innehållet i och utformningen av olika slag av "behandling" historiskt ofta varit mer lika varandra än skiftande teoretiska och ideologiska "moden" gett anledning att tro (t.ex. Humphreys & Tucker, 2002), leder det rimligen till vitt skilda insatser för den hjälpsökande om den som står för behandlingen ser problemet som en "hjärnsjukdom" eller som ett "livsstilsproblem som medför olika predikament" (Drew, 1986). Sist men inte minst får olika sätt att beskriva rusmedelsproblem i officiella framställningar konsekvenser för *allmänhetens uppfattningar och reaktioner*. Dessa uppfattningar påverkar i sin tur inte bara hur människor, som uppfattas ha sådana problem, beskrivs och bemöts av myndigheter, vårdgivare, olika hjälpinstanser och den vidare omgivningen, utan också hur de berörda tenderar att uppfatta sig själva. I ett längre perspektiv påverkar dessa dominerande uppfattningar därmed de föregivna problemens utvecklingsförlopp och de möjligheter till en lösning som på sikt står till buds (jfr Hacking, a.a.).

Vad bör göras?

Vad finns då att göra för att i någon mån motverka dessa negativa konsekvenser? Ett svar är att vi bör ställa krav på viktiga aktörer på området – forskare, myndigheter, beslutsfattare och "policyprofessionella" – att de tydliggör vad de avser med de begrepp de använder och redovisar vederhäftiga underlag för de ställningstaganden de gör. Även om detta inte nödvändigtvis kommer att skapa större konsensus kring hur avvikande eller problematiska rusmedelsvanor bör definieras och förklaras,

borde det ge förutsättningar för en kritisk, klagörande och fördjupande diskussion av olika aktörers ståndpunkter. Dessutom skulle det bidra till att diskussionen inte enbart blir en fråga för vissa mer eller mindre självutnämnda "experter", utan att den också ger utrymme för medborgerliga erfarenheter och uppfattningar och för hur de av frågorna närmast berörda och deras närstående ser på saken. Ett aktuellt exempel på vad som händer om man inte klargör vad man menar kunde hösten 2016 ses i TV-programmet *Opinion live* (SVT, 8 september) där man diskuterade frågan "Kan en alkoholist lära sig dricka måttligt?" Utgångspunkten var en bok av Kjell-Olof Feldt och hans hustru, som hävdade att detta är möjligt, och en intervju med mediekändisen Per Holmnekt, som hävdade att det inte är det. Eftersom ingen av de många debattörerna definierade vad de avsåg med till exempel "alkoholist", "måttligt" eller andra begrepp de använde, blev debattens slutkläm att det nog finns olika uppfattningar, alternativt kan fungera olika för olika människor. Om någon tittare blev klokare är högst osäkert.

Ett andra svar, som delvis sammanhänger med det första, är att det finns skäl att närmare försöka klargöra *hur* olika aktörer använder olika centrala begrepp, och därmed i vilken utsträckning och i vilka avseenden de ger enhetliga, oklara, motsägelsefulla eller rentav motstridiga besked i olika frågor. För närvarande genomför vi, med finansiering av Vetenskapsrådet, en så kallad faktoriell survey (se Wallander, 2008) kring denna fråga. Resultaten förväntas bli klara under vintern 2017–2018.

Referenser

- Amundsen, E. (2010) Hvor mange misbrugere har vi? I: E. Amundsen (red.) *Hva er missbrug og avhengighet? Betegnelser, begrepper og omfang*. Rapport nr 4/2010. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Andréasson, S. & Allebeck, P. (2005) *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. R 2005:11. Statens Folkhälsoinstitut.
- Alkoholen och samhället (1912) *Svenska Läkaresällskapets Kommittéradet*. Stockholm: Isaac Marcus.
- Bacchi, C.L. (2009) *Analysing policy. What's the problem represented to be?* Australia: Pearson.
- Benoit, E. (2003) Not just a matter of criminal justice. States, Institutions and North American Drug Policy. *Sociological Forum*, 18(2): 269–294.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1987) The concept of control and alcoholism. *British Journal of Addiction*, 82(11): 1203–1212.
- Berridge, V. (1990) Dependence. Historical concept and constructs. I: G. Edwards & M. Lader (red.) *The nature of drug dependence*. Society for the Study of Addiction. Monograph No 1. Oxford: Oxford University Press.
- Best, J. (1995) Constructionism in context. I: J. Bet (red.) *Images of issues. Typifying contemporary social problems*. N.Y.: Aldine De Gruyter.
- Blomqvist, J. (1998) *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*.

- Stockholm Studies in Social Work, 13. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L. & Collin, L. (2007) *Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster för förändring och vad vården betyder*. SoRAD-rapport, No 42. Stockholm: Stockholms universitet.
- Blomqvist J. (2009) What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addiction problems in contemporary Sweden. Helsinki: *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidsskrift*, 26(4): 373–398.
- Blomqvist, J. (2011) Att sluta missbruka – med och utan samhällets hjälp. I: B. Olsson et al. (red.) *Narkotika. Om problem och politik*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Blomqvist, J. (2012) Sjukdom, dålig vana, livsstil eller social konstruktion? Om olika uppfattningar om missbruk och beroende och deras konsekvenser. I: J. Storbjörk (red.) *Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konsekvenser och dilemman*. Stockholm: Stockholms universitets förlag.
- Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Cunningham, J. (2014) How should substance use problems be handled? Popular views in Sweden, Finland, and Canada. *Drugs and Alcohol Today*, 14(1): 19–30.
- Blomqvist, J., Raitasalo, K., Melberg, H., Schreckenber, D, Peschel, C., Klingemann, J. & Koski-Jännes, A. (2015). Popular images of addiction in five European countries I: M. Hellman, V. Berridge, K. Duke & A. Mold (red.). *Concepts of Addictive Substances and Behaviours across Time and Place*. Oxford: Oxford University Press.
- Bratt, I. (1909) *Kan nykterhetsfrågan lösas utan alkoholförbud?* Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Brickman, P. Rabinovitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder L. (1982) Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4): 368–384.
- Bruun, K. (1971) Finland: The non-medical approach. I: L.G. Kiloh & D.S. Bell (red.) *Alcoholism and drug dependence. Proceedings of the 29th international congress*. Australia: Butterworths.
- Cameron, D. (1995) *Liberating Solutions to Alcohol Problems. Treating Problem Drinkers Without Saying No*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.
- Christie, N. & Bruun, K (1969) Alcohol problems: The conceptual framework. I: M. Keller & T.G. Coffey (red.) *Proceedings of the 28th international congress on alcohol and alcoholism*. Vol. 2, Highland Park: Hillhouse Press.
- Davies, J.B. (1997) *Drugspeak: The analysis of drug discourse*. London: Routledge.
- Dawson, D.A., Grant, B.F. & Hartford, T.C. (1995) Variation of the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problems domains. *Alcohol – Clinical and Experimental Research*, 19(1): 66–74.
- Drew, L.R.H. (1986) Beyond the disease concept of addiction: Drug use as a way of life leading to predicaments. *Journal of Drug Issues*, 16(2): 263–274.
- Edman J. & Blomqvist, J. (2011) Jakten på den verksamma vården: Kunskapssträvanden och målsättningar inom den svenska missbrukarvården under ett sekel. I: B. Olsson et al. (red.) *Narkotika. Om problem och politik*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Edwards, G. (1977) The alcohol dependence syndrome. Usefulness of an idea. I: G. Edwards & M. Grant (red.) *Alcoholism. New knowledge and new responses*. London: Croom Helm.
- Edwards, G. & Gross, M (1976) Alcohol dependence. Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1(6017): 1058–1061.
- Espman, E. & Allebeck, P. (2011) *Riskbruk av alkohol. Begrepp, gränsvärden, mätmetoder*. 2011:2. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi.
- Fingarette, H. (1988) *Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease*. L.A.: University of California Press.

- Gusfield, J.R. (1963) *Symbolic crusade. Status politics and the American temperance movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Hacking, I. (1999) *The social construction of what?* Harvard: Harvard University Press.
- Hellman, M. (2010) *Construing and defining the out of control. Addiction in the media 1968–2008*. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Herring, R., Berridge, V. & Thom, B. (2008) Binge drinking. An exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62(6): 476–479.
- Heyman, G. (2009) *Addiction. A disorder of choice*. Harvard: Harvard University Press.
- Hirschovits-Gerz, T., Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, K., Blomqvist, J., Cunningham, J.A. & Pervova, I. (2011) Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? A cross-cultural comparison between four northern populations. *Research on Finnish Society*, 4: 41–54.
- Humphreys, K. & Tucker, J.A. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97(2): 126–132.
- Huss, M. (1849–51) *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholsjukdom. Ett bidrag till dyskrassier- nas kännedom enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm: C.E. Fritze.
- Jellinek, E.M. (1960) *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hill House Press.
- Johnson, B. (2003) *Policyspridning som översättning*. Lund: Statsvetenskapliga institutionen och Arbetslivsinstitutet.
- Johnson, B. (2007) After the storm. Developments in maintenance treatment policy and practice in Sweden 1987–2006. I: J. Edman & K. Stenius (red.) *On the margins. Nordic alcohol and drug treatment 1885–2007*. Helsinki: NAD.
- Kalant, H. (2010) What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105(5): 780–789.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T. & Pennonen, M. (2012a) Population, professional, and client support for different models of managing addictive behaviors. *Substance Use and Misuse*, 47(3): 296–308.
- Koski-Jännes, A., Pennonen, M. & Nyssönen, M. (2012b) Population, professional and client views on the dangerousness of addictions. Testing the familiarity hypothesis. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(2): 139–154.
- Leshner, A.I. (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335): 45–47.
- Levine, H.G. (1978) The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1): 143–174.
- Mäkelä, K. (1980) What can medicine properly take on? I: G. Edwards & M. Grant (red.) *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom Helm.
- Mäkelä, K. (1983) Alkoholkonsumtionens vågrörelser och alkoholfrågans historiska former. *Sociologisk Forskning*, 20(1): 11–19.
- Pattison, E.M. (1976) Non-abstinent goals in the treatment of alcoholics. I: R.J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant et al. (red.) *Research advances in alcohol and drug problems. Volume 3*. New York: John Wiley, 22: 401–455.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (red.) (1977) *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.
- Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.
- Rehm, J., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Marmet, S., Nutt, D.J., Room, R., Samokhvalov, A., Scafato, E., Shield, K.D., Trapencieris, M., Wiers, R.W. & Gmel, G. (2013) Defining substance use disorders. Do we really need more than heavy use? *Alcohol and Alcoholism*, 48(6): 633–640.
- Roizen R. (2004) How does the nation's "alcohol problem" change from era to era? Stalking the

- social logic of problem-definition transformations since repeal. I: C. Tracy & C. Acker (red.) *Altering the American consciousness. Essays on the history of alcohol and drug use in the United States 1800–1997*. Amherst, MA: University of Massachusetts Press.
- Room, R. et al. (1996) WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorder. An overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2): 199–220.
- Room, R. (1998) Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases. A shifting kaleidoscope. *Drug and Alcohol Review*, 17(3): 305–317.
- Rush, B. (1785/1943) An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. With an account of preventing and the remedies for curing them. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4: 324–341 (reprint).
- Samuelsson, E., Blomqvist, J. & Christophs, I. (2013) Addiction and recovery. Perceptions among professionals in the Swedish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(1–2): 51–66.
- Selin, K. (red.) (2004) *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholms universitet, SoRAD, Forskningsrapport nr 20.
- SFS 2011:737 *Lag om vård av missbrukare*.
- SFS 2012:994 *Socialtjänstlag*.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg.
- SOU 1948:27. *Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m. avgivet av 1946 års nykterhetsvårdsutredning*.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande från Missbruksutredningen.
- Sulkkunen, P. & Rantala, V. (2011) Is pathological gambling just a big problem or also an addiction? *Addiction Research and Theory*, 20(1): 1–10.
- Trotter, T. (1804/1988) An essay, medical, philosophical, and chemical on drunkenness and its effects on the human body. London: Routledge (reprint).
- Wallander, L. (2008) *Measuring professional judgements. An application of the factorial survey approach to the field of social work*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
- WHO (1952) WHO Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee. Second Report. *WHO Technical Report Series, No. 48*.

Behovet av tvärvetenskapliga, kritiska socialarbetare ökar i en komplex omvärld

Samtidigt som socialarbetarens vardag har blivit alltmer svårbemästrad och komplex, har den utsatts för en allt större påverkan från statsmakten genom specifika krav på socionomutbildningens innehåll parat med styrande regler och modeller för hur man måste arbeta i sin yrkesutövning. I följande text pekar jag på några av riskerna med för stark styrning från statens sida. Jag argumenterar för att målet bättre välfärd och större jämlikhet mellan sociala grupper i en alltmer komplex och oöverskådlig verklighet kräver en socionomutbildning som producerar självständiga och kritiskt tänkande socialarbetare.

Det finns nog ingen som ifrågasätter de goda intentionerna hos staten (lagstiftare, regering och socialstyrelse) när de utformar lagar, regler, instruktioner och kunskapsöversikter för socialtjänstens verksamhet. Det kan handla om att man uppmärksammat ett viktigt behov, en exkluderad grupp, ny kunskap eller en rutin som kan leda till skada, vilket man vill komma till rätta med genom att styra, rättssäkra, kontrollera och samordna socialtjänstens arbete så att den kan hantera detta bättre. Statens roll handlar förenklat om att både styra, stödja och kontrollera socialarbetarens arbete i relation till problem som denne inte själv antas ha resurser för att hantera självständigt i rollen som socionom. Trots goda intentioner kan för stark detaljstyrning innebära att socialarbetarens potentiella förmåga att tänka kritiskt och självständigt hämta in kunskap inskränks, vilket kan motverka att ett *nödvändigt* kritiskt, konstruktivt tänkande växer fram som är nödvändigt för socialtjänsten. Ett tänkande som problematiserar de premisser som lagar, regler, råd och instruktioner bygger på. Ökad styrning och kontroll tyder på låg tillit till socialarbetarens kompetens att tänka självständigt, klara av att hantera komplexa situationer och fatta välgrundade beslut. När ökad styrning och kontroll väl institutionaliserats minskar också behovet av en kvali-

ficerad socionomutbildning som grundlägger socionomens tillit till den egna kritiska förmågan och modet att fatta egna beslut på grundval av egna självständiga analyser och överväganden.

Utbildningen till socionom är konstruerad för att matcha de problem som vid ett givet tillfälle definierats som mest centrala för vad socialtjänsten ska arbeta med. Utbildningens innehåll under olika decennier kan därför betraktas som ett stelnat uttryck för de frågor och problem som definierades som mest centrala just då. Själva processen fram till ett beslut om vad som definieras som sant och viktigt brukar inom sociologi och socialpsykologi benämnas som en social definitionsprocess där olika intressenter med olika resurser, status och makt inbördes slåss om att definiera vad som är sant. Kraven på innehåll i en socionomutbildning, uppföljt och validerat av expertgrupper från universitetskanslersämbetet, bär vid en historisk analys vittnesmål om gamla strider där vissa argument vunnit och andra förlorat. Studerar man hur innehållet i socionomutbildningen förändrats under olika decennier, framträder en tydlig spänning mellan att utveckla utbildningen för att förbereda den blivande socionomen för det professionella sociala arbetets praktik och mellan att utveckla den teoretiska och samhällskritiska rollen. En utbildning som överbetonar färdigheten att kunna arbeta efter vissa regelverk och instruktioner, riskerar att producera ett underskott i förmågan till kritiskt tänkande. Socialarbetaren riskerar att förvandlas till en funktionär, som inte vågar gå emot och kritisera regler, normer och beslut som fattas inom en socialtjänst.

En tvärvetenskaplig kompetens bildar vidare ett nödvändigt villkor för socialarbetarens etiska tänkande. Etik förutsätter att man kan något om det som man tar ställning till. Kunskap om teori och forskning om de grupper som socialtjänsten hanterar bildar en logisk bas för vilka etiska val som en socialarbetare *kan* göra. Saknas kritisk teoretisk kunskap, eller om den är underordnad, går den inte att kompensera i efterhand genom att läsa om vad etik är. Den teoretiska utbildningen av socionomer utgör därför en förutsättning för deras förmåga att göra etiska val där man intellektuellt kan förutse konsekvenserna av sina handlingar.

Många blivande socionomer har valt utbildningen för att försöka förverkliga sina mest centrala värderingar. Värderingarna har ofta relation till egna konkreta livserfarenheter hos dem själva, anhöriga och vänner. Ett viktigt motiv till att vilja bli socionom är ofta att man vill göra något av långsiktig betydelse för dem som inte mår bra eller missgynnas i samhället. Man vill genom sina egna personliga erfarenheter och insikter göra en positiv skillnad. Det finns alltså en oerhörd kraft och potential till att förbättra samhället hos dem som börjat på en socionomutbildning. Att dessa värderingar kan hamna i konflikt med verkligheten inom socialtjänsten, kan den höga sjukfrånvaron och personalomsättningen vara ett tecken på. Många lämnar socialtjänsten eftersom de upplever främlingskap inför sig själva när de hamnat i situationer av

moralisk etisk stress efter att ha tvingats göra saker som går stick i stäv med de egna värderingarna och självbilden. Eller hamnat i en administrativ roll som man i praktiken upplevt har gått ut på att bevara resurssvaga gruppers *status quo* genom att betala ut försörjningsstöd och kontrollera dessa personer med stöd av ekonomisk makt.

För att denna positiva motivation inte ska förstöras, behöver den uppmuntras genom större tanke- och handlingsutrymme baserat på större tillit till socialarbetarens förmåga att tänka själv, fatta egna beslut, ta initiativ till samhällsförbättrande projekt, improvisera och agera förebyggande och långsiktigt. Redskap som gör detta möjligt i form av tvärvetenskaplig kunskap, som kan användas för analys och kritik av komplexa orsakssamband bakom en individs, grupp, ett kollektivs handlingar, kan hålla socialarbetarens vilja till att utvecklas och vara en viktig aktör levande. Ett paradigmskifte i synen på vad en socialarbetare är blir här centralt. Det skulle kunna innebära att socialarbetaren närmar sig sitt historiska ursprung och idealen i Settlementrörelsen vid sekelskiftet, där socialarbetaren själv tillsammans med missgynnade grupper agerade politiskt för att förbättra samhället. Trots välfärdssystemens utbyggnad till enorma administrativa kolosser, finns de basala grundorsakerna bakom de sociala problemen fortfarande kvar. Det sociala arbetets kärna borde därför fortfarande vara att arbeta med att förändra dessa orsaker och inte med administrationen av dem.

Att ha kunskap om praktiken är ett nödvändigt, men inte tillräckligt, villkor för att kunna bli en självständigt tänkande socionom. Kritisk förmåga uppmuntras med största sannolikhet genom att läsa teori, möta problem på olika nivåer, studera tidigare forskning och genom att träna tillämpningen av vetenskapliga metoder. Den här kunskapen bildar förutsättningen för att kunna analysera komplexa orsakssamband bakom en individs, grupp, ett kollektivs situation och agerande. För att kunna vara kritisk, krävs insikt om hur faktorer på olika nivåer påverkar varandra och varför den person eller grupp som vi möter i praktiken på socialtjänsten agerar på det sätt som den gör och/eller har den problematik som den har. Risken för att göra orsaksfelslut är överhängande om inte en socialarbetare tillägnat sig vetenskapliga redskap för att förstå hur strukturella orättvisor, som till exempel en marginaliserad klassposition, etnicitet, kön, sexualitet, ett diskriminerat handikapp, en högre ålder, påverkar individens förmåga att ta ansvar, kunna ta andras perspektiv och tänka långsiktigt och rationellt. Utan en basal förståelse för strukturer, riskerar socialarbetaren att relatera individens problematik enbart till interna brister och inte till att gruppens belägenhet kan vara resultatet av att den blivit förlorare i kampen om begränsade resurser med en annan mäktigare grupp. Nivåfelslutet kan i sin tur leda till felaktiga beslut där resurser används till åtgärder som tar bort uppenbara symtom men samtidigt döljer och reproducerar en orättvis samhällsstruktur. Ibland döljs dessa underliggande strukturella orättvisor i arbetsrutiner som bara fokuserar på individens egenskaper.

Det kan vara en konsekvens av både bristande kunskap och ekonomisk cynism, där det i det senare fallet kan handla om att flytta fokus från strukturella orättvisor, som skulle kräva enorma resurser att förändra, och stora samhällsförändringar, till symtom på grupp- och individnivå, som kostar mindre att göra något åt. Utjämningen av sociala klyftor skulle innebära en radikal förändring av skattepolitiken, som på kort sikt skulle hota den ekonomiska stabiliteten och den materiellt starka medelklassens konsumerande livsstil samt den konsensus som finns mellan arbetsmarknadens parter.

Den kritiske socialarbetaren, med förmåga att synliggöra och peka på denna typ av maskerade symtombehandling, skulle kunna utgöra ett potentiellt hot mot *status quo*, där ojämlikheten i de centrala samhällsstrukturerna (klass, kön, etnicitet) i dag blivit en cementserad struktur. Den kritiske socialarbetaren har inte bara en större kunskap om orsakssambanden bakom sociala problem utan är också en potentiell politisk aktör som med kunskap vill förändra samhället till ett mer jämlikt. Incitamentet för att minska det teoretiska, kritiska innehållet i utbildningen till förmån för ett mer praktiskt, inriktat på att främst administrera välfärden, passar därför bättre in i ett systembevarande perspektiv än i ett systemkritiskt. Det är mellan dessa positioner som striden står. Vill vi, vågar vi, utbilda kritiska socialarbetare, och är det kanske rentav på lång sikt nödvändigt för att inte de sociala problemen ska växa sig så stora och dyra att välfärden hotas för alla, även de privilegierade?

Peter M. Jansson

Universitetslektor socialt arbete, Högskolan Dalarna

Nya böcker

Alkohol- och narkotikaproblem

Björn Johnson, Torkel Richert & Bengt Svensson (2017)

Lund: Studentlitteratur

Denne bog har et ambitiøst formål: at afdække og diskutere forbrug, forebyggelse, behandling og policy i relation til alkohol og narkotika i Sverige. Læsere kan således blive klogere ikke blot på ét aspekt af eller ét perspektiv på alkohol og narkotika. Bogen giver nemlig et nuanceret billede af, hvilke komplekse fænomener og udfordringer vi står med både som samfund og som individer, når det gælder alkohol og narkotika. Bogen er også ambitiøs idet den fokuserer på både alkohol og narkotika. Dette giver god mening eftersom Sverige har en fælles national strategi for arbejdet med alkohol, narkotika, doping og tobak (kaldet ANDT-strategien), samtidig med at der er forskellige politiske mål for hhv. alkohol og narkotika. Dette dobbelte fokus giver et godt grundlag for at sammenligne og stille forskelle og ligheder op mellem hhv. et legalt rusmiddel og illegale rusmidler. Ved at dække begge forskningstraditioner i bogen tager forfatterne således også en udfordring op, eftersom forskningslitteraturen generelt fokuserer enten på alkohol eller narkotika, sjældent på begge.

Bogen består af 12 kapitler. Det første kapitel er en introduktion til bogen. Det sidste er et bud på, hvad der kan eller bør fokuseres på og debatteres fremover. De fleste kapitler tager fat på et samfundsmæssigt aspekt omkring alkohol og narkotika, som politik og lovgivning på området eller behandling, forebyggelse og skadesreduktion. Andre kapitler fokuserer på forbrug af rusmidler, rusmidlers effekter og skadevirkninger eller på hvad misbrug og afhængighed betyder på et individuelt niveau og for den enkelte rusmiddelbruger. Der er virkelig meget information at hente i kapitlerne og selvom bogen tager udgangspunkt i Sverige og svenske forhold, så sætter forfatterne også de svenske forhold i en international kontekst, fx i forhold til politik på området og hvordan både FN konventioner og EU strategier har betydning for national alkohol- og narkotikapolitik; hvilke skadesreducerende indsatser der mere generelt findes, men som ikke er tilstede i Sverige; eller hvilke forskellige teoretiske modeller, der findes, til at forklare rusmiddelproblemer med.

Hvert kapitel er bygget op omkring hhv. et afsnit hvor forskningsresultater og/eller teoretiske perspektiver fremlægges efterfulgt af et interview med én, der har beskæftiget sig i sit arbejde med alkohol- og narkotikarelaterede problemstillinger. Fx er der, som en del af kapitel 4 der fokuserer på hvordan man kan forklare rusmiddelproblematikker, et interview med Jonas Stålheim, der er psykolog i en behandlingsklinik (Linnéteamet) i Göteborg. Efter kapitel 7, der handler om alkohol og narkotikakontrol, er der et interview med Richard Fagerberg, som er politiinspektør i Göteborg. Og efter kapitel 11, der handler om skadesreducerende indsatser, er der et interview med infektionslæge Marianne Alanko Blomé, der arbejder i sprøjtebytteprogrammet i Malmö. Disse interviews giver en indsigt i hvordan det aspekt, der har været fokus på i det enkelte kapitel, arbejdes med i praksis. Det er de enkelte fagpersoners perspektiver, der er i fokus og dermed præsenteres der også en anden form for viden end i selve kapitlet. Det er afvekslende og forfriskende, og man kunne som læser starte med at læse alle interviewene og dernæst dykke ned i kapitlernes tekst efterfølgende. Hvis man er ny på feltet og gerne vil starte med noget lidt lettere tilgængeligt for at danne sig et overblik over hvilke forskellige typer af indsatser, der findes på området i Sverige og lidt historik omkring de enkelte former for indsatser, er en læsning af interviewene en spændende introduktion til dette.

Når man ser på forfatterens baggrund, så giver det også god mening at de har fået denne idé at inkludere interviews med fagprofessionelle i bogen. Alle tre forfattere er forskere i socialt arbejde, selvom de kommer fra forskellige faglige baggrund. Alle arbejder med empirisk forskning og har selv interviewet eller på anden måde været i kontakt med alkohol- og narkotikabrugere, behandlere, socialarbejdere, politi, politikere eller lignende aktører i alkohol- og narkotikafeltet som en del af deres forskning. Og to af forfatterne har erfaringer fra at arbejde med klienter med et rusmiddelproblem i hhv. behandlingssektoren og som socialrådgiver i kommunalt regi før de blev forskere.

Det er ikke muligt at gå i dybden med alle de spændende aspekter, diskussioner og perspektiver som de 12 kapitler præsenterer. Men de fleste kapitler giver både en begrebsafklaring (fx af misbrug, afhængighed, problematisk forbrug, eller skadesreduktion), har et historisk perspektiv, beskriver forskellige teoretiske eller politiske positioner i feltet, eller beskriver forskellige former for indsatser (fx behandlingstyper, skadesreduktions initiativer, eller forebyggelsesindsatser). En stor styrke ved så detaljeret en bog som denne er, at den har et index/sakregister man kan slå op i. Ønsker man at læse om noget særligt er det således nemt at finde.

Der er også i de fleste kapitler en kritisk eller i alt fald spørgende tilgang til de indsatser og politikker som findes i Sverige på alkohol og narkotikaområdet. Ligesom der i forordet diskuteres hvorfor forfatterne landede på 'narkotika' i stedet for 'droger' eller 'rusmedel' som gennemgående begreb. Men de kritiske refleksioner kunne

have været mere tydelige. Fx kan det undre at bogens titel fremhæver 'problem'. Forfatterne beskriver selv i kapitel 1 at det er 'kontroverserne' omkring alkohol og narkotika, der til stadighed fascinerer dem og driver deres forskning og de fokuserer i flere kapitler på *forbrug* af både alkohol og narkotika, samt på *rusens positive sider*, ikke blot af legale rusmidler som alkohol, men også brugere af illegale rusmidlers positive rusoplevelser. Og selvom de skriver at de håber bogen vil vække læseres interesse og engagement for de mennesker der har et *problem* med alkohol og narkotika, så synes bogen at kunne tilbyde en langt bredere indsigt i, hvordan de måder vi forholder os til alkohol og narkotika på som samfund er med til at definere medborgerskab, rettigheder, livsbaner og muligheder for den enkelte alkohol- eller narkotikabrunder, forskellige indsatsers modsatrettede formål (fx narkotikakontrol og stofindtagelsesrum) og dermed potentielt indebærer at de forskellige indsatser i en narkotikastrategi modarbejder hinanden, osv. Men måske forfatterne har en pointe med ikke at gøre disse diskussioner eller kritikker alt for eksplicitte og snarere lægge op til at vi som læsere selv engagerer os i de debatter. Det sidste kapitel om fremtidens udfordringer er baseret på afsnit der er struktureret som spørgsmål, som fx *Hvilke udfordringer findes der i relation til kontrol, forebyggelse og behandling?* Eller *Hvilken rolle skal skadesreducerende indsatser have?* Herefter opsummerer forfatterne pointerne fra de foregående kapitler og vi får dermed som læsere et overblik over kompleksiteten i det felt som bogen omhandler. Aller bagest i bogen findes 26 spørgsmål, som fx undervisere kunne præsentere for studerende, på uddannelser, hvor alkohol- og narkotikafænomener og -problematikker er centrale. Alle spørgsmål lægger op til at sammenstille ofte forskellige eller modsatrettede positioner i feltet og de lægger således alle op til debat, snarere end at fokusere på bestemte svar.

Læser man denne bog – enten som studerende eller som interesseret lægperson – vil man således formodentlig ikke kunne undgå at få sat alkohol- og narkotikaproblematikker til debat. Enten med andre eller med sig selv og sine egne holdninger. Og det er en meget fin kvalitet ved denne bog.

Vibeke Asmussen Frank

Professor, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus universitet.

Vägledning till författarna

Socialvetenskaplig Tidskrift publicerar artiklar, forumartiklar, debattinlägg, bokrecensioner, presentation av aktuella avhandlingar och andra nyheter inom forskningen.

Redaktionen välkomnar manuskript från alla områden inom det socialvetenskapliga forskningsfältet. Manuskriptens skvar skrivna på svenska.

Såväl originalartiklar som forumartiklar referebedöms av två oberoende personer med hög vetenskaplig kompetens.

Originalartiklarna ska vara teoretiska eller empiriska originalarbeten eller översiktsartiklar av något socialvetenskapligt intresseområde. Dessa artiklar ska innehålla ett svenskt och ett engelskt abstract (max 300 ord vardera) samt en engelsk titel. Artiklarna ska inte överskrida 7800 ord inklusive engelskt abstract, fotnoter och referenser. Den svenska sammanfattningen inkluderas inte i dessa sidor då den enbart används i förhållande till referees.

Forumartiklar: Utöver mer traditionella vetenskapliga artiklar, välkomnar SVT välargumenterade och kritiska/reflekterande essäer och kommentarer kring aktuell forskning, politik, teori och metoder som är relevanta för tidskriftens läsare. Artiklar som publiceras i Forum genomgår samlagsgranskning som övriga artiklar, men formen kan vara friare. Texten ska inte överskrida 5000 ord.

Debattinlägg kan gälla teoretiska och metodologiska frågor eller behandla kontroverser inom forskningsfältet, forskningspolitiska frågor m.m. Debattinlägg ska inte överskrida 2500 ord.

Bokrecensioner och presentationer av avhandlingar publiceras vanligen efter överenskommelse med redaktionen. Dessa texter ska inte vara längre än 2000 ord.

Manuskripten ska sändas in i Word-format med e-post till den korresponderande redaktören torbjorn.hjort@soch.lu.se.

Följebrevet ska beröra följande frågor:

- Författarnamn med titel och institutions-tillhörighet
- Kontaktuppgifter till korresponderande författare
- Om projektet är etikprövat
- Om liknande manus publicerats eller är under bedömning för annan tidskrift eller förlag
- Kommentarer om huruvida den gjorda anonymiseringen kan försvåra bedömningen av manuskriptets kvalitet

För ytterligare anvisningar om utformning av manuskripten se:

<http://www.soch.lu.se/socialvetenskaplig-tidskrift/forfattaranvisningar>

Redaktionen påtar sig inte ansvar för manuskripten.

Artiklarna publiceras både i tidskriften och senare elektroniskt.

B**PP**

Sverige, Port Payé

SOCIALVETENSKAPLIG TIDSKRIFT utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete). Tidskriften kommer ut med fyra nummer per år och speglar den vetenskapliga utvecklingen och diskussionen inom hela det sociala området. I tidskriftens redaktion och redaktionsråd ingår kvalificerade forskare från discipliner som socialt arbete, sociologi, psykologi, juridik, statsvetenskap, etnologi, historia och samhällsmedicin. Tidskriften vänder sig såväl till aktiva forskare som till dem som är intresserade av utveckling och kunskapsförmedling inom sociala verksamheter, t.ex. kommuner, landsting eller statliga verksamheter.

FORSA
FÖRBUNDET FÖR FORSKNING I SOCIALT ARBETE

ISSN 1104-1420