

SOCIAL VETENSKAPLIG TIDSKRIFT

Årgång 27 • Nummer 1 • 2020

Introduktion – Norrköpingsredaktionen välkomnar till ett nytt år med Socialvetenskaplig tidskrift

Karin Osvaldsson Cromdal & Magnus Dahlstedt 1–3

Ungas psykiska ohälsa i medicinsk media 1970–2017

Anna-Karin Larsson 5–23

Sysselsättning för unga med intellektuell funktionsnedsättning – betydelsen av föräldrars utbildningsnivå och geografiska härkomst

Jessica Arvidsson, Carin Staland-Nyman, Stephen Widén & Magnus Tideman 25–49

Kompetenta flickor med förmågor – Biopolitisk styrning i barnböcker om funktionsvariationer

Fanny Edenroth Cato 51–69

Informellt tvång mot patienter – reflektioner över former och användning.

En intervjustudie med psykiatripersonal

Veikko Peltö-Piri, Ulrika Hylén & Lars Kjellin 71–90

Vart är äldreomsorgen på väg? Argument för och emot förenklad biståndshandläggning

Anna Siverskog & Håkan Jönson 91–110

Till minne av Kerstin Johansson – Biträdande professor i socialt arbete

Karin Osvaldsson Cromdal 111

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, Avdelningen för socialt arbete, IKOS, Linköpings universitet,
601 74 Norrköping Hemsida: <https://liu.se/artikel/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 Magnus Dahlstedt, tel. 011-36 32 37, e-post magnus.dahlstedt@liu.se

Korresponderande redaktör:

Biträdande professor Karin Osvaldsson Cromdal, tel. 011-36 36 74
e-post socialvetenskapligtidskrift@ikos.liu.se

Redaktionssekreterare:

Doktorand Kamila Biszczanik, e-post kamila.biszczanik@liu.se

Redaktionsledamöter:

Magnus Dahlstedt, Susanne Kelfve, Martin Klinthäll, Anna Lundberg, Dimitris Michailakis,
Anders Neergaard, Karin Osvaldsson Cromdal, Johanna Sköld, Karsten Åström

Redaktionsråd:

Jan Blomqvist, Stockholm; Thomas Boje, Roskilde; Felipe Estrada, Stockholm; Sven Hort, Växjö;
Margareta Hydén, Linköping; Stig Larsson, Lund; Lisbet Lundahl, Umeå; 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.

Annonspriser:

Helsida 4.000 kr
Halvsida 2.500 kr

För prenumerationsfrågor:

Nätverkstan Kultur
Box 311 20, 400 32 Göteborg
Tel: 031-743 99 05
maria.felle@natverkstan.net

För frågor om medlemskap i Forsa:

Var god se www.forsa.nu

Språklig bearbetning: Gun Malmros

Engelsk översättare: Alan Crozier

Layout: RPform

Tryck: Norra Skåne Offset, Hässleholm

ISSN: 1104-1420

© Författarna och Socialvetenskaplig Tidskrift

Introduktion

Norrköpingsredaktionen välkomnar till ett nytt år med Socialvetenskaplig tidskrift

Välkomna till nummer 1, 2020 av Socialvetenskaplig tidskrift, det första numret utgivet av den nya redaktionen vid Linköpings universitet. Vi är mycket glada över att ha fått förtroendet att ge ut tidskriften under de närmaste fem åren och på så vis förvalta det nyligen 25-årsjubilerande forumet för en bred socialvetenskaplig diskussion. Vi ser uppdraget som både ärofullt och viktigt, inte minst med tanke på betydelsen av att värna utgivningen av vetenskapliga tidskrifter av hög kvalitet på svenska.

Vi gläds över de många manus som kommer in till tidskriften. Det visar om något på tidskriftens aktualitet och fortsatta betydelse för det breda socialvetenskapliga ämnesområdet. Tillströmningen av manus innebär även att det fanns en rad redan accepterade texter när vi tog över tidskriften. Därför består detta första nummer också av bidrag som är färdiggranskade av den föregående redaktionen vid Socialhögskolan och Lunds universitet. Artiklarna spänner över ett brett fält av socialvetenskapliga frågor, teorier och metoder.

I den första artikeln av Anna-Karin Larsson undersöks förändring och stabilitet i synen på barns och ungas psykiska hälsa så som den speglats i Läkartidningen 1970–2017. Larsson analyserar hur den medicinska kunskapen relateras till den historiska kontexten samt hur densamma interagerat med andra politiska och samhälleliga diskurser. I den andra artikeln, som också handlar om unga, analyserar Jessica Arvidsson, Carin Staland-Nyman, Stephen Widén och Magnus Tideman sambanden mellan sysselsättning för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning som gått i gymnasiesärskolan och deras sociala bakgrund, här mätt med föräldrarnas utbildningsnivå och geografiska härkomst. Den följs av en artikel som precis som Larsson analyserar texter, där Fanny Edenroth Cato analyserat subjektformeringar i de barnböcker som berättar om erfarenheter av att ha en neuropsykiatrisk diagnos eller att vara högkänslig. Nästa artikel handlar om vuxen-

psykiatrisk verksamhet. Veikko Pelto-Piri, Ulrika Hylén och Lars Kjellin har intervjuat psykiatripersonal och undersökt förekomst och former av informellt tvång i psykiatrin. Med informellt tvång menas här de former av tvångsåtgärder som används i psykiatrisk verksamhet men som inte regleras av lagstiftningen. I den sista artikeln, som handlar om argument för och emot förenklad biståndshandläggning, undersöker Anna Siverskog och Håkan Jönson hur företrädare för svensk socialtjänst ser på tillhandahållandet av individuella hemtjänstinsatser till äldre som sker med hänvisning till ålder men utan individuell bedömning av behov.

Vid den nya redaktionens tillträde efter årsskiftet nåddes vi tyvärr av beskedet att en av redaktionens medlemmar allvarligt insjuknat. Till vår sorg måste vi meddela att Kerstin Johansson, biträdande professor i socialt arbete vid Linköpings universitet, lämnat oss under våren. Vi avslutar därför detta första nummer med ett minnesord för Kerstin.

Den nya redaktionen är sammansatt för att tillgodose en bred ämnesmässig och disciplinär kompetens och med förankring i flera av de forskningsmiljöer vid Linköpings universitet som ägnar sig åt forskning inom det socialvetenskapliga fältet. Flera av miljöerna är formade av tvär- eller mångvetenskapliga perspektiv, i enlighet med en tradition som kännetecknar en stor del av den forskning som bedrivs vid Linköpings universitet. I redaktionen finns alltså en stor bredd, inte minst vad gäller disciplinär bakgrund. Inom redaktionen ryms bakgrunder inom socialt arbete, ekonomisk historia, sociologi, statsvetenskap, historia, juridik, rättsociologi och psykologi. Flertalet av dem som ingår i redaktionen har även disputerat eller varit verksamma i tvärvetenskapliga sammanhang däribland etnicitet och migration, mänskliga rättigheter, barn, välfärdsrätt, äldre och åldrande. I redaktionen finns dessutom en bred spännvidd vad gäller kompetens inom olika ämnesområden och empiriska fält (som arbetsliv, offentlig förvaltning, organisering av välfärd, rehabilitering, rättslig reglering, utbildning, socialt arbete, vård och omsorg), förtrogenhet med olika slags forskningsmetoder (från olika varianter av kvalitativa mikrostudier till kvantitativa registerstudier) och sist men inte minst, intresse för en mångfald av kategoriseringsgrunder som är relevanta för ett socialvetenskapligt forskningssammanhang (t.ex. kön, klass, etnicitet/ras, ålder, generation, funktion).

Redaktionens ambition är att verka för att tidskriften under de kommande fem åren ska rymma både den bredd och det djup som finns i forskningen inom det socialvetenskapliga fältet. Vi vill bidra till en livaktig diskussion om aktuella frågor och teman, inte minst om *vad* socialvetenskap kan handla om. Vad är det för slags frågeställningar som är rimliga och möjliga att ställa? Vilka ansatser, teorier och metoder kan användas? Mötet mellan teorier, metoder och disciplinära traditioner är här en styrka eller rentav en nödvändighet, just därför att det i denna dialog

skapas en dynamik som både utmanar och stärker en socialvetenskaplig kärna. Om något så vill vi bidra till en sådan dialog, och just här ser vi att den tvärvetenskapliga tradition som är stark vid just Linköpings universitet kan vara ett viktigt avstamp. Ett sätt att bidra till dialogen är att arbeta aktivt med temanummer. Ett första temanummer är under arbete och kommer att ges ut som ett dubbelnummer mot slutet av året, på temat *kritiska sociala arbeten*.

Med de orden välkomnar vi er alla till fem spännande år fyllda av bred socialvetenskaplig diskussion.

Karin Osvaldsson Cromdal, korresponderande redaktör

Magnus Dahlstedt, ansvarig utgivare

Anna-Karin Larsson

Ungas psykiska ohälsa i medicinsk media 1970–2017

Ungas psykiska ohälsa i medicinsk media 1970–2017

Mental health issues in young people have been a growing concern in most Western countries since the 1990s. This article is not about an increase in or statistics of mental health, but about discussions in medical literature over the last 40 years. In this article, I investigate the discourse on children's and young people's mental health during the 1970s, 1990s and 2010s. The study is based on articles in the Swedish Medical Journal about mental, psychological and psychosocial problems in young people. The picture that emerges is characterized by a consistent view of an ongoing increase in mental illness and psychosocial problems, and higher rates of problems for girls. Above all, the health problems that are addressed and the explanations for them are changing. In the 1970s there was a notion that girls are more fragile than boys and biological explanations were used. The group of children and young people discussed was relatively homogeneous in the 1970s. From the 1990s the discussion became increasingly heterogeneous with different health problems, symptoms, expressions and needs. While in the early articles writers describe how teenagers' mental health problems were increasing, texts from the later decades are concerned that girls' mental problems are increasing and a greater gender awareness can be traced. Another change over time is the emergence of new diagnoses, behaviours and symptoms. While the problems during the 1970s are described in the form of depression, headache, and self-destructive behaviour, stress-related problems with psychosomatic expressions are observed and described to a greater extent from the 1990s onwards. There is an obvious change in the new attention given to the importance of living habits for psychosocial ill-health that reveals a change in young people's leisure habits.

Anna-Karin Larsson är fil.dr. i historia och lektor i socialt arbete vid Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet.

Kontakt: anna-karin.larsson@oru.se

Inledning

Ungas psykiska ohälsa har under senare delen av 1900-talet varit ett uppmärksammat samhällsproblem. Omfattande undersökningar i svenska skolor har år efter år visat att så många som en av fyra ungdomar upplever psykosomatiska problem av olika slag i form av oro, nedstämdhet, huvudvärk, depressioner, stress och sömnbesvär. Flickor har visat sig må betydligt sämre än pojkar och skillnaden mellan könen i den uppskattade hälsan har ökat under de senaste åren. Utredningar och rapporter har initierats av staten och media har rapporterat flitigt om en ökning av psykiska besvär hos ungdomar och framförallt bland flickor (Folkhälsomyndigheten 2018; SOU 2017:4; Beckman & Hagquist 2010). Diskussion om förekomst, omfattning och sjukdomsbilder har alltså pågått på olika arenor och fått skilda tolkningar. Men trots larmrapporter och framställningar av ett till synes nytt och ökande problem, kan vi i ett längre historiskt perspektiv se att diskussioner om ungas hälsa har blossat upp vid flera tillfällen (Frih 2007).

Den här artikeln belyser den medicinska diskursen om ungas psykiska hälsa mellan 1970-talet och 2010-talet och bygger på en undersökning av texter i *Läkartidningen*.¹ Syftet med studien har varit att undersöka hur den psykiska ohälsan och psykosociala problem har förklarats, om frågor, problem och förklaringar har förändrats över tid samt hur flickors och pojkars ohälsa framställts. Projektet som artikeln bygger på har även haft som ambition att nå djupare kunskap om hur den medicinska kunskapen relaterat till den historiska kontexten och interagerat med andra politiska och samhälleliga diskurser. Att den medicinska expertisen i vår tid ofta haft tolkningsföreträde och makt att identifiera och definiera problem, normalt eller avvikande beteende, manligt och kvinnligt, har tidigare medicinhistorisk och sociologisk forskning visat i en lång rad studier (Johannisson 1990; Hacking 2004; Conrad 2007). Processen inom vilken alltfler livsfaser, problem och tillstånd har kommit att definieras och behandlas som medicinska kallas medikalisering. Medicinska föreställningar och förklaringsmodeller genomsyrar nu vår tillvaro och påverkar oss genom livet. Inte bara via sjukdomskategoriseringar utan också igenom livets olika faser och områden som medikaliserats under 1900-talet: pubertet, graviditet, sexualitet, infertilitet och åldrande för att nämna några (Conrad 2007). Studiens teoretiska utgångspunkt är medicinens tolkningsföreträde och att det den medicinska expertisen lyft fram och förklarat har påverkat en bredare uppfattning om koppling mellan kön, ohälsa och orsaker till ohälsa men också åtgärder och insatser i olika instanser i samhället. Medicinen är alltså både normativ och, liksom all annan vetenskap,

1 Den här studien är ett projekt inom forskningsprogrammet Trestadsstudien som finansierats av Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova inom den fleråriga satsningen Barns och ungas psykiska hälsa.

influerad av sociala och kulturella föreställningar och normer i samtiden (Martin 1991; Nilsson 2011).

För att förstå hur och varför viss kunskap producerats inom en viss diskurs är det inte bara intressant att studera diskursen i sig utan också att sätta in kunskapen i sitt samhälleliga sammanhang. Diskurser kan läsas som konstruktioner och gemensamma uppfattningar, inte direkta bilder av verkligheten. Diskurser får dock konsekvenser för samhället och människorna (Mooney-Somers, Lewis & Kerridge 2016). De kan avgöra gränser för handlingsutrymme, uppfattningar, tal om och förståelse för ett fenomen. Återkommande berättelser om eller bilder av ohälsa, det som betraktas som konstruerat, fungerar också som medskapare av gränsdragningar och kategoriseringar av verklighet och materialitet (Hacking 2004).

Bakgrund och tidigare forskning

Studien av diskursen om ungas psykiska ohälsa i svensk medicinsk media är särskilt intressant i ljuset av ett samhälle med uppmärksammas psykisk ohälsa och samtidigt en välutbyggd välfärd, jämlikhetsdiskurs och en förändring av båda (Looze et al. 2018). Empirin är alltså hämtad från tiden då den svenska välfärdsstaten omdanas med nya sociala, politiska och ekonomiska villkor. Tiden från 1970-talet och fram till det tidiga 2000-talet kännetecknas av en framväxande och föränderlig barn-, ungdomsvård och skola, ett mer individualiserat samhälle, ökade inkomstskillnader och social ojämlikhet (Fritzell, Gähler & Neremo 2007; Elgar et al. 2015). Barns och ungas hälsa, som tidigare varit något som mest angick individen och familjen, blev under 1900-talet allt mer en samhällelig angelägenhet som knöts till välfärdsbygget, utbildningsväsendet, professionaliseringen av medicinen, staten och präglades av förändrade uppfattningar och betydelser av familj och genus (Gijswijt-Hofstra & Marland 2003; Pooley 2010; Newton 2010). En struktur för barnhälsa byggdes upp i form av institutioner som mödra- och barnhälsovård, barnbidrag, skolhälsovård, skolhälsopersonal och hälsoundersökningar. Även om det inte är den faktiska hälsan som står i fokus i den här studien, vet vi att de sociala strukturerna, de samhälleliga institutionerna samt det politiska och ekonomiska sammanhanget påverkar barns och ungas hälsa (Currie & Alemán-Díaz 2015).

I det framväxande svenska välfärdssamhället kom allt fler barn och unga att stå under samhällets vakande öga. När skolväsendet expanderade och skolhälsovården utökades runt om i landet gavs bättre möjligheter att undersöka och kategorisera barn och unga. Om barnhälsoarbetet under den första halvan av 1900-talet i första hand var inriktat mot den fysiska hälsan och att upptäcka, väga, mäta, behandla och bota brister och sjukdomar, ökade intresset för den psykosociala hälsan och det förebyggande arbetet från 1950- och 60-talen och framåt. Frågor om nedstämdhet, oro eller

sömnsvårigheter, som i dagens hälsoundersökningar är centrala, diskuterades sällan före 1960-talet. Inte heller kompisrelationer, mobbning eller andra psykosociala frågor (Zetterqvist Nelson 2012; Larsson 2010). Under 1970-talet utvecklades organisationen kring barns och ungas hälsa. Skolhälsovården blev elevvård och en integrerad del av skolans verksamhet där all personal i skolan skulle engageras. Förutom skolläkare och skolsyster som arbetade med elevhälsovård rekryterades skolpsykologer och kuratorer samt speciallärare och syo-konsulenter (SOU 2000:19).

Med historiens hjälp kan vi få perspektiv på hur kunskapen och synen på ungas psykiska hälsa har utvecklats. Över tid kan vi se att de problem som förknippas med ohälsa hos unga har skiftat, varför det också är intressant att studera förändringar och trender i diskussionen under flera decennier. Tidigare forskning inom olika discipliner har försökt fånga och förklara den faktiska ohälsan med olika metoder och empiri. Psykologiska longitudinella studier har till exempel visat både förändringar och stabilitet i psykosocialt välmående, relationer och hälsa, men också en ökning i ungas psykiska ohälsa under sent 1900-tal. Man har konstaterat att ohälsan och förekomsten är komplex men att det ofta är flera faktorer tillsammans som påverkar hälsan (Looze et al. 2018; Hagquist 2010; Wångby, Magnusson & Stattin 2005). I folkhälsovetenskapliga och sociologiska studier har man sökt kunskap om ohälsan genom att tillfråga de unga själva (Wiklund 2010; Hiltunen 2017) eller genom att undersöka den samhälleliga diskursen, talet om ohälsan utifrån olika källor (Beckman & Hagquist 2010).

Tolkningar av, föreställningar om och uttryck för ohälsa hänger nära samman med konstruktioner av genus och kön, det vill säga med föreställningar om kvinnligt och manligt. Så har också det kvinnliga könet historiskt sett förknippats med svaghet och sjuklighet (Johannisson 1994; Wiklund et al. 2015). Med ett historiskt perspektiv kan man se hur synen på barns och ungas hälsa har förändrats genom åren. I den historiska forskningen har i synnerhet flickors hälsa och sjuklighet behandlats, medan motsvarande studier om pojkar varit sällsynta (Battles 2016; Stern & Markel 2002). Studierna om flicksjuklighet har bland annat handlat om en i olika tider uppblussande flicksjuklighet, definitionen av den kvinnliga ungdomen som en särskilt utsatt och farofylld biologisk period, om sjukrollens funktion samt om särskild utsatthet för flickor under puberteten (Frih 2007; Alaimo 2005; Prescott 2002). Inom forskningsfältet flickforskning (*girlhood studies*) har diskursen om den utsatta, sköra flickan – flickan i kris – undersökts både i Sverige och internationellt, i relation till den samtida diskursen om den starka flickan, *girl power*-idealet (Gonick 2006; Wiklund et al. 2015). Konstruktionen av den krisande, utsatta flickan är, trots tal om starka tjejer, *girl power* och budskap om att du kan bli vad du vill, fortfarande stark och genomsyrar exempelvis ungdomsvården för omhändertagna flickor med psykisk ohälsa. Detta innebär att praktiken,

det vill säga hur vi talar om, bemöter och behandlar flickor, riskerar att reproducera föreställningar som den om den krisande flickan, där flickan blir "det svagare könet" (Andersson Vogel 2016).

Undersökningar av diskurser om barns och ungas psykiska ohälsa har visat att de bilder som skapats av myndigheter, media och forskning stämmer ganska väl överens och är påfallande lika: den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat de senaste 20 åren, flickors psykiska ohälsa har ökat mest och de utsatta framställs som en märkbart homogen grupp i media men mer heterogen i forskning (Beckman & Hagquist 2010). Genuskonstruktionerna och flickans och pojakens skilda uttryck av ohälsa har också visat sig vara var konstant medan idealen och förklaringarna förändras. Den psykiska ohälsan framställs alltmer som ett individualiserat snarare än ett strukturellt problem och bilden av den svagare flickan som inte står emot omgivningens krav förstärks (Callegari & Levander 2019). Eftersom forskningen fokuserat på den samhällseliga och politiska diskursen och framförallt från 1990-talet och framåt, finns fortfarande frågor obesvarade om konstruktionen av ungas psykiska ohälsa i den medicinska diskursen under senare delen av 1900-talet. I den här artikeln ska jag undersöka vad som har skrivits om barns och ungas psykiska hälsa under åren 1970–2017 i medicinsk media. Vilka frågor, perspektiv och förklaringar förekommer i texterna under perioden?

Metod och material

Att jämföra *förekomst* av ohälsa och sjuklighet över tid är problematiskt och i vissa fall rent av omöjligt eftersom definitioner, kategoriseringar, diagnoser och uttryck för ohälsa förändras över tid. Dessa styrs av sin tids värderingar, normer och föreställningar som i sin tur är ett samspel mellan vetenskap, samhälle och individ (Johannisson 1990). Inte bara utgångspunkten utan också vilken empiri man bygger sina resultat på är naturligtvis avgörande. Är det självrapporterad hälsa, rapporter från föräldrar och lärare eller data baserade på vårdstatistik? Det har betydelse för mätning, resultat och analys av förekomst av psykisk ohälsa. Inom psykologisk och socialvetenskaplig forskning har också vikten av att undersöka den självrapporterade psykiska ohälsan hos flickor lyfts fram, eftersom föräldrar och andra i omgivningen tenderar att underskatta psykosomatisk problematik och psykisk ohälsa hos flickor. En anledning till detta är att flickors problem kan vara svåra för andra att upptäcka eftersom de ofta är av internaliserande karaktär, det vill säga tar sig uttryck i och mot den egna kroppen som huvudvärk, magont, oro eller självskadebeteende. Pojkars problematik tar sig oftare uttryck i externaliserade former som antisocialt beteende, kriminalitet, bråk och alkoholkonsumtion, vilket observeras lättare av omgivningen (Wångby & Stattin 2001; Andersson Vogel 2016).

Den här studien bygger inte på en faktiskt eller statistiskt bevisad ohälsa utan som redan nämnts på vad som uppmärksammas och diskuterats i medicinska fackmedia de senaste fyra decennierna när det gäller barn och unga. Jag har gjort nedslag i *Läkartidningen* – en tidskrift av läkare, för läkare och annan medicinsk expertis – under tre perioder: 1970-, 1990- och 2010-talen.² Sökning i innehållsregister för samtliga nummer under varje år dessa decennier har genomförts med fokus på artiklar där något eller några av följande sökord ingått: barn, unga, ungdom, flickor, pojkar, skolhälsovård, pubertet och hälsa.³ För att sortera och analysera materialet har jag utgått från och kategoriserat enligt följande: fysisk/somatiska besvär, psykisk/psykiska besvär samt psykosociala problem. Samtliga texter berör hälsotillstånd eller på något sätt faktorer som bidrar till eller skapar ohälsa hos barn och unga. Av de cirka 900 artiklar, texter, notiser och debattartiklar som rör hälsofrågor om skolbarn och ungdomar kan konstateras att en tredjedel rör somatiska sjukdomar, funktionshinder, allergier eller kroniska sjukdomar, den andra tredjedelen handlar om psykosomatisk, psykisk eller social ohälsa och den sista tredjedelen är frågor som rör barn- och ungdomsvård eller organisationen kring denna, läkemedelsanvändning eller vaccinationer. Fördelningen mellan de tre kategorierna är relativt konstant under de undersökta decennierna. Jag har valt att fokusera på texterna inom kategorin psykisk/psykiska besvär samt psykosociala problem. Eftersom studien fokuserar på barn och unga från tonåren och uppåt har texter om barn före skolåldern uteslutits. Samtliga texter har översiktligt gått igenom utifrån rubrik och ingress och slutligen har 27 texter från 1970-talet, 45 texter från 1990-talet och 55 texter från 2010-talet valts ut och lästs i sin helhet. De här texterna som är både kortare notiser och längre artiklar, utgör alltså empirin.

Studien består av en textanalys och en diskursanalys. Det är vad texterna innehåller, som sägs, respektive vad som konstrueras i diskursen som är av intresse. Vad är det som framhålls som objektivt och sant? Vad är det som skapas? I en historievetenskaplig diskursanalys är det av intresse att söka normer och värderingar, hur dessa förändras och vilka konsekvenser de får. Kontexten, sammanhanget i tid och rum då texterna tillkom, är också central i en historisk studie. Vi vill både komma åt kontexten genom de utvalda texterna och använda kontexten för att förstå och tolka texten (Sjöberg 2018). Studien grundas i förståelsen av diskurs som ett eller flera sociala fenomen och utsagor i förändring utifrån Laclau och Mouffes diskurs-

2 *Läkartidningen* är Sveriges läkarförbunds tidskrift, som utkommer vanligtvis en gång i veckan sedan 1904. Enligt förbundet som ansluter majoriteten av svenska läkare, bidrar tidskriften till läkarkårens fortbildning i medicinska frågor. Materialet skrivs främst av läkare för andra läkare, sakkunniggranskas och består av vetenskapliga artiklar, debatter, recensioner och kortare inlägg.

3 2010-talet är dock endast representerat mellan 2010 och 2017.

teori. Det som studeras är hur olika begrepp får mening, hur de relaterar till varandra och får betydelse i en viss diskurs. Utifrån denna förståelse är det viktigt att se materialet i sin helhet och vilka mönster och utsagor som utkristalliseras (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Eftersom källmaterialet är omfattande är det möjligt att skapa en överblick över frågor, teman och områden med textanalysen och fördjupa denna med en diskursanalytisk metod. Enskilda texter eller skribenter är i sig inte intressanta. Inte heller enskilda texters omfång eller placering. Efter genomläsning av källmaterialet skapades teman utifrån återkommande uttryck, begrepp och synsätt rörande problematik och förklaring till psykisk/psykosocial ohälsa hos unga samt skillnader i synen på kön och ohälsa. Förekommande teman eller frågeområden framträdde därefter utifrån varje undersökt decennium. Dessa teman presenteras nedan i artikeln som är kronologiskt upplagd och behandlar de tre decenniernas texter i separata delar. I den avslutande delen diskuteras de förändringar som ägt rum i den medicinska uppfattningen om barns och ungas ohälsa: förekomst, utbredning och orsaker samt vilka de utsatta eller drabbade barnen och unga har varit.

1970-talet: Pubertetsstörda ungdomar och social problematik

Kunskapen och praktiken kring barns och ungas hälsa beskrevs i tidskriften under detta decennium som ny, under utveckling och i behov av mer forskning (1971:35; 1975:19).⁴ En läkare menade att trots de senaste decenniernas satsningar på barnhälsovård och en utmärkt barnhälsa i Sverige, hade tonåringarna hamnat i skymundan och deras särskilda behov hade inte uppmärksamats tillräckligt (1975:19). I en annan text beskrevs också behovet av en särskild ungdomsmedicin: "Hos unga människor är ofta somatiska och psykiska problem sammanflätade med varandra. Tonåringen behöver nästan alltid psykologiskt stöd utöver de rent medicinska åtgärderna" (1975:19 s. 2050).

Här framkommer också redan på 1970-talet i flera av texterna en uppfattning om en ökning av psykisk ohälsa hos unga. I en text från 1973 framgår visserligen att man inte vet så mycket om utbredningen av psykisk ohälsa men att mycket tyder på att en stor del av de barn, ungdomar och vuxna som söker sig till allmänvården har psykiska problem som tar sig olika uttryck. Behovet av vård beskrevs som både stort och ökande (1973:32). Enligt en utredning som hänvisas till i en artikel från 1971 beskrivs hur vårdsökande unga strömmade in på klinikerna och trots att verksamheterna utökades, var det svårt att ta emot alla: "Frekvensen störda barn och ungdomar ökar"

4 I fotnoterna visas årtal och nummer. Samma nummer kan innehålla flera olika texter. 1975 nr 19 är exempelvis ett temanummer med flertalet texter och skribenter. Sidnummer anges vid citat.

(1971:35 s. 3893). En ny verksamhet som etablerades och snabbt fick stort genomslag var ungdomsmottagningarna. När de första ungdomsmottagningarna öppnades 1970 saknades fortfarande forum för unga att ställa frågor om sex, skydd och relationer. Sexualundervisning blev obligatorisk i den svenska skolan i mitten av 1950-talet, men först mot slutet av 1970-talet kom den tidigare mer biologiskt inriktade undervisningen att inriktas mot samlevnad med ett mer accepterande förhållningssätt gentemot unga människors sexualliv. I flera artiklar kan vi läsa att ungdomsmottagningar startats runt om i landet dit unga kunde söka sig för huvudsakligen psykiatriska, sexuella och gynekologiska problem (1975:19). Det var framförallt flickor som sökte sig till mottagningarna, många för att få råd och hjälp med preventivmedel och sexualrådgivning men också för att fråga om relationer med pojkvänner, kamrater och föräldrar. Ungdomarna beskrivs som känsliga, i behov av stöd och emotionellt omogna. En del led av ångest och depressioner och många upplevde stress kring skola och betygshets (1975:19). Texterna om ungdomsmottagningar behandlar de unga och sexualiteten, om behovet av kunskaper inom sex och samlevnad liksom att en ökning av tonårsaborter och sexuellt överförbara sjukdomar ägt rum. Preventivmedel, önskade graviditeter och aborter framställs som problematik för flickor och rådgivningen var likaså främst riktad mot flickor (1975:19; 1973:33).

Genomgående är det framförallt ungdomar i puberteten som pekas ut som en grupp som är särskilt utsatt för psykosomatisk ohälsa. Inte bara för att puberteten i sig, den biologiska processen, anses problematisk. Här beskrivs också ungas pubertet som en period utsatt för sociala faror och förändringar. En läkare menar att "erfarenheten visar att de medicinska problem ungdomarna söker för ofta är av psykosomatisk natur och har sin egentliga orsak i olösta konflikter inom familj, skola eller samhälle" (1975:19). Ord som "krisperioder", "pubertetsproblem" "pubertetsstörda" och "avvikelser" används i beskrivningarna av tonåren. "Pubertetsåren utgör en unik utvecklingsfas. I högre grad än i andra åldrar kan då somatiska, psykosomatiska eller emotionella störningar påverka den framtida utvecklingen" (1975:19 s. 2031; 1971:27; 1973:13). Att fånga upp ungdomar med problem ansågs viktigt, både för de unga och för samhället. En läkare konstaterar att tonåringar som åldersgrupp statistiskt sett är friska, men att en del särskilda fysiska och psykiska problem som depressioner, ångest och koncentrationssvårigheter ofta uppstår i puberteten (1975:19). I en artikel om psykisk och psykosomatisk sjukdom hos barn upp till 16 år framställs inte psykisk ohälsa som något särskilt problem men med stigande ålder sökte ungdomarna för psykiska problem snarare än somatiska eller infektionssjukdomar. Återkommande magsmärter, molande värk i magen utan identifierbar anledning, även benämnd navelkolik, anges som vanligare hos flickor än pojkar. Anledningen ansågs vara höga krav hemma och i skolan, familjesociala problem och kompisrelationer. Värk över bröstet, trötthet och huvudvärk nämns som något ganska spritt över

åldrarna utan ökning i puberteten eller någon skillnad mellan könen (1971:2). I de flesta texterna är ungdomen i puberteten könlös och benämns endast som ungdomen eller tonåringen.

Flera texter om ungdomar berör social problematik och frågor som missbruk av öl, tobak, narkotika men också problem kring populärkultur och kriminalitet. Det fanns en oro inför den sociala situationen för många ungdomar i storstäder med framväxande förorter, med en ökande tillgång på alkohol och narkotika. "Situationen för stora ungdomsgrupper i storstäderna är mycket alarmerande. Skolskolk, kriminalitet, öl-, thinner- och narkotikamissbruk breder ut sig" (1973:15 s. 1522; 1979:25). I samband med puberteten ansågs risken för just självdestruktivitet och självmordshandlingar öka (1973:13). Samlingsbegreppet för dessa ohälsosamma beteenden som uppmärksammas i *Läkartidningen* är självdestruktivitet. Här ryms förutom självmordsförsök och självmord även destruktivt leverne som missbruk, prostitution, "vagabondage och skolk" eller "vansinnesfärder" och "överkonsumtion av mat" (1970:13 s. 1300). Den sociala problematik som lyfts i tidskriften handlar bland annat om ett ökat alkoholdrickande bland de unga. I en av undersökningarna hävdas att det inte tycks finnas någon skillnad mellan könen i fråga om att berusa sig men pojkarna beskrivs som "storkonsumenter" (1971:27 s. 3086). I texterna om undersökningar och forskning kring ungdomar, alkohol, kriminalitet och social problematik kan det förutsättas att det huvudsakligen handlar om pojkar. Tidigare historisk forskning har också visat att den tidiga ungdomsforskningen om unga i mångt och mycket var könsblind men fokuserade på unga som syntes och störde i det sociala rummet, det vill säga framförallt pojkar (McRobbie 1989; Hendrick 1990).

Under 1970-talet kunde anpassningssvårigheter och beteendestörningar hos "störande" barn och ungdomar i skolan samlas under det nya begreppet och diagnosen MBD.⁵ De här barnen, framförallt pojkar, hade börjat uppmärksammas för sina speciella behov av stöd och resurser. I *Läkartidningen* behandlas diagnosen märkbart könlöst och det nämns endast kort att det faktum att könsdifferensen är 5:1 för pojkar kontra flickor kunde tyda på en genetisk faktors betydelse (1975:36). Men det var inte bara pojkar som uppfattades som besvärliga inom skolsystemet. I en artikel beskrivs hur flickor har betydligt mer frånvaro från skolan än pojkar och att många av skolkarna hade någon form av somatisk eller psykosomatisk problematik: "Kanske är skolvägran ett 'psykosomatiskt symptom'" (1970:1 s. 72). Tidigare mognad och pubertet hos flickor kunde också vara en förklaring till högre frånvaro: "Den [puberteten] kommer tidigare hos flickorna; det är kanske en av förklaringarna till att de börjar med stor frånvaro tidigare. De börjande menstruationerna ger dem väl också ibland en särställning och leder till en överbeskyddande attityd kring dem" (1970:1 s.72).

5 MBD – minimal brain dysfunction. Begreppet är numera ersatt med den motsvarande diagnosen ADHD.

Flickors biologi sågs alltså som problematisk men det fanns också sociala förklaringar till skolfrånvaron, till exempel: "den traditionella inställningen att skolkunskaper inte är lika viktiga för en flicka" samt att "en flicka då och då måste stanna hemma och passa småsyskon" (1970:1 s.72).

I de flesta texterna saknas som redan nämnts ett könsperspektiv, men i den mån kön tas upp framkommer en bild av flickor, deras beteende eller hälsa som särpräglad. Flickor i puberteten framställs som lättpåverkade och emotionellt labila "med snabba växlingar mellan mammighet och trots, mellan glättighet och gråt" (1971:2). Ett exempel är en artikel om anorexia: "Sjukdomens sällsynthet hos pojkar tror jag beror på modehysterin. Det finns inte snygga kläder för lite rundare personer. Att vara smal och attraktiv är dessutom ett 'måste' för en flicka i tonåren" (1977:8 s. 652). I denna text produceras bilden av en "svag" flicka som påverkas starkt av normer och trender i samhället.

En särskild grupp som nämns i ett par texter som utsatt för psykisk ohälsa och social problematik är unga med invandrarbakgrund. Under denna period blev landets befolkning mer heterogen till följd av bland annat ökad invandring och adoptioner samt en ökad social rörlighet. Inom barnpsykiatrin hade uppmärksammats att invandrarbarn och -ungdomar med psykiatrisk problematik ökade: "En stadigt växande grupp är invandrarungdom som ofta kommer i kläm mellan familj och samhälle" (1975:19 s. 2057). Forskning hade visat att dessa barn och unga i viss mån utvecklade identitets- och anpassningsproblem, beteendestörningar och problem i skolan eftersom de hade svårt att följa med i undervisningen och ofta levde i socialt svåra situationer. Problematiken tog sig uttryck i skolk, skolvägran eller olika psykosomatiska symtom (1979:36).

1990-talet: Ökad psykisk ohälsa och självdestruktivitet

Under 1990-talet ökade den samhälleliga uppmärksamheten kring psykisk ohälsa bland unga. Staten tillsatte utredningar för att kartlägga ohälsan och i media dominerade bilden av en försämring av den psykiska hälsan hos barn och unga (Beckman & Hagquist 2010). Nedskärningar i verksamheter som skola och andra välfärdsinstitutioner till följd av lågkonjunkturen på 1990-talet ansågs vara en av förklaringarna till försämringen. Arbetslösheten ökade vilket drabbade ungdomar hårt med osäkra framtidsutsikter och stress som följd. Även sociokulturella omständigheter som ökade klyftor och ojämlika villkor för flickor och pojkar samt individualisering och sekularisering av samhället pekades ut som möjliga orsaker till en generellt stigande psykisk ohälsa i samhället (Lindblad & Lindgren 2010; Bergmark & Fritzell 2007; SOU 2006:77). Den utvecklingen och kontexten utgör bakgrunden till att läkarna tar upp den psykiska ohälsan i *Läkartidningens* texter.

1990-talets artiklar präglas av å ena sidan en upptagenhet av en ökande psykisk ohälsa bland unga och fler som söker hjälp inom vården, å andra sidan en uppgivenhet över knappa eller minskade resurser och organisationen av vård och skolhälsovård (1997:7; 1997:49; 1998:9). I en debattartikel talas om "nedskränningar", "orimligt långa köer" samt "ökade hälsoklyftor" och vikten av att utveckla skolhälsovården (1999:51–52). Problematiken återkommer: "Skyddsnätet för de barn som behöver extra stöd har blivit allt mer grovmaskigt", hävdar en skribent och menar att begränsade resurser med nedskränningar och besparingar inom förskola, skola och vård innebär att barn och unga som behöver stöd riskerar att slås ut och drabbas av psykisk ohälsa. Till följd av detta kan man räkna med våld, kriminalitet och drogmissbruk (1998:5 s. 372).

Ett framträdande tema i 1990-talets diskurs är att och hur ohälsa tar sig olika uttryck för flickor och pojkar. Det framkommer inte minst när det talas om olika former av självdestruktivitet. Det hänvisas i flera texter till en i samhället uppfattad ökning av antalet självmord eller självmordsförsök och självmord anges som en av de främsta dödsorsakerna bland unga. I en artikel hävdades att statistiska data om en eventuell ökning av självmord och självmordsförsök bland unga måste tolkas försiktigt. Larmrapporter i media om en ökning måste ställas i förhållande till statistik och tolkningar av epidemiologiska data. I undersökningar kunde man inte finna stöd för att försämrade villkor i samhället hade inneburit en ökning av antalet intagna i psykiatrisk vård eller att antalet försök hade ökat (1997:46; 1998:49). Man kunde dock se att användningen av smärtstillande medel bland ungdomar i syfte att skada sig själva eller som självmordsförsök hade ökat i slutet av 1990-talet. Här dominerade flickor bland dem som överdoserade läkemedel medan pojkar som försökte ta sitt liv oftare valde att hoppa framför ett tåg (1996:3; 1997:11). Ett annat diskuterat samtida problem som också tog sig olika uttryck beroende på kön var ohälsa till följd av ungdomsarbetslöshet. Unga kvinnor var i betydligt högre utsträckning drabbade av psykiska besvär vid arbetslöshet, medan det var vanligare att de unga männen arbetslöshet tog sig uttryck i alkoholmissbruk eller kriminalitet och blev mer långvarigt. "Pojkars reaktioner blir mer synliga medan flickors riskerar att inte uppmärksammas" (1991:39 s. 3187).

Liksom under 1970-talet visade sig flickors ohälsa mer i form av inåtagerande och självdestruktivt beteende, riktat mot dem själva i form av självskadebeteende, nedstämdhet och ätstörningar. En ingress lyder: "Nu ses ett nytt fenomen, 'självskärare', på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Liksom anorexi och bulemi (sic) är detta ett självdestruktiv[t] beteende som är vanligast bland tonårsflickor – ett sätt att hantera/kontrollera en livssituation de inte riktigt klarar av" (1998:5 s. 373).

Depression angavs i en text som fyra gånger vanligare bland flickor än pojkar och ökningen var markant från och med puberteten (1993:15). Flickor som sökte vård

sökte framförallt för nedstämdhet och självmordstankar/självmordsförsök medan pojkar kom för aggressivt beteende och självmordstankar. Depressioner var också starkt förknippade med symtom som magont och huvudvärk. I en artikel baserad på en studie om rygg- och huvudvärk bland barn och tonåringar i en kommun diskuterades orsakerna till att många elever upplevde smärta och att betydligt fler flickor än pojkar rapporterade att de hade ont i ryggen eller huvudet. Resultaten pekade mot att "orsakerna till symtomen var psykosociala snarare än fysiska" (1993:15 s. 1452). 40 procent av flickorna rapporterade huvudvärk mot 20 procent av pojkarna. Skillnaden var inte enkel att förklara, men biologiska eller hormonella samband tycktes inte kunna konstateras (1993:15).

Pojkars utåtagerande och flickors inåtagerande lyfts även fram i texter om skolproblematik i ett temanummer. Pojkar, och särskilt de som mognade sent, var särskilt utåtagerande och oroliga i skolan. En skribent menade att "vara pojke förefaller i sig utgöra en risk för att få skolproblem" (1998:18 s. 2087). I ett par texter om barn med särskilda behov av stödinsatser i skolan framkommer att pojkar är i särskilt stort behov av stöd för i övervägande utåtagerande beteenden, oro och stökighet (1996:32–33; 1998:18). Oavsett psykosocial problematik och hälsoproblem, även i en tid när psykisk ohälsa tycks ta sig fler olika uttryck, upprepas mönstret från 1970-talet: flickors psykiska ohälsa är mer osynlig, pojkars är synlig och störande.

Tonårstiden framställs i texterna som en frigörelseperiod men också som ett labilt skede då mycket händer i kroppen och psyket. En tendens i texterna från 1990-talet är att gruppen barn och ungdomar allt mer behandlas som en heterogen grupp med olika problem, behov och förutsättningar. Det är fortfarande framförallt kön som skiljer ungdom från ungdom, men nu uppmärksammas också social bakgrund, etnicitet, eller funktionshinder som faktorer som påverkar hälsan. I en artikelserie uppmärksammas till exempel att barn med funktionshinder riskerar att drabbas särskilt hårt när resurserna minskar och nedskärningarna tilltar (1998:18). Även geografi uppmärksammas som en hälsfaktor (1994:35; 1997:35). I studie av norrländsk ungdoms hälsa menas att "ungdomar i norrländsk glesbygd uppvisar en dålig självbild, har många sjukdomssymtom och ett stort behov av stöd [...] I synnerhet gäller detta de 16-åriga flickorna" (1994:35 s. 3061). Mångfalden av hälsofrågor eller sjukdomar i texterna är också större under 1990-talet och vittnar om de varierande ohälsoproblem som samtidens medicinska expertis ser hos en heterogen barn- och ungdomsgrupp: adhd, autism, damp och tvångssyndrom, men också ätstörningar, anorexia nervosa och bulimi samt självska debeteende. De först uppräknade beskrevs som mer vanliga bland pojkar och de senare vanligare bland flickor.

2010-talet: Stress, levnadsvanor och ojämsställd hälsa

Under 2010-talet har diskussioner i media och andra offentliga sammanhang handlat om en stark oro för en omfattande hög psykisk ohälsa bland unga och i synnerhet bland unga tjejer. Enligt Folkhälsomyndigheten, men även forskning på området, är skolstress, socioekonomisk stress och stress inför framtiden med en osäker arbetsmarknad och till synes oändliga valmöjligheter och krav på att förverkliga sig själv orsaker till en ökande ohälsa bland barn och unga (Folkhälsomyndigheten 2018; Anniko 2018; Gustafsson et al. 2010).

Läkartidningens texter bör ses i denna kontext. Under decenniets sju första år finns oron om ökad psykisk ohälsa och stress också tydligt närvarande i tidskriften (2010:7; 2013:36; 2014:32–33; 2017:114). I flera av texterna i temanumret "Livsstil och hälsa – ungdomar" hänvisas till larmrapporter i samhället. "Den psykiska ohälsan bland unga i Sverige har stadigt ökat sedan 1990-talet och kan anses alarmerande hög" (2013:36 s. 2), påstås i en artikel, men det uttrycks också en ambivalens i andra texter: "Psykisk hälsa hos unga har inte drastiskt förbättrats de senaste 30 åren, det framstår tydligt. Däremot är det oklart om den har försämrats" (2013:36 s. 1).

Områden med fokus på psykisk ohälsa och social problematik kopplad till ohälsa som förekommer i tidskriften under perioden är bland annat: psykisk ohälsa, ätstörningar, självskadebeteende, sömn, mobbning, stress, stillasittande, alkoholkonsumtion, könsdysfori och adhd. Två teman är dock särskilt framträdande i texterna under 2010-talet: psykisk ohälsa och kön samt levnadsvanornas betydelse för hälsan. I temanumret "Ungdomshälsa" från 2012 förklaras att flickors benägenhet att drabbas av stress, trötthet, utmattning och depressioner kan ha att göra med de höga kraven på utbildning i samhället. Fler flickor tycks känna hög press att lyckas i skolan. Även en ökad fokusering på utseendet och oro för kroppsvikt ges som förklaring till ohälsan hos unga kvinnor (2012:16). Argumenten känns igen både från 1970- och 1990-talen. I en artikel om insatser för ungas psykiska hälsa menas även att "skolreformer, ökade utbildningskrav, individualisering, skärmtid och ungdomsarbetslöshet" kan ligga bakom ohälsan (2015:112). En upplevd maktlöshet, dålig självkänsla och brist på fysisk träning är andra anledningar som lyfts till att utveckla psykisk ohälsa hos unga kvinnor. Här nämns också ett samhälle med upplevd bristande jämställdhet (2014:7).

Liksom under 1990-talet beskrivs hur flickor och unga kvinnor mår sämre, i högre utsträckning är deprimerade och mer benägna för självskadebeteende än pojkar och unga män (2011:13; 2011:51; 2014:111). Ett könsperspektiv är närvarande i majoriteten av texterna på så sätt att flickors och pojkars ohälsa skiljs åt, förklaras olika eller benämns på något sätt olika. Det handlar både om olika grad av utsatthet för psykisk ohälsa och olika former. Till exempel skrivs om utsatthet för våld och självskadebeteende. Flickor skadar sig själva i högre utsträckning när de mår dåligt, medan pojkar som inte trivs med livet "intensivkonsumerar" alkohol (2010:7; 2013:36). Både

flickor och pojkar hade i studier visat sig vara utsatta för olika former av våld men för båda fanns ett starkt samband för högre psykisk ohälsa (2015:40). Generellt tycktes dock unga kvinnor lida mer av psykiska problem efter våldsutsatthet (2010:18). Pojkar diagnostiserades med adhd i något högre utsträckning än flickor men funktionsnedsättningen tog sig olika uttryck. Flickor med diagnosen visade mer ångest och depression (2012:23–24; 2016:15).

I texterna inom det andra framträdande temat, levnadsvanor och psykisk ohälsa, kopplas de ungas livsstil till individuella val men också sociala faktorer som utbildning, social och ekonomisk tillhörighet. Att leva under sämre ekonomiska eller sociala villkor innebär ofta ohälsosamma vanor och en utsatthet för psykisk ohälsa: "Vi vet att det är större risk att anamma ohälsosamma vanor – till exempel stillasittande liv och stort överintag av kalorier – om man lever i arbetslöshet och social utsatthet" (2013:36, introduktion). Levnadsvanor kan påverkas och förbättras och man måste hitta sätt att nå fram med budskap om hur man bör leva, hävdas det i temanumret: "Unga är känsliga för gruppträck och trender, och det är viktigt att nå dem för att tidigt påverka levnadsvanor kring exempelvis kost, motion, sömn och alkohol" (2013:36). Några av problemen som nämns inom detta område är ett ökat stillasittande och skärmtid, fysisk inaktivitet och sömnbrist. Stillasittandet ansågs fortfarande vara underbeforskat, men visst stöd för ett samband mellan hög skärmtid och nedstämdhet samt depression presenteras (2013:36; 2016:6). Ett samband mellan stillasittande framför skärm och tv samt ätande, skräpmat, övervikt och fetma konstaterades också i vissa studier (2015:25–26; 2016:113). Skärmtid kunde även kopplas till störd eller mindre sömn med påverkan på den psykiska hälsan och möjlig bidragande orsak till övervikt hos barn och unga (2013:36; 2015:25–26).

De nyupptäckta ohälsoproblemen kopplades till levnadsvanor som här nämns diskuteras också i en artikel som ett "osynligt riskbeteende". Då man tidigare mer lagt märke till en högriskgrupp för psykiska störningar och självmordsbeteende, främst bestående av pojkar med alkohol- och drogmissbruk och rökning, hade man nu identifierat en ny grupp som inte gjorde så mycket väsen av sig. Den nya riskgruppen hade beteenden som var mindre synliga utåt, som karaktäriserades av mediemissbruk, stillasittande och för lite sömn och kunde dölja depression, ångest eller självmordstankar. Artiklarna om stillasittande och skärmtid saknar genomgående ett könsperspektiv. Endast i en av texterna nämns en könsskillnad i uttrycket. Pojkar var mer benägna för mediemissbruk och flickor för stillasittande. Detta "osynliga" riskbeteende kopplades också i högre utsträckning till depression hos flickor (2014:111).

Resultat och diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka hur den psykiska ohälsan och psykosociala problem har förklarats inom medicinen, om frågorna eller problemen som tagits upp och förklaringarna som getts har förändrats över tid samt hur flickors och pojkars ohälsa framställts. Man kan se de tre tidsperioderna som en gemensam medicinsk diskurs om barns och ungas psykiska hälsa som är föränderlig över tid. Bilden som träder fram över hela perioden präglas av både kontinuitet och förändring, av teman som består och teman som kommer och går. Ett genomgående och varaktigt tema är uppfattningen om dels en pågående ökning av psykiska besvär och psykosociala problem bland unga, dels en större utsatthet hos flickor för psykisk ohälsa. Den medicinska diskursens kontinuitet i uppfattningen om en ökning av den psykiska ohälsan och en högre ohälsa bland flickor sammanfaller väl med andra diskurser i media och offentliga rapporter och publikationer mellan 1980-talet och 2000-talet (Beckman & Hagquist 2010; Callegari & Levander 2019). Förklaringarna till ökningen och ohälsosfrågorna som tas upp förändras emellertid. Om 1970-talet var en uppbyggnadsfas av kunskap och organisation kring barns och ungas psykiska ohälsa, framhölls nedskärningar och försämrade samhällsvillkor på 1990-talet. Utvecklingen i texterna går från en optimism och tro på ökade resurser till en dyster bild av läget med reduktioner av resurser och nedmontering av välfärd. Under 2010-talet efterfrågas inte lika tydligt ökade resurser. Den utbredda psykiska ohälsan och den fortsatta ökningen anses i första hand nu bero på livsstil med ohälsosamma levnadsvanor och utsatthet för stress och omgivningens förväntningar.

Ett annat kontinuerligt tema är flickors sårbarhet. Det finns en genomgående och stabil uppfattning om att flickor är mer utsatta än pojkar samt att den psykiska ohälsan huvudsakligen tar sig uttryck inåt för flickor och utåt för pojkar. Det långa historiska mönstret av könsens skilda uttryck för ohälsa och sjuklighet samt depressioner, självsador och nedstämdhet som förknippat med ung kvinnlighet känns igen (Johannisson 1994; Johansson 2010). Den krisande flickan som internaliserar den psykiska ohälsan är närvarande i *Läkartidningens* texter under samtliga tre decennier. Förklaringarna till varför nyanseras dock under perioden. Under 1970-talet förekommer en föreställning om att flickor är mer labila än pojkar och utsatta utifrån sina biologiska förutsättningar. De mognar tidigare och de kroppsliga förändringarna påverkar dem i puberteten. De sociala omständigheterna, samhällelig oro, rörlighet och andra utvecklingar i samhället tycks mer påverka pojkarnas hälsa och komma till uttryck i form av externaliserande, destruktivt och utåtagerande beteende. Till de sociala omständigheterna hör en ny ungdomskultur som tar avstånd från den äldre generationen, med större frihet och tillgång till sexualitet och droger. Under 1970-talet har vi också uppfattningen om "problembarnen" i skolan och den tydliga skillnaden mellan synen på pojkars och flickors pubertet och psykiska ohälsa.

Både inåtagerandet hos flickor och utåtagerandet hos pojkar förstås dock som självdestruktivt beteende.

De biologiska förklaringarna och fokus på en problematisk pubertetsperiod blir sällsynta eller försvinner i de senare texterna. I stället är det samhällsförändringar och strukturer som anges som den främsta anledningen till ohälsa. Både flickor och pojkar drabbas, men på olika sätt. Att beakta kön som avgörande för ohälsa blir allt tydligare i det senare materialet. Om perspektiven i de tidiga texterna är könsblinda blir de efterhand allt mer könsmedvetna. En annan förändring är att gruppen barn och unga ses som förhållandevis homogen i texterna under 1970-talet, men alltmer heterogen under de senare decennierna. Ofta handlar texterna under 1970-talet om könlösa barn eller ungdomar och skillnader mellan könen uppmärksammas eller behandlas inte alltid. Ungdomar blir emellertid längre fram under undersökningsperioden en alltmer heterogen grupp med skilda ohälsouttryck, behov och utsikter. Det hänvisas under 2010-talet till undersökningar som tagit hänsyn till kön, etnicitet eller social bakgrund. Då skillnaden i psykisk ohälsa mellan könen mer sällan nämns under 1970-talet, finns den närvarande i så gott som samtliga texter under 1990- och 2010-talen. Medan man under den första perioden beskriver hur *ungas* psykiska ohälsa ökar, oroas man i de senare decenniernas texter över att *flickors* psykiska ohälsa ökar – en skillnad i fokus som troligtvis inte bara avspeglar en ökning bland flickor utan också en ökad medvetenhet om genusperspektiv i forskning och en samhällsdebatt med inslag av könsanalyser.

Den psykiska ohälsans föränderlighet och uttryck i nya diagnoser, beteenden och symtom är ett framträdande tema vars innehåll förändras över tid. Medan ohälsan under 1970-talet beskrivs i form av depressioner, ångest, magont, huvudvärk, sexuellt beteende eller kriminalitet och annat självdestruktivt beteende som narkotika- eller alkoholmissbruk, observeras och beskrivs i högre utsträckning stressrelaterade problem med psykosomatiska uttryck från 1990-talet och framåt. Den allra tydligaste förändringen är den nya observansen kring levnadsvanornas betydelse både för den fysiska och den psykosociala ohälsan. Uppmärksammandet av stillasittande, matvanor och skärmtid avslöjar också en utveckling och förändring av ungdomars fritidsvanor. Pojkar beskrivs inte längre som störande moment i det offentliga rummet där de under 1970-talet tycktes ägna sig åt alkohol och kriminalitet. De har flyttat in i hemmet, blivit stillasittande och utgör nu en "osynlig riskgrupp" tillsammans med de flickor som inte heller syns eller hörs när de mår dåligt.

Referenser

- Alaimo, K. (2005) The authority of experts. The crisis of female adolescence in France and England, 1880-1920. I: M. J. Maynes, B. Sølund & C. Benninghaus (red.) *Secret gardens, satanic mills. Placing girls in European history, 1750–1960*. Bloomington och Indianapolis: Indiana University Press.
- Andersson Vogel, M. (2016) Psykisk ohälsa, utsatthet och en legitimerande oro. Diskursiva förståelser av flickor som placeras vid särskilda ungdomshem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(2): 109–128.
- Anniko, M. (2018) *Stuck on repeat. Adolescent stress and the role of repetitive negative thinking and cognitive avoidance*. Örebro: Örebro universitet.
- Battles, H. T. (2016) The biologically vulnerable boy. Framing sex differences in childhood infectious disease mortality. *Boyhood Studies*, 9(2): 56–72.
- Beckman, L. & Hagquist, C. (2010) *Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Analys av den officiella bilden, mediebilden och bilden från forskningen*. Karlstad: Karlstad University Studies nr 5.
- Bergmark, Å. & Fritzell, J. (2007) Välfärdens utveckling efter 1990-talets kris. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14(2–3): 102–109.
- Callegari, J. & Levander, U. (2019) Kompetent aktör eller psykiskt skör? Barn- och flickdiskurser i konstruktionen om ungas psykiska ohälsa. *Tidskrift för genusvetenskap*, 40(1): 73–95.
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Currie, C. & Alemán-Díaz, A. Y. (2015) Building knowledge on adolescent health. Reflections on the contribution of the health behaviour in school-aged children (HBSC) study. *The European Journal of Public Health*, 25(2): 4–6.
- Elgar, F. J., Pfortner, T-K., Moor, I. et al. (2015) Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010. A time-series analysis of 34 countries participating in the health behaviour in school-aged children study. *The Lancet*, 385(9982): 2088–2095.
- Folkhälsomyndigheten (2018) *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Frih, A-K. (2007) *Flickan i medicinen. Ungdom, kön och sjuklighet 1870–1930*. Örebro: Örebro universitet.
- Fritzell, J., Gähler, M., & Neremo, M. (2007) Vad hände med 1990-talets stora förlorargrupper? Välfärd och ofärd under 2000-talet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14(2–3): 110–133.
- Gijswijt-Hofstra, M. & Marland, H. (red.) (2003) *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century*. The wellcome series in the history of medicine. Amsterdam: Rodopi.
- Gonick, M. (2006) Between "girl power" and "reviving Ophelia". Constituting the neoliberal girl subject. *NWSA Journal*, 18(2): 1–23.
- Gustafsson, J-E., Allodi M. Westling, Alin Åkerman, B. et al. (2010) *School learning and mental health. A systematic review*. Stockholm: Health Committee, Royal Swedish Academy of Sciences.
- Hacking, I. (2004) *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.
- Hagquist, C. (2010) Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden. An analysis of WHO data 1985–2005. *Journal of Adolescent Health*, 46(3): 258–64.
- Hendrick, H. (1990) *Images of youth. Age, class, and the male youth problem, 1880–1920*. Oxford: Clarendon.

- Hiltunen, L. (2017) *Lagom perfekt. Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar*. Växjö: Linnéuniversitet.
- Johannisson, K. (1990) *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedt.
- Johannisson, K. (1994) *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.
- Johansson, A. (2010) "Självskadetjejer" – skärande och betydelsen av kön. I: A-K. Frih & E. Söderberg (red.) *En bok om flickor och flickforskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, A. (2010) Mobbing : ett tidsbundet socialt problem? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17(2), 134-148.
- Lindblad, F. & Lindgren, C. (2010) *Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det?* Stockholm: Carlsson.
- Looze, M. E., Huijts T., Stevens G. W. J. M. et al. (2018) The happiest kids on earth. Gender equality and adolescent life satisfaction in Europe and North America. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5): 1073–1085.
- Martin, E. (1991) The egg and the sperm. How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3): 485–501.
- McRobbie, A. (1989) En feministisk kritik av subkulturforskningen. I: T. Ziehe, J. Fornäs, U. Lindberg et al., (red.) *Ungdomskultur. Identitet och motstånd. En antologi*. Stockholm: Symposion.
- Mooney-Somers, J., Lewis, P., & Kerridge, I. (2016) Discursive constructions of youth cancer. Findings from creative methods research with healthy young people. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(3): 427–36.
- Newton, H. (2010) Children's physic. Medical perceptions and treatment of sick children in early modern England, c. 1580–1720. *Social History of Medicine*, 23(3): 456–474.
- Nilsson, G. (2011) Den fetmadrivande miljön. Kulturella föreställningar om samhället i populärmedicinska texter om övervikt och fetma. *Socialmedicinsk tidskrift*, 88(3): 207–216.
- Pooley, S. (2010) "All we parents want is that our children's health and lives should be regarded". Child health and parental concern in England, c. 1860–1910. *Social History of Medicine*, 23(3): 528–548.
- Prescott, H. M. (2002) Using the student body. College and university students as research subjects in the United States during the twentieth century. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 57(1): 3–38.
- Sjöberg, M. (2018) "Textanalys" I: M. Gustavsson & Y. Svanström (red.) *Metod. Guide för historiska studier*. Lund: Studentlitteratur.
- SOU 2000:19 *Från dubbla spår till elevhälsa. I en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling. Slutbetänkande. Elevvårdsutredningen*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2017:4. *För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. Delbetänkande*. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Stern, A. M. & Markel, H. (2002) *Formative years. Children's health in the United States, 1880–2000*. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan Press.
- Wiklund, M. (2010) *Close to the edge. Discursive, gendered and embodied stress in modern youth*. Umeå: Umeå universitet.
- Wiklund, M., Danielsson, U., Strömbäck, M. & Bengs, C. (2015) Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa. Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets indi-

- vidualisering. I: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (red.) *När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm: MUCF.
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wångby, M., Magnusson, D. & Stattin, H. (2005) Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls. A 26-year comparison of 15-year-olds. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(2): 145–56.
- Wångby, M. & Stattin, H. (2001) *Self-perceived psychological health among Swedish teenage girls. I Adjustment problems in a 1996 school cohort*. Nr 75. Stockholm: IDA/Department of Psychology, Stockholms universitet.
- Zetterqvist Nelson, K. (2012) Från samhällets barn till egna individer. Barnpsykiatrisk behandlingssideologi 1945–1985. *Scandia*, 78(2): 40–67.

Källmaterial

Läkartidningen 1970–1979; 1990–1999; 2010–2017.

*Jessica Arvidsson, Carin Staland-Nyman,
Stephen Widén & Magnus Tideman*

Sysselsättning för unga med intellektuell funktionsnedsättning

– betydelsen av föräldrars utbildningsnivå och geografiska härkomst

Post-school occupation for young adults with intellectual disability. The significance of the parents' level of education and geographical descent

This study explores and analyses the association between parents' geographical descent as well as their level of education and their children's type of occupation after graduating from Swedish upper secondary school for pupils with intellectual disability (USSID).

This is a registry study in Halmstad University Register on Pupils with Intellectual Disability (HURPID), the register which includes all people that have been granted support and service under the Swedish Act on Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities (LSS) and the Integrated database for Labour Market Research (LISA). The data analyses are based on multiple logistic regression. N=12,269.

The study reveals that the parents' geographical descent and their level of education affect the former pupils' type of post-school occupation. Children of less-educated parents tend to have paid employment and children of highly educated parents tend to participate in disability day programmes. Parents who are highly educated are assumed to have a greater level of the "welfare skills" that are required in order to manage today's welfare system and get services and activities such as daily activity. Parents who are less educated are assumed to have their employment in occupations with low demands for formal competence and might be able to provide their children with the contacts that they need to get a job there as well.

It is concluded that society's knowledge and awareness of different background factors (e.g. gender, age, municipality of residence, social background) among former pupils from USSID needs to increase in order to give young adults with intellectual disabilities equal opportunities for an occupation that they have reason to value.

Jessica Arvidsson är fil. dr. i hälsa och livsstil med inriktning handikappvetenskap och verksam som utvecklingsledare vid avdelningen för hållbar utveckling, Båstads kommun.

Carin Staland-Nyman är fil. dr i socialmedicin och universitetslektor vid Högskolan i Halmstad.

Stephen Widén är docent, fil. dr i psykologi och universitetslektor vid Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro universitet.

Magnus Tideman är professor i handikappvetenskap, Högskolan i Halmstad

Kontakt: jessica.arvidsson@bastad.se

Introduktion

Att unga vuxna etablerar sig i arbetslivet är betydelsefullt för samhället och för den enskilde. Arbete främjar utveckling av individuella färdigheter och har en rad sociala och psykologiska fördelar (Ellenkamp et al. 2016). Utanförskap i förhållande till arbetsmarknaden kan ha direkt negativa konsekvenser för hälsan hos unga människor (Angelin 2009; Eurofund 2012; Hammarström 1996; Rantakeisu 2002; Strandh et al. 2015). Flera av hälsans bestämningsfaktorer har sin grund i förvärvsarbete eftersom arbete utöver ekonomiska fördelar även kan leda till stärkt självkänsla, ökad social status och ett större socialt nätverk (Marmot et al. 2008). Förutom att arbetsinkomster är avgörande för tillgången till några välfärdstjänster är arbetslöshet en nyckelfaktor i olika definitioner av utanförskap och social exkludering. I många avseenden är arbete avgörande för människors möjlighet att etablera sig i vuxenlivet och ta del av goda levnadsvillkor (Nilsson & Bäckman 2014).

Det finns grupper av unga som har svårare än andra att etablera sig i arbetslivet. Unga utan fullständiga gymnasiebetyg, unga med utländsk bakgrund och unga med funktionsnedsättning är de grupper som möter störst etableringsproblem på arbetsmarknaden i jämförelse med andra ungdomar (Engdahl & Forslund 2015). Andelen unga som lämnar gymnasieskolan utan fullständiga slutbetyg har ökat sedan 1990-talet, liksom andelen unga med utländsk bakgrund. Vad gäller unga med funktionsnedsättning är anknytningen till arbetsmarknaden svag och förefaller också ha försämrats över tid (ibid.).

I den här artikeln står en grupp som traditionellt har haft mycket svårt att etablera sig på arbetsmarknaden i fokus, unga med intellektuell funktionsnedsättning. Syftet är att analysera sambanden mellan sysselsättning för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och deras sociala bakgrund. De unga som ingår i studien har en bakgrund i gymnasiesärskolan, och de sociala bakgrundsfaktorer som studeras är föräldrarnas utbildningsnivå samt geografiska härkomst.

Med utgångspunkt i ett miljörelativt synsätt på funktionshinder (se t.ex. Söder 1982) är både individens förutsättningar, i detta fall i form av funktionsnedsättning och social bakgrund, och omgivningsfaktorer som lagar, regler och stödinsatser av betydelse för vilka hinder som uppkommer. Det är i mötet, i relationen mellan individ och omgivning/miljö som funktionshinder skapas. Omgivningens betydelse kan illustreras med att personer med intellektuell funktionsnedsättning och andra unga möter en arbetsmarknad som förändrats de senaste decennierna. Kraven på anställdas kompetens, kapacitet och sociala förmåga har ökat och förekomsten av enklare arbeten utan krav på utbildning har minskat. Saknas gymnasiekompetens är det svårt att få arbete och för att vara aktuell för arbeten som tidigare krävde gymnasiebetyg krävs ofta i dag en högre utbildning (Wadensjö 2014).

Samtidigt har det svenska välfärdssamhället, som i grunden baseras på generella

insatser, kompletterats med fler marknadsbaserade och individualiserade stödinsatser. Det fordrar att medborgarna i allt större utsträckning är aktiva och välinformerade för att de ska få del av de offentliga tjänsterna. De behöver ha kunskap om hur välfärdssamhället är organiserat, känna till var och hur man ansöker om att få del av olika välfärdstjänster samt välja mellan olika utförare. Detta understryker vikten av den sociala bakgrund unga har i form av exempelvis föräldrarnas utbildningsnivå. Särskilt utmanande är ett marknadssystem för individer med nedsatt förmåga att ansöka om stöd och välja utförare. Panican och Hjort (2011) menar att eftersom det finns kombinationer av strukturella hinder (t.ex. sådana som är kopplade till utbildningssystem och arbetsmarknad) och individuella hinder (t.ex. familjens resurser, en funktionsnedsättning, låg utbildningsbakgrund) kan valmöjligheterna framstå som oöverskådliga och i viss mån obegriplig: "det som krävs för att utöva valfriheten kan utgöra hinder för resurssvaga som inte alltid har nödvändiga intellektuella, tids-, status- och resursmässiga verktyg" (Panican & Hjort 2011 s. 29). Det riskerar att leda till ojämlika möjligheter att ta del av välfärdstjänster som stöd för att underlätta arbetsmarknadsdeltagande.

Socialstyrelsen (2011) menar att den ökade valfrihetens och individualiseringens konsekvenser inom hälso- och sjukvården understryker att "resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer" (ibid. s. 8) eftersom de resursstarka både söker och finner information i högre grad. Statskontoret (2007) poängterar samma risk Och fördelningen av välfärdstjänsterna riskerar därmed att bli ojämlik mellan resursstarka och resurssvaga individer. Szebehely (2011) betonar individens varierande förutsättningar att ta del av välfärdstjänster och därmed statens och kommunernas viktiga roll för alla samhällsmedborgares möjlighet till en likvärdig välfärd. Ojämlikheten mellan resursstarka/-svaga kan ha sin grund i på vilket sätt det närmsta sociala nätverket kan bidra med kunskaper och kontakter som personen kanske själv har svårt att realisera, utifrån deras sociala bakgrund. Hittills är dock studier som fokuserar betydelsen av social bakgrund för sysselsättning bland unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning sällsynta.

Föräldrarnas roll och betydelse för ungas sysselsättning

Ungas villkor under uppväxten har betydelse för deras förutsättningar att senare i livet träda in och få fotfäste i arbetslivet (SOU 2013:74). Bäckman och Nilsson (2011) pekar på att föräldrarnas socioekonomiska status generellt samvarierar med deras barns framtida position på arbetsmarknaden. Barn som växer upp i hem med social problematik och barn som växer upp i fattigdom har exempelvis två till tre gånger så stor risk att senare stå utanför arbetsmarknaden.

Ungas faktiska livsvillkor under uppväxten påverkar också deras framtidstro (Alm

2014). De som växer upp under mer knappa förhållanden ser mindre ljus på sin framtid. Den svaga framtidstron antas även förstärka risken för social exkludering senare i livet (ibid.).

Även internationell forskning visar att föräldrarnas utbildningsbakgrund och familjens ekonomiska resurser är viktiga sociala bakgrundsfaktorer för ungas inträde i arbetslivet. Furlong (2006) visar att unga som inte tillhörde kategorin NEET (not in education, employment or training) i högre grad hade högutbildade föräldrar med fast och välbetalt arbete än de unga som någon gång varit NEET. Cusworth och kollegor (2009) visar att barn vars föräldrar mottagit försörjningsstöd, senare i livet hade större risk att uppleva socialt utanförskap till exempel på arbetsmarknaden.

Unga med utländsk bakgrund har svårare att etablera sig på arbetsmarknaden än ungdomar generellt (Engdahl & Forslund 2015). Förutsättningarna för etablering varierar beroende på hur lång tid personer har varit i Sverige och från vilken del av världen de kommer. Faktorer som bristande språkkunskaper, begränsade sociala nätverk samt diskriminering på arbetsmarknaden lyfts fram som några orsaker bakom ett lägre arbetsmarknadsdeltagande bland unga med utländsk bakgrund (ibid.). Tidigare forskning har dock även visat att föräldrar med utländsk bakgrund tenderar att uppmuntra sina barn till högre utbildning i större utsträckning än föräldrar födda i Sverige (Lundqvist 2005).

När det gäller ungas faktiska yrkesval tycks föräldrarna spela stor roll. Nordström Skans och Kramarz (2011) fann ett direkt samband mellan föräldrarnas arbetsplatser och barnets första kontakt med arbetslivet. Unga kvinnor tenderade att följa i sina mammors fotspår och unga män i sina pappors.

Tidigare studier har visat att familjens resurser är betydelsefulla i samband med övergången från skoltid till arbetsliv för unga vuxna med olika typer av funktionsnedsättningar (Newman et al. 2011; Madaus, Grigal & Hughes 2014). En amerikansk studie visar att de som har fått specialundervisning under skoltiden¹, och som kommer från familjer med låg socioekonomisk status (SES), det vill säga låg utbildningsnivå, låg inkomstnivå samt svag anknytning till arbetsmarknaden, har lägre sannolikhet att fortsätta till både högre utbildning och till en anställning på den öppna arbetsmarknaden, jämfört med unga vuxna med funktionsnedsättningar från familjer med hög SES (Newman et al. 2011). Familjer med högre SES antas dessutom vara mer benägna att ge råd och vägledning om eftergymnasial sysselsättning än familjer med låg SES (Lindstrom et al. 2014).

Kunskapen kring betydelsen av föräldrars sociala bakgrund för inträde i arbetslivet för unga med intellektuell funktionsnedsättning i Sverige är mer begränsad.

¹ Det vill säga inte enbart personer med utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning, utan även personer med andra typer av funktionsnedsättningar.

Internationella studier visar att sociala bakgrundsfaktorer har ett signifikant samband med vilken typ av sysselsättning som unga med intellektuell funktionsnedsättning har (Wagner, Newman & Javitz 2014). Bland annat bekräftas tidigare forskningsresultat som visar att det är mindre sannolikt att barn till föräldrar som inte har högre utbildning (college) studerar vidare efter gymnasietiden. Wagner (ibid.) menar dock att sambandet, i relativt stor utsträckning, samvarierar med andra faktorer som typ och omfattning av funktionsnedsättning samt kön.² Trainor (2010) pekar även på att stöd och engagemang från familjen inte alltid är tillgängligt för unga med intellektuell funktionsnedsättning som lever i familjer med skrala både ekonomiska *och* sociala resurser vilket kan påverka deras framtida möjligheter.

Det finns endast ett fåtal svenska studier som belyser inträdet i arbetslivet efter gymnasiesärskolan för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning (Arvidsson 2016a; Molin 2008). Studier som hanterar övergången från skoltid till arbetsliv med hänsyn till andra sociala kategorier än just funktionsnedsättningen är sällsynta (Berg 2016; Fuentes 2016). Funktionshinderforskning tenderar att lägga stort fokus på personers funktionsnedsättning som förklarande variabel i analyser av utanförskap och marginalisering – och bortser därmed från betydelsen av faktorer som kön, ålder, social och kulturell bakgrund (Söder & Hugemark 2016)³. De här faktorerna kan tillsammans och var för sig bidra till att förstärka eller hämma en marginaliserad position i samhället (Bowleg 2008). Det är därför angeläget med mer kunskap kring sammanflätningen av olika kategorier och maktrelationer; hur dessa möter och påverkar varandra (Krekula, Närvänen & Näsman 2005; McCall 2005; Meekosha 2006). Den teoretiska utgångspunkten i den här studien är att tillträdet till olika typer av sysselsättning delvis är beroende av de livschanser som skapas i sammanflätningen av sådana sociala kategorier.

Om individens förutsättningar för att etablera sig på arbetsmarknaden, för unga med och utan intellektuell funktionsnedsättning, samtidigt till viss del är en produkt av föräldrarnas socioekonomiska status, bidrar det till den unges samlade kapabiliteter (Nussbaum 2003). Enligt Nussbaum omfattar en människas samlade kapabiliteter det som hen förmår att göra eller att vara baserat på medfödda⁴, inlärd⁵ *och*

2 Att kön spelar roll för eftergymnasial sysselsättning bland unga med funktionsnedsättningar bekräftas även i andra studier (Hogansen et al. 2008; Baer et al. 2011; Carter et al. 2012; Lindstrom et al. 2012; Arvidsson et al. 2016c).

3 Även forskning som hanterar sammanflätningen mellan funktionshinder och kön var fram till början av 2000-talet ovanliga. Innan dess hanterade inte genusforskningen variabeln funktionsför-måga och funktionshinderforskningen förbisåg genusfrågorna (Söder 2013).

4 Medfödda förmågor som ligger till grund för möjligheterna att under livet utvecklas och lära sig nytt, t.ex. förmågan att se, höra, tala och tänka.

5 Förutsättningar, egenskaper och förmågor som har lärts in, t.ex. genom utbildningsbakgrund och social bakgrund från hemmet.

kontextuella⁶ förmågor. Nussbaum (2009) menar vidare att vi, genom att fokusera på vad människor faktiskt har möjlighet att göra och vara, kommer närmare upptäckt och förklaring av sociala barriärer som hindrar vissa grupper att nå full rättvisa i samhället. Det gör det troligt att anta att de ungas möjligheter till sysselsättning delvis bestäms av deras sociala bakgrund genom de kapabiliteter de får genom föräldrarnas sociala, utbildningsmässiga och ekonomiska förutsättningar. Ur ett handikappvetenskapligt perspektiv stämmer Nussbaums teori om kapabiliteter väl överens med den miljörelativa definitionen av funktionshinder, vilken innebär att ett funktionshinder inte *alltid* finns (se Söder 1982).

Huvuddelen av den forskning som har bedrivits kring samband mellan sociala bakgrundsfaktorer och eftergymnasial sysselsättning har fokuserat på funktionsnedsättning generellt och få studier har fokuserat specifikt på personer med intellektuell funktionsnedsättning. Tidigare studier tar även i hög grad sin utgångspunkt i andra välfärds- och utbildningssystem och arbetsmarknader än den svenska. Det saknas i dag kunskap kring vilken betydelse föräldrars utbildningsnivå och geografiska härkomst har för sysselsättningssituationen bland unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i Sverige. Det saknas vidare studier som baseras på nationella data.

Metod

Studien baseras på data från Halmstad university register on pupils with intellectual disabilities (HURPID), ett nationellt, i princip heltäckande register uppbyggt på data från 12 269 före detta gymnasiesärskoleelevers slutbetyg som avslutade skolan 2001 till 2011 (Arvidsson 2016a). Personer i HURPID har alla en utbildningsbakgrund inom gymnasiesärskolan, vilket innebär att de bedömts ha en utvecklingsstörning. Tabell 1 nedan ger en översikt över innehållet i HURPID.

Två demografiska variabler används för att analysera social bakgrund: föräldrarnas geografiska härkomst, baserat på variabeln *Födelseland*, samt deras respektive högsta avslutade *Utbildningsnivå*. Sambanden mellan de demografiska variablerna och före detta elevers efter(sär)gymnasiala sysselsättning justeras för elevernas kön, examensår, utbildningsprogram och boendegeografiska hemvist.

6 Politiska, sociala och ekonomiska omständigheter.

Tabell 1: HURPID, antal (n) och andelar (%).

	Antal	Andel
	(n)	(%)
Kön		
Kvinnor	5 131	41,7
Män	7 138	58,2
Examensår		
2001–2006	4 853	39,6
2007–2011	7 416	60,4
Program		
Nationellt	4 719	38,5
Specialutformat	2 245	18,3
Yrkesträning	2 911	23,7
Verksamhetsträning	1 209	9,9
Ofullständigt	1 182	9,6
Kommungrupp		
Storstad	1 384	11,6
Större stad	4 009	33,4
Förortskommun	1 909	15,9
Glesbygdskommun	794	6,6
Övriga kommuner	3 894	32,5
Sysselsättningstyp		
Daglig verksamhet	5 760	47,0
Förvärsarbete	2 745	22,4
Studerar	809	6,6
Någon annanstans	2 955	24,0

I studien har HURPID samkörts med de nationella registren Longitudinell integrationsdatabas för arbetsmarknads- och sjukförsäkringsfrågor (LISA) och Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS-registret). Flergenerationsregistret har använts för att länka personerna i HURPID med deras föräldrar för att få tillgång till data om föräldrarnas utbildningsnivå och geografiska härkomst. Etiskt godkännande har getts av Regionala etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2011/326, Dnr 2011:782).

Studiepopulationen

Populationen omfattar de före detta elever i HURPID för vilka det finns fullständiga uppgifter om mammans respektive pappans geografiska härkomst och högsta avslutade utbildningsnivå. Separata analyser genomfördes för mammor respektive pappor, eftersom det inte var känt om de före detta elevernas föräldrar hade levtt, eller levde, tillsammans med varandra. Analyserna som fokuserade mammornas geografiska härkomst och utbildningsnivå omfattar 10 987 personer från HURPID, och analyserna som fokuserade motsvarande uppgifter för papporna omfattar 10 203 före detta

elever (se tabell 1). Anledningen till bortfallet mellan det totala antalet personer i HURPID (N = 12 269) och studiepopulationen i den här studien förklaras av att det inte funnits fullständiga uppgifter för att koppla alla individer i HURPID till deras mammas och/eller pappas variabler i LISA via Flergenerationsregistret.

Samtliga personer i HURPID har en utbildningsbakgrund i gymnasiesärskolan, en skolform för elever mellan 16 och 20 år som på grund av utvecklingsstörning (intellektuell funktionsnedsättning) inte bedömts ha förutsättning att nå kunskapsmålen i gymnasieskolan. Gymnasiesärskolan, som den var utformad fram till hösten 2013 då en ny läroplan (GySär13) trädde i kraft, erbjöd fyra typer av utbildningsprogram: nationellt, specialutformat och det individuella programmet två inriktningar, yrkesträning och verksamhetsträning. Samtliga elever som ingår i studien läste gymnasiesärskolan enligt den läroplan som gällde före hösten 2013 (det vill säga Lpf94). Majoriteten av eleverna i studien gick ett nationellt program. De specialutformade programmen utgjorde en mer lokalt utformad utbildning men var sammansatta av kurser från de nationella programmen. Elever med mer omfattande funktionsnedsättning erhöll utbildning inom det individuella programmet med inriktning yrkesträning eller verksamhetsträning. Elever från alla typer av gymnasiesärskoleprogram, inklusive elever med ofullständiga betyg, och som avslutade skolgången mellan 2001 och 2011, ingår i studien.

Beroendevariabler

Studiens beroendevariabler är de fyra olika sysselsättningskategorier som de före detta gymnasiesärskoleeleverna (i fortsättningen kallade "unga") identifierades befinna sig i år 2011 (Arvidsson 2016a). Huvudsaklig sysselsättning 2011, för respektive före detta elev, identifierades genom uppgifter från LISA- och LSS-registren. De fyra sysselsättningskategorierna är uteslutande. En person kan alltså bara ingå i en av kategorierna. Den absoluta majoriteten av personerna hade endast befunnit sig i en av sysselsättningskategorierna under året. I det begränsade antal fall där individer exempelvis både förvärvat arbetat och studerat kategoriserades de höra till den typ av sysselsättning där de varit i störst omfattning procentuellt. De fyra sysselsättningskategorierna är:

- a. *Daglig verksamhet*. Personer som enligt det nationella LSS-registret har insatsen år 2011. Kriterierna för daglig verksamhet är att personen tillhör personkrets 1 eller 2 i LSS, är i yrkesverksam ålder samt inte förvärvat arbetat eller studerar (n = 5 670, 47 %).
- b. *Förvärvat arbete*. Personer som i LISA-registret klassificerats ha arbetat och fått inkomst i en sådan omfattning att de är skyldiga att betala skatt. I den här studien har ingen avgränsning gjorts avseende förvärvat arbetets varaktighet eller omfattning (n = 2 745, 22,4 %).

- c. *Studera*nde. Med studera nde avses person som deltar i någon typ av eftergymnasial utbildning, registrerat i LISA. De eftergymnasiala studier som är aktuella för personer med intellektuell funktionsnedsättning är kommunal/särskild vuxenutbildning eller kurser på folkhögskolor (n = 809, 6,6 %).
- d. *Någon annan*stans. Personer som inte har daglig verksamhet, inte förvärvsarbetar och inte studerar betecknas tillhöra kategorin "någon annanstans" (n = 2 955, 24 %).

Oberoende variabler

Variablerna *Mammas geografiska härkomst* respektive *Pappas geografiska härkomst* är skapade av LISA:s landskategorier. I sin grundform finns tio olika landskategorier men de har för den här studien kodats om genom en sammanslagning till fyra grupper. De nya variablerna anger om respektive förälder är född i *Sverige* (referenskategori), i *Norden*, i *Europa* eller i *Övriga världen*.

Variablerna *Mammas utbildningsnivå* och *Pappas utbildningsnivå* anger föräldrarnas högsta avslutade utbildningsnivå: *Grundskola*, *Gymnasium* (referenskategori) eller *Högskola*. Utifrån tillgängliga data kan inte vilket land föräldrarna har förvärvat sin utbildning i identifieras.

Referenskategorierna *Sverige* respektive *Gymnasium* används i analyserna eftersom de var de vanligast förekommande värdena (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2010). Av mammorna var 82,5 procent födda i Sverige, för papporna var motsvarande siffra 83,6 procent. Bland kvinnorna hade 53,8 procent och bland männen 51,7 procent en gymnasieutbildning.

De fyra kategorierna inom *Mammas geografiska härkomst* respektive *Pappas geografiska härkomst* och de tre inom *Mammas utbildningsnivå* respektive *Pappas utbildningsnivå* dummykodades inför analyserna (Djurfeldt 2009; Field 2013).

Sambanden mellan föräldrarnas geografiska härkomst samt utbildningsnivå och de före detta elevernas sysselsättningskategori har i de multivariata analyserna justerats för bakgrundsvariablerna kön, examensår, gymnasieprogram och kommungrupp. Variabeln *kön* är uppdelad på kvinnor respektive män, *examensår* anger vilket år (2001–2011) som en person avslutade gymnasieskolan. Variabeln är dikotomiserad och anger om en person gick ut skolan mellan 2001 och 2006 eller mellan 2007 och 2011. *Kommungrupp* anger om en person under 2011 var bosatt i en storstad, i en större stad, i en förortskommun, i en glesbygdskommun eller i kategorin övriga kommuner. *Gymnasieprogram* beskriver vilken typ av program personen gått, det vill säga nationellt, specialutformat, individuellt (yrkes- eller verksamhetsträning) eller om personen avslutade skolan med ofullständiga slutbetyg.

Dataanalys

Sambanden som undersöks har analyserats med hjälp av logistisk regression. Resultaten av regressionsanalyserna presenteras i form av oddskvoter. Oddskvoterna indikerar sannolikheten för att en person, i relation till mammans respektive pappans geografiska härkomst samt högsta avslutade utbildning, har en viss typ av efter(sär)gymnasial sysselsättning (daglig verksamhet, arbete, studier eller "någon annan-stans"). Referenskategorierna utgörs av föräldrar födda i *Sverige* respektive föräldrar med *gymnasieutbildning* som högsta avslutade utbildningsnivå. Sambanden har analyserats i bivariata och multivariata logistiska regressionsanalyser. I de multivariata analyserna har sambanden justerats för kön, examensår, gymnasieprogram och kommungrupp. Alla variabler inkluderades samtidigt i den multivariata analysen. Samtliga statistiska analyser har genomförts i SPSS version 20.

Resultat

I tabell 2 nedan presenteras fördelningen av beroende och oberoende variabler i antal och andelar (%). Tabellen visar att den absoluta majoriteten av de unga har föräldrar som är födda i Sverige. Vidare framgår att den största andelen mammor och pappor har en gymnasieutbildning som högsta avslutade utbildningsnivå. Tabellen inkluderar även uppgifter om fördelningen avseende de ungas kön, examensår, program, kommungrupp samt typ av sysselsättning.

I studien är det 7 807 (79 %) unga som har två föräldrar vilka är födda i Sverige (visas inte i tabell). Övriga i studien har minst en förälder som är född utanför Sverige. Det är 733 (7,4 %) unga som har två föräldrar vilka är födda i ett utomeuropeiskt land. Procentsatserna avser andel av det totala antalet unga, 9 881 personer, för vilka det går att koppla samman värden för både mamman och pappan.

Skillnader i typ av sysselsättning

I tabell 3 framgår fördelningen av studiepopulationen med avseende på föräldrarnas respektive geografiska härkomst och högsta avslutande utbildning stratifierat på de fyra olika sysselsättningskategorierna. Tabellen visar att det finns vissa skillnader mellan unga med olika social bakgrund (i form av föräldrarnas utbildningsnivå och geografiska härkomst) och typ av efter(sär)gymnasial sysselsättning. I gruppen unga med daglig verksamhet var andelen föräldrar (både mammor och pappor) med högskoleutbildning högst. Detta gällde oavsett om föräldern var född i Sverige eller i ett annat land. Exempelvis hade 63,5 procent av de unga i gruppen daglig verksamhet mammor med högskoleutbildning. För pappor var andelen 65,3 procent. I gruppen unga med förvärvsarbete var andelen mammor med grundskoleutbildning högst oavsett geografisk härkomst. Samma mönster sågs även för pappor födda i Sverige

Tabell 2: Oberoende och beroende variabler; antal (n) och andelar (%).

	Mamma N = 10 987		Pappa N = 10 203	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Geografisk härkomst				
Sverige	9 068	82,5	8 525	83,6
Norden	472	4,3	403	3,9
Europa	454	4,1	360	3,5
Övriga världen	992	9,0	915	9,0
Missing	1	0,0	-	-
Utbildningsnivå				
Grundskola	3 012	27,4	3 259	31,9
Gymnasium	5 908	53,8	5 278	51,7
Högskola	1 974	18,0	1 617	15,8
Missing	93	0,8	49	0,5
Kön				
Kvinna	4 581	41,5	4 242	41,6
Man	6 406	58,3	5 961	58,4
Examensår				
2001–2006	4 220	38,4	3 871	37,9
2007–2011	6 739	61,3	6 308	61,8
Missing	28	0,3	24	0,2
Program				
Nationellt	4 197	38,2	3 883	38,1
Specialutformat	2 027	18,4	1 885	18,5
Yrkesträning	2 586	23,5	2 409	23,6
Verksamhetsträning	1 116	10,2	1 026	10,1
Ofullständigt slutbetyg	1 058	9,6	997	9,8
Missing	3	<0,001	3	<0,001
Kommungrupp				
Storstad	1 239	11,3	1 106	10,8
Större stad	3 635	33,1	3 388	33,2
Förortskommun	1 737	15,8	1 613	15,8
Glesbygdskommun	732	6,7	669	6,6
Övriga kommuner	3 553	32,3	3 337	32,7
Missing	91	0,8	90	0,9
Sysselsättningstyp				
Daglig verksamhet	5 241	47,7	4 875	47,8
Förvärvsarbete	2 497	22,7	2 329	22,8
Studerar	564	5,1	534	5,2
Någon annanstans	2 685	24,4	2 465	24,2

eller Norden. I gruppen unga som studerar är mönstret med avseende på föräldrars geografiska härkomst och utbildningsnivå mindre tydligt. För de unga som återfinns i kategorin "någon annanstans" var andelen som hade föräldrar med högskoleutbildning lägst oavsett geografisk härkomst. Mönstret är inte entydigt men andelen föräldrar med grundskola var något högre.

Samband mellan föräldrarnas utbildningsnivå, deras geografiska härkomst och ungas sysselsättning

Resultaten av regressionsanalyserna presenteras i tabell 4a och 4b. De visar att det finns signifikanta samband mellan föräldrarnas respektive geografiska härkomst och de ungas typ av sysselsättning, liksom mellan föräldrarnas utbildningsnivå och de ungas typ av sysselsättning. Sambanden kvarstår även då justeringar gjorts för kön, gymnasiesärskoleprogram, examensår samt kommungrupp (justerad modell, M2).

De unga med intellektuell funktionsnedsättning vars föräldrar är födda i *Europa* eller *Övriga världen* har signifikant mindre sannolikt sysselsättning inom daglig verksamhet, detsamma gäller de unga vars föräldrar har en *grundskoleutbildning*. De vars mamma och/eller pappa har en *högskoleutbildning* har med signifikant större sannolikhet sysselsättning inom daglig verksamhet, jämfört med referenskategorierna, det vill säga föräldrar födda i Sverige och föräldrar med gymnasieutbildning (tabell 4a/b, justerad modell, M2).

Unga har signifikant mindre sannolikt ett förvärvsarbete och är mer sannolikt studerande om deras föräldrar är födda i landskategorin *Övriga världen* samt har en *högskoleutbildning*. Avslutningsvis visar analyserna i tabell 4a/4b att unga vars föräldrar är födda i *Europa* eller i *Övriga världen* med större sannolikhet tillhör kategorin "någon annanstans" och att unga vars föräldrar har en *högskoleutbildning* med mindre sannolikhet befinner sig i den sysselsättningskategorin.

De vars mammor har högst *grundskoleutbildning* tillhör med större sannolikhet kategorin "någon annanstans" (tabell 4a, justerad modell, M2) och unga vars pappor har samma utbildningsnivå har med större sannolikhet ett förvärvsarbete (tabell 4b, justerad modell, M2).

Tabell 3:Fördelning av studiepopulationen (antal (n) och andel (%) med avseende på mammans respektive pappans geografiska härkomst och högsta avslutande utbildningsnivå stratifierat på efter(sär) gymnasial sysselsättningskategori: daglig verksamhet (DV), förvärvsarbete (FA), studier (ST) och någon annanstans (NA).

MAMMA		DV		FA		ST		NA		Totalt	
		n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Sverige	Grundskola	874	40,9	561	26,2	82	3,8	622	29,1	2 139	100
Sverige	Gymnasium	2 416	46,2	1 319	25,2	246	4,7	1 243	23,8	5 224	100
Sverige	Högskola	1 076	63,5	241	14,2	117	6,9	260	15,3	1 694	100
Norden	Grundskola	74	5,5	39	27,7	4	2,8	24	17,0	141	100
Norden	Gymnasium	115	46,9	55	22,4	10	4,1	65	26,5	245	100
Norden	Högskola	51	61,4	8	9,6	7	8,4	17	20,5	83	100
Europa	Grundskola	84	34,4	67	27,5	16	6,6	77	31,6	244	100
Europa	Gymnasium	90	45,9	41	20,9	10	5,1	55	28,1	196	100
Europa	Högskola	47	65,3	6	8,3	1	1,4	18	25,0	72	100
Världen	Grundskola	206	39,6	108	20,8	40	7,7	166	31,9	520	100
Världen	Gymnasium	141	50,7	37	13,3	18	6,5	82	29,5	278	100
Världen	Högskola	79	59,4	12	9,0	8	6,0	34	25,6	133	100
Totalt		5 253	47,9	2 494	22,7	559	5,1	2 663	24,3	10 969	100

PAPPA		DV		FA		ST		NA		Totalt	
		n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Sverige	Grundskola	1 130	43,3	749	28,7	113	4,3	617	23,6	2 609	100
Sverige	Gymnasium	2 128	46,7	1 069	23,5	222	4,9	1 139	25,0	4 558	100
Sverige	Högskola	876	65,3	161	12,0	90	6,7	215	16,0	1 342	100
Norden	Grundskola	53	38,4	43	31,2	5	3,6	37	26,8	138	100
Norden	Gymnasium	93	43,3	56	26,0	7	3,3	59	27,4	215	100
Norden	Högskola	33	71,7	6	13,0	1	2,2	6	13,0	46	100
Europa	Grundskola	60	37,7	34	21,4	12	7,5	53	33,3	159	100
Europa	Gymnasium	91	39,9	60	26,3	11	4,8	66	28,9	228	100
Europa	Högskola	44	57,1	6	7,8	4	5,2	23	29,9	77	100
Världen	Grundskola	152	38,8	71	18,1	34	8,7	135	34,4	392	100
Världen	Gymnasium	154	48,0	65	20,2	20	6,2	82	25,5	321	100
Världen	Högskola	104	58,8	17	9,6	14	7,9	42	23,7	177	100
Totalt		4 918	47,9	2 337	22,8	533	5,2	2 474	24,1	10 262	100

Tabell 4a. Bivariata och multivariata samband mellan *mammans* utbildningsnivå samt geografiska härkomst och efter(sär)gymnasial sysselsättningskategori. Oddskvoter (Exb(B)), signifikansnivå (p) och 95 % konfidensintervall (KI)¹.

	Daglig verksamhet			Förvärvsarbete		
	M1	M2	(95 % KI)	M1	M2	(95 % KI)
MAMMAN (N = 10 987)						
Kön						
Kvinnor	1,22***	1,23***	(1,12–1,34)	0,49***	0,48***	(0,43–0,53)
Män (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mammans geografiska härkomst						
Sverige (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Norden	1,12	1,09	(0,88–1,35)	0,90	0,91	(0,71–1,15)
Europa	0,73**	0,62***	(0,49–0,79)	0,92	0,93	(0,73–1,19)
Övriga världen	0,87*	0,66***	(0,56–0,79)	0,68***	0,66***	(0,55–0,80)
Mammans utbildningsnivå						
Grundskola	0,80***	0,84***	(0,76–0,93)	1,06	1,06	(0,95–1,18)
Gymnasium (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Högskola	2,00***	1,47***	(1,30–1,67)	0,48***	0,56***	(0,48–0,65)

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

M1 avser bivariata samband med respektive fokusvariabel utan kontroll för övriga variabler. M2 avser multivariata analyser där sambanden justerats för variablerna; *mammans* geografiska härkomst, *mammans* högsta avslutade utbildning, ungas kön, gymnasiesärskoleprogram, examensår samt kommungrupp. Konfidensintervall. Alla variabler inkluderades samtidigt i M2.

¹Konfidensintervall avser justerade OR för M2.

	MI	M2	Studier (95 % KI)	MI	Någon annanstans M2 (95 % KI)	
MAMMAN (N = 10 987)						
Kön						
Kvinnor	1,34**	1,37**	(1,14–1,65)	1,33***	1,42***	(1,29–1,56)
Män (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mammans geografiska härkomst						
Sverige (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Norden	0,90	0,88	(0,54–1,46)	0,97	0,99	(0,79–1,26)
Europa	1,22	1,23	(0,79–1,91)	1,52***	1,51**	(1,21–1,88)
Övriga världen	1,44**	1,66**	(1,22–2,24)	1,46***	1,60***	(1,36–1,88)
Mammans utbildningsnivå						
Grundskola	0,98	0,99	(0,79–1,25)	1,27***	1,18**	(1,07–1,32)
Gymnasium (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Högskola	1,43**	1,71***	(1,34–2,16)	0,61***	0,75***	(0,65–0,86)

Tabell 4b. Bivariata och multivariata samband mellan *pappans* utbildningsnivå samt geografiska härkomst och efter(sär)gymnasiala sysselsättningskategori. Oddskvoter (Exb(B)), signifikansnivå (p) och 95 % konfidensintervall (KI).

	Daglig verksamhet			Förvärvsarbete		
	M1	M2	(95 % KI)	M1	M2	(95 % KI)
PAPPAN (N = 10 203)						
Kön						
Kvinnor	1,22***	1,25***	(1,14–1,37)	0,51***	0,48***	(0,43–0,53)
Män (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Pappans geografiska härkomst						
Sverige (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Norden	0,86	0,91	(0,72–1,15)	1,20	1,16	(0,91–1,48)
Europa	0,64***	0,53***	(0,41–0,69)	0,98	0,98	(0,75–1,28)
Övriga världen	0,88	0,66***	(0,56–0,79)	0,70***	0,71***	(0,58–0,85)
Pappans utbildningsnivå						
Grundskola	0,85***	0,89**	(0,80–0,98)	1,22***	1,21***	(1,09–1,35)
Gymnasium (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Högskola	2,11***	1,57***	(1,37–1,80)	0,43***	0,49***	(0,41–0,58)

***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

M1 avser bivariata samband med respektive fokusvariabel utan kontroll för övriga variabler. M2 avser multivariata analyser där sambanden justerats för variablerna; pappans geografiska härkomst, pappans högsta avslutade utbildning, ungas kön, gymnasiesärskoleprogram, examensår samt kommungrupp. konfidensintervall. Alla variabler inkluderades samtidigt i M2.

[†]Konfidensintervall avser justerade OR för M2.

	Studier			Någon annanstans		
	MI	M2	(95 % KI)	MI	M2	(95 % KI)
PAPPAN (N = 10 203)						
	1,35**	1,37**	(1,13–1,66)	1,31***	1,38***	(1,26–1,52)
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Pappans geografiska härkomst						
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	0,63	0,70	(0,39–1,26)	1,12	1,07	(0,82–1,35)
	1,42	1,38	(0,86–2,22)	1,60***	1,68***	(1,32–2,13)
	1,58**	1,71***	(1,27–2,31)	1,39***	1,58***	(1,34–1,87)
Pappans utbildningsnivå						
	1,02	1,01	(0,81–1,26)	0,99	0,97	(0,88–1,09)
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	1,38**	1,66***	(1,28–2,16)	0,61***	0,78**	(0,67–0,91)

Diskussion

Huvudfynd

Syftet med studien var att öka kunskapen om sambanden mellan föräldrarnas respektive utbildningsnivå samt geografiska härkomst, och typ av sysselsättning för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. Resultaten visar att föräldrarnas utbildningsnivå när denna analyserats separat för respektive förälder har viss betydelse för före detta gymnasiesärskoleelevers sysselsättning. Föräldrarnas geografiska härkomst påverkar också typ av sysselsättning efter skoltiden. De viktigaste resultaten är att sannolikheten för daglig verksamhet är störst bland de unga vars föräldrar är högutbildade och att sannolikheten för att ha ett förvärsarbete är störst bland de vars föräldrar, framförallt pappor, är lågutbildade. Sannolikheten för att vara i någon av sysselsättningskategorierna daglig verksamhet eller förvärsarbete är lägst bland barn till föräldrar som är födda utanför Norden. Samtidigt är sannolikheten högre för att dessa unga ska vara studerande alternativt tillhöra kategorin "någon annanstans", det vill säga vara utan känd sysselsättning.

Föräldrars betydelse för före detta särskoleelevers sysselsättning

Personer med intellektuell funktionsnedsättning har svårare än andra att etablera sig på arbetsmarknaden (Arbetsmarknadsdepartementet 2012). Flera skäl finns till det, men den främsta och ofta enda förklaringsfaktorn har länge ansetts vara själva funktionsnedsättningen. I den här studien hanteras för första gången i Sverige några sociala bakgrundsfaktorer i en nationellt heltäckande kvantitativ analys av drygt 10 000 individers sysselsättning efter gymnasiesärskolan.

Resultat som kan betecknas som förvånande handlar om att sannolikheten för förvärsarbete ökar om pappan har låg utbildningsbakgrund och att sannolikheten för daglig verksamhet ökar om föräldrarna har hög utbildning. Detta kan ses i kontexten av att låg- respektive högutbildade föräldrar har olika förutsättningar för att själva navigera i systemet av välfärdstjänster och i att stötta sina barn till att hitta rätt på arbetsmarknaden efter skoltiden (jfr Statskontoret 2007; Socialstyrelsen 2011; Szebehely 2011). Panicán och Hjort (2011) menar att övergången från skola till vuxenliv är särskilt utmanande för individer och grupper som möter både strukturella och individuella hinder. Unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning måste tveklöst anses vara en sådan grupp.

Utmaningen att överblicka och vid behov söka de stödformer och insatser som ges inom ramen för välfärdssystemet kan förmodas vara svårare för dem som kommer från hem med låga utbildningsmässiga resurser. Föräldrar som är högutbildade och eventuellt mer välinformerade och mer kompetenta förhandlare i ett marknadslänkande system kan antas kunna hjälpa sitt barn att erhålla insatser från välfärdssyste-

met. Det skulle kunna förklara att unga med högutbildade föräldrar mer sannolikt har LSS-insatsen daglig verksamhet. Föräldrar som inte har samma överblick över och kunskap om stödsystemen har rimligen svårare att söka och förhandla om insatser som daglig verksamhet. Å andra sidan borde högre utbildning med tillhörande sociala nätverk förmodas leda till större möjligheter till arbete än för dem som har lågt utbildade föräldrar. Men här visas att unga med intellektuell funktionsnedsättning med lågutbildade pappor har större sannolikhet för förvärvsarbete. En delförklaring skulle kunna vara att dessa pappor genom egna erfarenheter inom yrken som saknar eller har låga formella kompetenskrav kan använda sina sociala nätverk för att lotsa sina barn ut i arbete.

Det är viktigt att vara medveten om att de resultat som presenterats representerar respektive förälders enskilda sociala bakgrund och därmed den påverkan/samband denna har med ungas sysselsättningskategori. I praktiken påverkas dock den unge av den sammanlagda effekten av föräldrarnas sociala bakgrund. Tillgängliga data i den här studien ger dock inte exakt information om huruvida de unga som ingår i studien har levt tillsammans med båda sina föräldrar under hela sin uppväxt eller enbart del av denna. För att fördjupa kunskapen om den sociala bakgrundens betydelse är analyser av hur den sammantagna effekten av föräldrars sociala bakgrundsaspekter påverkar ungas sysselsättningsmönster angelägna.

Studien bekräftar tidigare forskning avseende eftergymnasiala studier. Wagner et al. (2014) visar att det är mindre sannolikt att barn till lågutbildade föräldrar studerar vidare. Det gäller även för de unga med intellektuell funktionsnedsättning, där de har störst sannolikhet för att studera vars föräldrar är högutbildade samt de vars föräldrar är födda i ett utomeuropeiskt land. Att föräldrar med utländsk bakgrund i hög grad uppmuntrar sina barn till utbildning visar även en studie av Lundqvist (2005). I den här studiens kontext skulle utlandsfödda föräldrars fokus på studier och arbete delvis kunna förstås som en kulturellt baserad negativ syn på samhällets stödinsatser, alternativt begränsade kunskaper om vad det svenska samhället har att erbjuda i form av stöd och service. Även bristande kunskaper i det svenska språket kan bidra till sämre förutsättningar för att ansöka om stödinsatser. En dryg femtedel, 24 procent, av de unga med intellektuell funktionsnedsättning tillhör sysselsättningskategorin "någon annanstans". De återfinns varken på arbetsmarknaden, i studier eller inom LSS-insatsen daglig verksamhet. Sannolikheten att tillhöra kategorin "någon annanstans" är störst för dem som har lågutbildade mammor samt de som har föräldrar födda utanför Norden. Möjligheten att lotsa sina barn ut i arbetslivet eller till annan sysselsättning för både utrikesfödda och lågutbildade föräldrar skulle kunna försvåras av avsaknad av sociala nätverk, något som underlättar att hitta sysselsättning.

Familjens ekonomiska och utbildningsmässiga resurser har visat sig vara av stor vikt för vilken typ av sysselsättning unga vuxna med olika typer av funktionsnedsätt-

ningar får efter skoltiden (Newman et al. 2011; Madaus et al., 2014). Unga vuxna med funktionsnedsättningar, som kommer från familjer med små resurser, har lägre sannolikhet att fortsätta till såväl högre utbildning som till en anställning på den öppna arbetsmarknaden, jämfört med unga vuxna med funktionsnedsättningar från familjer med större resurser (Newman et al. 2011). Även om det finns betydande skillnader i välfärds- och utbildningssystem liksom i arbetsmarknadens reglering mellan USA och Sverige bekräftar studien att det finns samband mellan före detta gymnasiesärskoleelevers sysselsättning och åtminstone två aspekter av deras sociala bakgrund: föräldrarnas respektive geografiska härkomst och högsta avslutade utbildningsnivå. Betydelsen av familjernas ekonomiska situation återstår att studera.

Test och kollegor (2009) menar att familjens involvering i ungas övergång från skola till arbete är något positivt. Riesen och kollegor (2014) varnar dock för att alltför ingående involvering från familjens sida kan sätta hinder i vägen för övergången mellan skoltid och arbetsliv. Unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning har, liksom andra unga, behov av utrymme för ökad självständighet efter skoltiden och är samtidigt (i varierande grad) beroende av familjens stöd och kontakter. Föräldrarnas förväntningar på sina barns sysselsättning efter skoltiden är betydelsefull för barnens skolprestationer (jfr Doren, Gau & Lindstrom 2012; Wehman et al. 2015), men den här studien har inte tillgång till data om föräldrars förväntningar. Dock kan det antas att föräldrarnas förväntningar på barnen – och på välfärdsstaten – påverkas av de egna erfarenheter och förmågor som bland annat kommer av deras geografiska härkomst och utbildningsnivå. I framtida studier vore det intressant att närmare undersöka betydelsen av föräldrarnas, och inte minst elevernas egna, förväntningar om sysselsättning efter gymnasiesärskolan.

Samhällets förmåga att erbjuda alla unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning tillräckliga förutsättningar att efter skoltiden få den sysselsättningsform som passar bäst för individers behov och förutsättningar samt svarar mot det som de själva värdesätter påverkas av flera faktorer. Sannolikheten för att befinna sig inom olika typer av sysselsättning varierar mellan kvinnor och män i populationen (Arvidsson et al. 2016c), mellan olika avgångsårgångar, mellan elever från olika gymnasiesärskoleprogram (Arvidsson, Widén & Tideman 2015), mellan unga i olika delar av landet (Arvidsson et al. 2016b) och – som framgår av artikeln – mellan unga med olika sociala bakgrunder. Som ung med en intellektuell funktionsnedsättning är en person också exempelvis kvinna, glesbygdsbo och barn till högutbildade föräldrar. De sociala kategorierna (McCall 2005) är sammanflätade och samverkan dem emellan genererar ytterligare variationer avseende förutsättningar, i detta fall för sysselsättning. Människors behov av stöd förändras dessutom över tid. Av de här anledningarna är det av yttersta vikt att samhällets stöd och insatser för att öka sysselsättningen på arbetsmarknaden bland personer med intellektuell funktionsnedsättning utformas

med hänsyn till både individuella och sociala förutsättningar. Summan av en människas basala, inre och kombinerade kapabiliteter (Nussbaum 2003, 2009) skapar det handlingsutrymme hen har i valet av efter(sär)gymnasial sysselsättning; ett val som påverkas både av funktionsnedsättningen, skolbakgrunden, den sociala bakgrunden och av den sociala, politiska och ekonomiska kontexten. Kombinationen av sådana individuella och sociala förutsättningar kan verka både hindrande och främjande på vägen mot en sysselsättning som motsvarar en ung människas förmågor och intressen.

Även om arbete har många fördelar och flertalet personer med intellektuell funktionsnedsättning både kan och vill arbeta, behövs också andra alternativ. För en del personer med omfattande intellektuell funktionsnedsättning, ibland i kombination med ytterligare funktionsnedsättning, finns behov av att öka kunskapen om meningsfulla alternativ till lönearbete. I kommande studier är det angeläget att bland annat undersöka hur det andra huvudsakliga sysselsättningsalternativet, daglig verksamhet, lyckas erbjuda meningsfullhet och positiva sociala och hälsomässiga effekter.

Metoddiskussion

Analyser som bygger på HURPID har unika möjligheter att öka kunskaperna om en grupp som tidigare inte förekommit tillräckligt i vare sig forskar- eller välfärdssamhällets studier och uppföljningar, nämligen unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. I den här explorativa studien undersöks för första gången sambanden mellan några aspekter av social bakgrund och typ av sysselsättning.

En begränsning med studien är att vi inte har uppgifter om de ungas grad av funktionsnedsättning, tillförlitligheten i kategoriseringen av funktionsnedsättning eller eventuell co-morbiditet. Inom populationen antas variationen vara stor avseende individuella förutsättningar för olika typer av sysselsättning. Information om underlaget för och tillförlitligheten i kategoriseringen av individerna som tillhöriga särskolan finns inte i det aktuella datamaterialet. I studien används variabeln gymnasieprogram som en proxyvariabel för grad av intellektuell funktionsnedsättning. Elever som har gått ett nationellt eller specialutformat program antas ha en lindrigare form av intellektuell funktionsnedsättning än elever som har gått exempelvis individuellt program med inriktning verksamhets träning. Informationen om program bör dock i sin roll som proxy för funktionsnedsättning tolkas med viss försiktighet eftersom det kan förekomma skillnader mellan programmets utformning och nivå mellan olika kommuner.

Identifiering och definition av en före detta elevs sysselsättningskategori har utgått från den typ av sysselsättning som finns tillgänglig i LISA- respektive LSS-registret. Vi kan inte identifiera föräldrar i studien som själva eventuellt har en utbildningsbakgrund i särskolan eller i vilket land föräldern har fått sin utbildning.

Variablerna som beskriver föräldrarnas geografiska härkomst liksom utbildnings-

nivå är grova kategorier. Användandet av kategorierna döljer nyanser i resultaten som antagligen hade framträtt om indelningen varit mer detaljerad, särskilt gäller det geografisk härkomst. I framtida analyser bör kategorierna brytas ner för att möjliggöra mer detaljrika undersökningar.

I studien analyseras social bakgrund som separat påverkan från respektive förälder medan det i praktiken för flertalet av de unga handlar om en påverkan av föräldrarnas sammantagna sociala bakgrund. Analyserna i den här första explorativa studien bör därför kompletteras med analyser där föräldraparets samlade påverkan på typ av sysselsättning undersöks. Dessutom bör betydelsen av föräldrarnas ekonomiska situation undersökas/analyseras.

Logistiska regressionsanalyser har genomförts eftersom de dels är lättare att tolka och dels skapar förutsättningar för mer robusta modeller, bland annat till följd av att antalet individer per kategori blir större än om vi till exempel genomfört multinominala analyser. Modellerna tycks emellertid bara förklara en liten del av variansen i analyserna. Förklaringarna till att unga har olika typer av sysselsättning ligger alltså även i andra faktorer än de som inkluderats i studien. Bland annat kan en del personer ha kombinationer av intellektuella och fysiska/psykiska funktionsnedsättningar vilket påverkar individens förutsättningar för vissa sysselsättningar. Det gör också omgivningsfaktorer som exempelvis lagstiftning, arbetsmarknadsstöd, arbetsgivares attityder till att anställa personer med intellektuell funktionsnedsättning, utformning av samt kvalitet och kvantitet på välfärdssamhällets stöd och insatser.

Slutsatser

Studien bekräftar tidigare forskning, det vill säga att den sociala bakgrunden har betydelse för inträdet i arbetslivet efter skoltiden för unga vuxna. Det har inte tidigare studerats med fokus på unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och i den här första explorativa studien visas att framförallt föräldrarnas utbildningsnivå har betydelse för vilken typ av sysselsättning unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning har. Tidigare analyser på samma material visar att män har betydligt större chans att få ett förvärvsarbete än kvinnor (Arvidsson et al. 2016c) och att boende i olika kommuntyper och regioner spelar roll för typ av sysselsättning efter avslutad gymnasiesärskola (Arvidsson et al. 2016b). Det implicerar att samhällets stöd till unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning bör utformas med hänsyn till samtliga dessa bakgrundsfaktorer så att individuella och strukturella insatser bättre förmår främja förutsättningarna att få en sysselsättning som motsvarar individens förmågor och intressen. Genom att möta varierande individuella förutsättningar och reducera de strukturella hinder som finns kan etablering i arbetslivet för fler unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning främjas. Forskningsstudier med longitudinell ansats som

bland annat kan bidra med kunskap om förflyttningar mellan olika sysselsättningskategorier över tid är angelägna liksom kvalitativa studier med syfte att identifiera den komplicerade kombinationen av olika mekanismer som ligger bakom framgångsrik etablering på arbetsmarknaden för unga med intellektuell funktionsnedsättning.

Referenser

- Alm, S. (2014) Ungas framtidstro. I: J. Olofsson (red.) *Den långa vägen till arbetsmarknaden. Om unga utanför*. Lund: Studentlitteratur, 297–310.
- Angelin, A. (2009) *Den dubbla vanmaktens logik. En studie om långvarig arbetslöshet och socialbidragstagande bland unga vuxna*. Lund: Socialhögskolan.
- Arbetsmarknadsdepartementet (2012) *Sänkta trösklar, högt i tak. Arbete, utveckling, trygghet. SoU 2012:31*. Stockholm: Offentliga förlaget.
- Arvidsson, J. (2016a) Sysselsättning och social rättvisa. *En nationell registerstudie om 12 269 unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning*. Avhandling. Halmstad: Högskolan i Halmstad.
- Arvidsson, J., Staland-Nyman, C., Widén, S. & Tideman, M. (2016b) Sysselsättning för unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning – boendegeografiska skillnader. *Tidsskrift för välfärdsforskning*, 19(3): 241–260.
- Arvidsson, J., Widén, S., Staland-Nyman, C. & Tideman, M. (2016c) Post-school destination. A study of women and men with intellectual disability and the gender-segregated Swedish labor market. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13 (3), s. 217–226.
- Arvidsson, J., Widén, S. & Tideman, M. (2015) Post-school options for young adults with intellectual disabilities in Sweden. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(2): 180–193.
- Baer, R. M., Daviso III, A. W., Flexer, R. W., McMahan Queen, R. & Meindl, R. S. (2011) Students with intellectual disabilities. Predictors of transition outcomes. *Career Development for Exceptional Individuals*, 34(3): 132–141.
- Berg, S. (2016) Klass och funktionshinder. I: M. Söder & A. Hugemark (red.) *Bara funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet*. 2 uppl. Malmö: Gleerups.
- Bowleg, L. (2008) When black + lesbian + woman ≠ black lesbian woman. The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles*, 59: 312–325.
- Bäckman, O. & Nilsson, A. (2011) Pathways to social exclusion: A life-course study. *European Sociological Review*, 27(1): 107–123.
- Carter, E., Austin, D. & Trainor, A.T. (2012) Predictors of postschool employment outcomes for young adults with severe disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(1): 50–63.
- Cusworth, L., Bradshaw, J., Coles, B., Keung, A. & Chzhen, Y. (2009) *Understanding the risks of social exclusion across the life course. Youth and young adulthood. A research report*. York: University of York.
- Djurfeldt, G. (2009) Multipel regressionsanalys (MRA). I: G. Djurfeldt & M. Barmark *Statistisk verktyglåda 2. Multivariat analys*. Lund: Studentlitteratur.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010) *Statistisk verktyglåda 1. Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Doren, B., Gau, J. M. & Lindstrom, L. E. (2012) The relationship between parent expectations and postschool outcomes of adolescents with disabilities. *Exceptional Children*, 79(1): 7–23.

- Engdahl, M. & Forslund, A. (2015) *En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2015:3. Stockholm: Fritzes.
- Ellenkamp, J. J. H., Brouwers, E. P. M., Embregts, P. J. C. M., Joosen, M. C. W. & van Weeghel, J. (2016) Work environment-related factors in obtaining and maintaining work in a competitive employment setting for employees with intellectual disabilities. A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26: 56.
- Eurofund (2012) *NEETs. Young people not in employment, education or training. Characteristics, costs and policy responses in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Field, A. (2013) *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4 uppl. Los Angeles: Sage.
- Fuentes, J. (2016) Etnicitet och funktionshinder. I: M Söder & A. Hugemark (red.) *Bara funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet*. 2 uppl. Malmö: Gleerups.
- Furlong, A. (2006) Not a very NEET solution. Representing problematic labour market transitions among early school-leavers. *Work, Employment and Society*, 20(3): 553–569.
- Hammarström, A. (1996) *Arbetslöshet och ohälsa. Om ungdomars livsvillkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Hogansen, J., Geenen, S., Powers, L. E., & Gil-Kashiwabra, E. (2008) Gender matters in transition to adulthood. A survey study of adolescents with disabilities and their families. *Psychology in the Schools*, 45(4): 349–364.
- Krekula, C., Närvänen, A. L. & Näsman, E. (2005) Ålder i intersektionell analys. *Tidskrift för genusvetenskap*, (2–3): 81–94.
- Lindstrom, L., Harwick, R. M., Poppen, M. & Doren, B. (2012) Gender gaps. Career development for young women with disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, DOI: 10.1177/0885728812437737.
- Lundqvist, C. (2005) *Karriärvägar för ungdomar med utländsk bakgrund*. Norrköping: Integrationsverket.
- Madaus, J. W., Grigal, M. & Hughes, C. (2014) Promoting access to postsecondary education for low-income students with disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*. DOI: 10.1177/2165143414525037.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J. & Taylor, S. (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 372: 1661–1669.
- McCall, L. (2005) Intersektionalitetens komplexitet. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*. 2–3: 31–55.
- Meekosha, H. (2006) What the hell are you? An intercategorical analysis of race, ethnicity, gender and disability in the Australian body politic. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(2–3): 161–176.
- Molin, M. (2008) *Delaktighet i olika världar: Om övergången mellan gymnasiesärskola och arbetsliv*. Trollhättan: Högskolan Väst.
- Newman, L., Wagner, M., Knokey, A.-M., Marder, C., Nagle, K., Shaver, D., Wei, X., with Cameto, R., Contreras, E., Ferguson, K., Greene, S. & Swarting, M. (2011) *The post-high school outcomes of young adults with disabilities up to 8 years after high school. A report from the National longitudinal transition study-2 (NLTS2)*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Nilsson, A. & Bäckman, O. (2014) Unga vuxna som varken arbetar eller studerar. Riskfaktorer och konsekvenser i fyra födelsekohorter. I: J. Olofsson (red.) *Den långa vägen till arbetsmarknaden. Om unga utanför*. Lund: Studentlitteratur.

- Nordström Skans, O. & Kamarz, F. (2011) *Sociala kontakter och ungdomars inträde på arbetsmarknaden*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
- Nussbaum, M. C. (2003) Capabilities as fundamental entitlements. Sen and social justice. *Feminist Economics*, 9: 33–59.
- Nussbaum, M. (2009) The capabilities of people with cognitive disabilities. *Metaphilosophy*, 40(3–4): 331–351.
- HYPERLINK "https://lup.lub.lu.se/search/person/soch-apa" \t "_parent" Panican, A. & Hjort, T. (HYPERLINK "https://lup.lub.lu.se/search/publication?q=publishingYear+exact+2011" \t "_parent" 2011) Valfrihet. En utmaning för det sociala medborgarskapet. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 17(3): 23–35.
- Rantakeisu, U. (2002) *Arbetslöshetens olika ansikten. Fyra studier om arbetslöshetens sociala och hälsomässiga yttringar*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Riesen, T., Morgan, R., Schultz, J. & Kupferman, S. (2014) School-to-work barriers as identified by special educators, vocational rehabilitation counselors and community rehabilitation professionals. *Journal of Rehabilitation*. 80 (1), s. 33-44.
- Socialstyrelsen (2011) *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar. Statistik, stöd och samverkan*.
- Statskontoret (2007) *Vård, skola och omsorg. Vilken information behöver brukaren för att välja?* Stockholm: Statskontoret.
- Strandh, M., Nilsson, K., Nordlund, M., Hammarström, A. (2015) Do open youth unemployment and youth programs leave the same mental health scars? Evidence from a Swedish 27-year cohort study. *BMC Public Health*, 15: 1151. [http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2496-5]
- Szebehely, M. (2011) Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I: L. Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS förlag.
- Söder, M. (1982) *Handikappbegreppet. En analys utifrån WHO:s terminologi och svensk debatt*, Beredningsgruppen för internationella handikappåret 1981, Uppsala. Socialdepartementet.
- Söder, M. (2013) Swedish social disability research. A short version of a long story. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15(suppl.):90–107.
- Söder, M. & Hugemark, A. (red.) (2016) *Bara funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet*, 2 uppl. Malmö: Gleerups.
- Test, D. W., Mazzotti, V. L., Mustian, A. L., Fowler, C. H., Kortering, L. & Kohler, P. (2009) Evidence-based secondary transition predictors for improving postschool outcomes for students with disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(3): 160–181.
- Tideman, M. (2000) *Normalisering och kategorisering - om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*. Avhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Trainor, A. (2010) Diverse approaches to parent advocacy during special education home-school interactions. *Remedial and Special Education*. 31(1):34–47.
- Wadensjö, E. (2014) Ungdomsarbetslösheten – vad är problemet? I: J. Olofsson (red.) *Den långa vägen till arbetsmarknaden. Om unga utanför*. Lund: Studentlitteratur.
- Wagner, M., Newman, L. & Javitz, H. (2014) The influence of family socioeconomic status on the post-high school outcomes of youth with disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*. 37(1):5–17.
- Wehman, P., Sima, A. P., Ketchum, J., West, M. D., Chang, F. & Luecking, R. (2015) Predictors of successful transition from school to employment for youth with disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25:324–334.

Fanny Edenroth Cato

Kompetenta flickor med förmågor

Biopolitisk styrning i barnböcker om funktionsvariationer

Competent girls with abilities: Biopolitical governance in children's books about dis/abilities

This study analyses twelve children's books that may be used to inform and educate both children and adults about children's experiences of having a neuropsychiatric diagnosis, or of being a highly sensitive person. From the perspective of poststructuralism, and through a problematization of concepts within the field of sociology of childhood, the study examines the subject formation of sensitive girls and dis/able-bodied childhoods. In the representations of the main characters the dis/abilities are mainly portrayed as abilities. Yet these stories also revolve around handling the children's socially problematic behaviours and suffering. Children are seen as both competent and vulnerable agents – as beings and becomings. The article suggests that a subject formation that recurs in the books is an ideal child citizen. This type of competent child participates in the decisions concerning her body and life, and demonstrates self-reflexivity, as well as a positive attitude towards interventions, which includes both engaging in therapy and openly disclosing the diagnosis. Through the process of identification, the girls become compliant to manage their behaviour and emotions according to the premise of the diagnoses, and on these terms, are redefining their personhood.

Fanny Edenroth Cato är fil. dr i barn- och ungdomsvetenskap och universitetslektor vid Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.

Kontakt: fanny.edenroth.cato@buv.su.se

Inledning

På senare år har det blivit allt vanligare med barnböcker skrivna av både professionella och lekmän, som delar med sig av sina erfarenheter och upplyser omgivningen om exempelvis neuropsykiatriska diagnoser och det högekänsliga personlighetsdraget (se t.ex. några av dessa författares webbplatser: Lundberg 2019; Roca Ahlgren 2019; Stigsdotter Axberg 2019). Sådana barnböcker syftar bland annat till att informera om hur barn som avviker från "normaliteten" på dessa sätt upplever sitt annorlundaskap och sitt sociala sammanhang. Författaren och hälsopedagogen Lia Lundberg förklarar i en baksidestext syftet med hennes böcker om den högekänsliga flickan Lia.

Med hjälp av dessa böcker vill jag och Lilla Lia låta denna personlighet få synas, så att den accepteras lika väl som andra personligheter. Barn som får igenkänning från tidig ålder accepterar lättare sina känslor. Den som är högekänslig känner starkare, hör skarpare, tolkar djupare, analyserar och fantiserar mer. Känsligheten är inte en svaghet, utan en styrka. Vi behövs alla, precis som vi är, på denna jord.

Lilla Lia & Regnbågen (Lundberg 2017b baksidestext)

Gemensamt för barnböckerna som analyseras här är att de bland annat har som funktion att upplysa om hur det kan vara att leva med en neuropsykiatrisk diagnos eller att vara högekänslig. Litteraturen inbjuder till en identifikatorisk läsart där barn förväntas identifiera sig med karaktärerna i böckerna. Forskning om barnböcker av det här slaget fokuserar på hur barn med funktionsnedsättningar framställs. Inte sällan gestaltas protagonisterna som förebilder eller representanter för en viss typ av fysisk och/eller neurologisk funktionsnedsättning (Prater 2003; Price, Ostrosky & Mouzourou 2016; Smith-D'Arezzo & Holc 2016; Wheeler 2013). I några av studierna menar man att barnböckernas syfte ska vara att gestalta barn med funktionsnedsättningar på ett realistiskt och autentiskt sätt. Med hjälp av författarens estetiskt och etiskt medvetna blick kan böckerna konstrueras som pedagogiska verktyg ämnade för att inkludera och spegla den mångfald som råder i västerländska samhällen (Ayala 1999; Emmerson & Brenna 2015). Flera forskare belyser i sina analyser hur barn med funktionsnedsättningar genom att läsa litteraturen kan identifiera sig som värdefulla medborgare i ett annars funkofobiskt (*ableist*) samhälle där den osynliggjorda funktionsfullkomligheten utgör en normalitet (Aho & Alter 2018; Smith-D'Arezzo & Holc 2016; Wheeler 2013). Kritik har riktats mot böcker där barnkaraktärer med funktionsnedsättningar skildras som sociala stereotyper inkapabla att leva som andra barn (Aho & Alter 2018; Price, Ostrosky & Mouzourou 2016; Solis 2004). En vanlig illustrativ figur i berättelserna är det funktionsnedsatta barnet som en "pedagogisk leksak" som används i syfte att upplysa barn om funktionsnedsättningar (Solis 2004; Wheeler 2013). De funktionsnedsatta barnkaraktärerna idealiseras eller tillskrivs

exceptionella egenskaper, till exempel beskrivs de som extraordinärt charmiga eller smarta. Price et al. (2016) hävdar dock att det skett en viss förändring i skildringarna under senare år. I flera böcker liknade gestaltningen av sådana karaktärer också mer de andra barnen genom att de allt oftare agerade i rollen som aktiva och goda "hjälpare", men det var heller inte ovanligt att barn med funktionsnedsättningar hade begränsade roller och inflytande i berättelserna (Price et al. 2016).

De barnböcker som analyseras här kan användas i biblioterapeutiskt syfte, det vill säga som pedagogiska eller terapeutiska verktyg för att stimulera barn att lära sig om sig själva och sin funktionsnedsättning eller ohälsa (McCulliss 2012; Prater 2003). I ett flertal tidigare studier verkar det finnas en övertygelse om att barnlitteraturen kan bidra till en välvillig förändringspotential hos dem som läser den. Somliga menar till exempel att barnböckerna genom att gestalta alternativa funktionsvarierade barnkroppar och nya kollektiva gemenskaper också kan bidra till en ökad förståelse för barns erfarenheter av funktionsnedsättningar i samhället (Aho & Alter 2018; Smith-D'Arezzo & Holc 2016; Wheeler 2013).

Mot bakgrund av tidigare forskning, om barnböcker som skildrar olika typer av funktionsnedsättningar, är syftet med den här artikeln att bidra till en kritisk läsning med fokus på gestaltningar av flickor och dramaturgiska grundmönster i aktuella svenska barnböcker (tolv böcker på 2010-talet). Följande frågor har ställts i analysen: hur framställs protagonisterna, vad gör de för att inte vara som alla andra? Vilka av deras egenskaper och förmågor görs till eftersträvansvärda eller problematiska? Vilken typ av subjektformering produceras i böckerna? Hur relaterar subjektformeringen till andra karaktärs delaktighet i berättelserna och den narrativa strukturen? Artikeln undersöker representationer av känsliga flickor och funktionsvarierade barndomar utifrån en poststrukturalistisk ansats och genom att problematisera några centrala barndomssociologiska begrepp.

Teoretiska och metodologiska utgångspunkter

I artikeln undersöks *representationer* av både neuropsykiatriska diagnoser och det högkänsliga personlighetsdraget som former av funktionsvariationer. Begreppet funktionsvariation används för att synliggöra hur huvudpersonernas olika typer av känsligheter eller sårbarheter skildras i relation till de sociala sammanhang de befinner sig i. Enligt formella symtombeskrivningar handlar det om mycket olika diagnoskategorier i de analyserade barnböckerna, varav de vanligaste är adhd och autism. Diagnosen adhd (*attention deficit hyperactivity disorder*, som på svenska benämns som hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning) syftar på (o)förmågan att koncentrera sig. Autism innefattar utmaningar med de kommunikativa förmågorna (läs till exempel mer i Socialstyrelsens kunskapssammanfattningar på [53](http://www.social-</p>
</div>
<div data-bbox=)

styrelsen.se). Högekänslighet är enligt definitionen inte en neuropsykiatrisk diagnos utan ett personlighetsdrag man föds med. Högekänslighet sägs enligt dess förespråkare innebära bland annat en ökad emotionell mottaglighet med risk för överstimulans (Aron 2014).

Den här studien tillämpar ett sociologiskt och kritiskt förhållningssätt till diagnoskategorier och personlighetsdrag. Fokus för analysen är hur de begripliggörs genom vardagligt tal och sociala interaktioner i böckerna. Berättelser om diagnoskategorier och personlighetsdrag kan användas för att förstå och förklara individers lidanden och svårigheter i livet, men också deras personliga egenskaper, styrkor och förmågor. Enligt Hydén (1997) är sjukdomar eller funktionsnedsättningar och berättelserna om dem tätt förknippade med sociala och kulturella föreställningar om ansvar och moral. Weinberg (1997) menar att diagnoskategorier tillskrivs agens genom att de har inverkan på hur människor förstår sig själva i ljuset av dem. En diagnoskategori kan till exempel användas för att förklara varför någon uppfattas som socialt avvikande eller annorlunda. Den neuropsykiatriska diagnosen indikerar inte sällan att uppvisade svårigheter beror på att den diagnostiserades hjärna skiljer sig åt från den normala. Berättelser om en dysfunktionell eller annorlunda hjärna kan förklara sociala avvikelser i biologiska termer och därmed kringgå att skuldbelägga individen eller hennes omgivning (Weinberg 1997).

Artikeln har en poststrukturalistisk ansats med vilken neuropsykiatriska diagnoser och det högekänsliga personlighetsdraget förstås som historiskt och socialt villkorade kategorier (Tremain 2001). Med ett sådant kunskapsteoretiskt angreppssätt särskiljs inte fenomenens ontologiska status, exempelvis mellan det sociala/kulturella eller det biologiska/biomedicinska paradigmet. Analysen handlar om att kritiskt granska föreställningar om neuropsykiatriska diagnoser och det högekänsliga personlighetsdraget som de framställs i text och tal genom att problematisera hur de *produceras* som naturliga och förgivettagna fenomen (Ryan, 2012). Under 1900-talet har biomedicinska förklaringsmodeller alltmer kommit att dominera förståelsen av avvikande beteenden, inte minst är det tydligt i skolan där neuropsykiatriska diagnoser figurerar i många barns vardag (Hjørne & Säljö 2008). Denna dominans analyseras som en typ av maktteknologi kallad biopolitik. Biopolitik är ett sätt att styra medborgare i moderna samhällen via praktiker som inordnar kroppar och intellekt enligt vetenskapliga paradigmen. De här idéerna genomsyrar också de statliga och institutionella styrdokument som tillämpas i frågor om medborgares inkludering och delaktighet. Biopolitik ger upphov till en social och administrativ ordning vars makteffekter (re)producerar specifika subjektformeringar (Foucault 2013; Lee & Motzkau 2011; Rose 1999; Wells 2018).

Barndomssociologiska begrepp problematiseras för att synliggöra samtida föreställningar om barn och barndom (Priestley 1998; Tisdall 2012; Wells 2018). Att

diagnostiseras eller kategoriseras kan betraktas som på samma gång ett subjekts *varande* och *blivande* (James, Jenks & Prout 1998; Lee 2009). En individ som i ljuset av sina livserfarenheter betraktar sig som känsligare jämfört med andra människor kanske saknar ett namn på sitt annorlundaskap. Genom att ta del av och tillägna sig kunskap om det högekänsliga personlighetsdraget inser personen vem hon "egentligen" är. I samband med en sådan process *blir* hon en högekänslig person (Edenroth Cato 2019; Edenroth-Cato 2018).

De relationella inslagen i barnböckerna undersöks för att förklara processer av varande och blivande, som konstruktioner av "kompetenta barn" i relation till idéer om föräldraskap (Kåreland 2015). Bekännelsen har ofta spelat en viktig roll i diagnostiseringsprocesser – medborgare förväntas att prata om sin diagnos (Börjesson, Palmblad & Wahl 2005; Hjørne & Säljö 2008). Foucault (2002) har åskådliggjort hur bekännelsen använts som ett verktyg för att få medborgare att underkasta sig (biopolitiska) styrningsformer i olika institutionella sammanhang och historiska epoker.

I moderna, västerländska och demokratiska samhällen ställs det krav på att barn med funktionsnedsättningar ska inkluderas och delta i beslutfattande om sin skolgång (UNICEF 2009). Ett liknande resonemang har varit centralt inom den "nya" barndomssociologin där barnet betraktas som både en kompetent aktör med en rad förmågor och som ett sårbart subjekt (James et al. 1998; Priestley 1998; Tisdall 2012). Tyngdpunkten inom detta paradigm har legat på att framföra barns perspektiv i forskning *om* och *med* barn, men flera forskare menar att en poststrukturalistisk problematisering av barns röster som fokuserar på frågor kring makt och styrning är centralt för en kritisk analys av sådana fenomen (Lee 2009; Spyrou 2018). Den här artikeln diskuterar därför föreställningar om delaktighet och inflytande i relation till känsliga barn och funktionsvarierade barndomar som en form av biopolitisk styrning (Foucault 2013; Lee & Motzkau 2011; Prout et al. 2005; Tremain 2001; Wells 2018).

Empiriskt material och tillvägagångssätt

Artikeln empiriska material består av tolv barnböcker som riktar sig till föräldrar och barn i åldrarna sex till tolv år. Det är inte ovanligt att barnböcker har flera målgrupper och är genreöverskridande. Barnböckerna som analyseras är både fiktiva och informativa (Kåreland 2015). Urvalskriterierna baserades på att böckerna skulle vara realistiska och avhandla några av de vanligaste neuropsykiatriska diagnoserna (som adhd och autism) och det högekänsliga personlighetsdraget. Böckerna ska vara utgivna på svenska under 2010-talet och skrivna av författare verksamma i Sverige. Anledningen till det är att artikeln ingår i ett större projekt som undersöker diskursiva praktiker kring neuropsykiatriska diagnoser och högekänslighet, och hur de har spridits av aktörer på olika arenor i en svensk kontext under framförallt 2010-talet.

Åldersspannet är sex till tolv år, eftersom böcker som riktar sig till yngre respektive äldre barn och ungdomar skiljer sig mycket åt vad gäller omfång och innehåll. Barnböcker med flickor som protagonister valdes ut dels därför att en majoritet av barnböckerna har en flicka som huvudperson, dels för att undersöka hur flickor med funktionsvariationer gestaltas i barnböcker (Österholm 2012; Söderberg, Österlund & Formark 2013). Under de senaste decennierna har frågan kring pojkars överrepresentation bland barn som får diagnoser autism och adhd diskuterats, samtidigt som att allt fler har kommit att diagnostiseras (se t.ex. Hjørne & Säljö 2008). Detta kan relateras till att diskurser om psykisk ohälsa och diagnoskriterier ibland rymmer könsstereotypa föreställningar (Callegari & Levander 2019), som leder till att flickors erfarenheter och svårigheter i vardagen osynliggörs. Flickors underrepresentation kan vara något som författarna därför aktivt valt att adressera och synliggöra genom att skildra protagonisterna som flickor (Kristina Collén, författare till *Alma och papegojmysteriet*, pratar bland annat om detta i en intervju, se Enikö 2018). De diagnostiserade flickorna kan fungera som positiva förebilder för dem som läser och identifierar sig med protagonisterna. Med anledning av den ökande uppmärksamhet som riktas mot problematiken kring flickors psykiska (o)hälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar undersöks här barnböcker som främst riktar sig till flickor.

Urvalsprocessen är baserad på flera sökningar på adlibris.se, bokus.se och Svenska barnboksinstitutets bibliotekskatalog ELSA med hjälp av sökorden "högekänslig", "HSP", "vara annorlunda", "neuropsykiatrisk", "Aspergers syndrom", "autism", "adhd" och "mellanåldersböcker". Jag hittade omkring 25 barnböcker som handlar om de här ämnena, med pojkar (6) och flickor (14) samt båda könen (5) som protagonister. De böcker som inte analyserades valdes bort på grund av att de antingen handlar om en pojke (med undantag för boken *Varför vill ingen leka med Dennis och Stina?* [Bengtner & Rennerfelt Iwarson 2012], som innehåller två separata berättelser), är skrivna för en utländsk marknad, har fel målgrupp, är publicerade inom en annan tidsperiod än den som avses studeras eller behandlar andra typer av funktionsnedsättningar än psykiatriska diagnoser.

Utöver det här tillvägagångssättet genomfördes sökningar på författares namn och förlagswebbplatser. Förlag som inriktat sig på att ge ut barnböcker om funktionsnedsättningar och normkritik, exempelvis Vombat förlag, besöktes också. Flera av böckerna i det empiriska materialet är utgivna av Idus förlag och Kikkuli förlag som bland annat har nischat in sig på neuropsykiatriska diagnoser. Barnböckerna som getts ut av Kikkuli förlag och är skrivna av Malin Roca Ahlgren och Susanne Israelsson Stenberg innehåller en protagonist med en neuropsykiatrisk diagnos som går i en skolklass där huvudpersonerna från de andra böckerna också går. Lia Lundbergs böcker om högekänslighet ges ut på LightSpira förlag som inriktar sig på ämnen som nyandlighet. Den så kallade Jippieserien ges ut av Jessica Stigsdotter Axberg (2014, 2016),

som driver bolaget MrsHyper. På några av författarnas webbplatser framgår att de är personligt engagerade i de ämnen som böckerna avhandlar (se t.ex. Lundberg 2019; Roca Ahlgren 2019; Stigsdotter Axberg 2019).

Analysen inleddes med att undersöka handlingen i barnböckerna utifrån en klassisk narrativ modell. Den modellen är vanlig både inom film- och litteraturanlys för att studera hur en berättelses struktur är uppbyggd. Den följer ofta en kronologisk ordning med anslag, presentation, fördjupning, konfliktupptrappning, upplösning och avtoning (Riessman 2008). Studiens syfte är bland annat att undersöka hur protagonisterna framställs och vilken typ av subjektsformering som produceras i böckerna genom att undersöka hur berättelserna fortskrider; ofta inleds de med att protagonisterna går igenom svårigheter och uppvisar motstånd mot diagnostisering för att i slutet försonas med den diagnos de har fått. I flera av barnböckerna syns alltså en koppling mellan hur dramaturgiska vändpunkter skrivs fram i och med en diagnostisering av protagonisterna. Böckernas teman och motiv analyserades, som eventuella moralpedagogiska syften (Kåreland 2015). Efter att innehållet kartlagts med hjälp av dessa angreppssätt gjordes en ny läsning med fokus på hur protagonisterna porträtteras; hur huvudpersonerna upplever och interagerar med omvärlden, hur deras mående, kroppsliga och mentala tillstånd gestaltas. Illustrationer analyserades inte i detalj, men i relation till texten granskades bilderna för att förstå och tolka deras innehåll. Barnens fritidsintressen, kläder, utseende, egenskaper och relationer nedtecknades också för att få en uppfattning om vad för typer av barn och barnområden som produceras i materialet. Till detta undersöktes också hur subjektsformeringen relaterar till berättelsernas teman och motiv (Solis 2004). Diagnostiseringen av barnen analyserades som en sorts subjektsformering eller identitetsskapande (Foucault 2013; Tremain 2001; Rose 1999). Det innebar en analys av hur protagonisterna förhåller sig till, gör motstånd mot och/eller införlivar diagnoskriterier i sina personer och liv med hjälp av andra, exempelvis via interaktionen med föräldrar, vänner, skolpersonal och professionella samt i relation till informationsmaterial och pedagogiska hjälpmedel.

Analysen redovisas under fyra underrubriker. Den första rubriken belyser centrala teman i framställningen av protagonisterna. Det avsnittet handlar främst om barnens problem och deras förmågor. Under de två efterföljande rubrikerna argumenteras för hur biopolitisk styrning blir möjlig genom diagnostiserings- och identifikationsprocessen, i bekännelsemomentet och genom betydelsefulla relationer i berättelserna. Den avslutande rubriken i resultatet är en diskussion kring kopplingen mellan litteraturens narrativa struktur och den typ av subjektsformering som produceras i barnböckerna.

Analys

Sårbarheter och förmågor

Barnböckerna kan läsas som vardagsskildringar av de "vetenskapliga" förklaringar som det högekänsliga personlighetsdraget och neuropsykiatriska diagnoser erbjuder. Berättelserna om barnens erfarenheter kan göra personlighetsdraget och diagnoskategorierna mer begripliga för läsarna. Protagonisterna heter Lia som är högekänslig, Lisa som har ångest, Julia som har autism, Alma som har autism och adhd, Alice, Sofia och Linnéa som har adhd, Sofie som har Tourettes syndrom och adhd samt Stina som har adhd och läs- och skrivsvårigheter. Flickornas kroppsliga och sinnliga tillstånd beskrivs som annorlunda därför att de känner, upplever och tar in världen intensivare än "normala" eller "vanliga" barn. Huvudpersonernas oro och ångest illustreras i text och bild genom att visa på hur de har ont i magen, får handsvett och huvudvärk. Lisa i boken *Vad är det med Lisa?* upplevde att "det föddes myror i hennes kropp som sedan ville ut därifrån" (Roca Ahlgren 2016 s. 14). Olika tygmateriel, tajta och skavande kläder, eller vattenstrålar mot huden upplevs ibland som mycket enerverande av barnen. I *Sofia med knuff – inte ett dugg annorlunda* mår Sofia illa för att tröjan sitter hårt runt hennes hals, det är "nästan så att hon spy" (Strömberg 2016 s. 41). Barnens upplevelser av specifika dofter, smaker, konsistenser och ljud skildras ofta som obehagliga. I boken *Alma och papegojmysteriet* står det att "tickandet känns som isdroppar i Almas öron" (Collén 2018 s. 36). Känsligheten beskrivs bland annat som uttryck för protagonisternas irritabilitet, oro och överstimulans, men också som sensibilitet – en förhöjd känsla av välbehag och koncentration som exemplet nedan ger uttryck för:

Jag älskar att pyssla. Mina öron gillar det där rispande ljudet som saxen gör när den klipper. Det blir som något pirrigt i kroppen. Så mjukt ljud och skarpt ljud på samma gång. Ibland glömmer jag allt annat som jag tänkt göra när jag pysslar. Det enda jag tänker på är det jag gör. Jag är så koncentrerad att mina kinder brukar bli helt blommiga.

Lilla Lia & Regnbågen (Lundberg 2017b s. 7).

I de två barnböckerna om den högekänsliga flickan Lia är motivet att synliggöra hur det högekänsliga barnet upplever sin omvärld, bland annat genom att skildra hur hon i sociala sammanhang avviker från gruppen och drar på äventyr tillsammans med sin låtsaskompis Hubertus. Det moralpedagogiska syftet här kan förstås som att det är viktigt att visa upp högekänsliga barns behov och personligheter för att bidra till större förståelse för hur de här barnen har det. Exempelvis gestaltas det i hur Lia hanterar socialt intensiva miljöer, hennes självständighet och behov av att få vara ifred, men också hennes lust att hitta på roliga saker. Alla böckerna handlar om barn som

är påhittiga och nyfikna, och kanske kan man förstå sådana egenskaper som särskilda förmågor (Aho & Alter 2018; Emmerson & Brenna 2015; Solis 2004; Wheeler 2013). Lia framställs som särskilt empatisk, hon kan till exempel genom att bara titta på en person se om den mår dåligt. Hon känner in sin omgivning på ett sätt som andra barn och vuxna inte verkar göra i berättelserna. Ett motiv i böckerna är att skildra hur påträngande och ansträngande omvärlden kan vara för Lia. Icke-högekänsliga barn och vuxna kan vara både jobbiga och oförsiktiga. I litteraturen manifesterar sig barnens kreativitet och noggrannhet i deras fritidsintressen, som i det tidigare exemplet med Lias pyssel. De känner stor tillfredsställelse när de får göra sådant de älskar, som att rida, teckna, skriva, pyssla, dansa, sjunga och lösa mysterier. I flera av böckerna avspeglas också deras förmågor i det sociala umgänget, exempelvis när det gäller att vara äkta och ärlig som Julia, eller att ha en nära och etiskt medveten relation till djur, som Alma och Lia. För Julia och Lisa fungerar relationen till djur terapeutiskt – de blir lugna av dem.

Alma ser efter flugan och tänker på sin faktabok om flugor som hon har gjort själv. Allt som finns att veta om flugor har Alma samlat och skrivit ner i boken. Alma är noga när hon ritar av flugorna också, så att alla små ben och strån finns med. Alma är djurens väktare, brukar mormor säga.

Alma och papegojmysteriet (Collén 2018 s. 20).

Boken inleds med att läsaren får veta att Alma har autism och adhd, men ju mer historien fortskrider förstår man att diagnoserna innebär särskilda förmågor i flickans personlighet och liv. Allt hon säger och gör framstår som en spegling av hennes noggrannhet, kreativitet och uppfinningsrikedom. Det moralpedagogiska syftet kan förstås som förmedlandet av de här förmågorna som positiva aspekter av hennes diagnoser. Läsaren förväntas alltså förstå hennes speciella förmåga att lösa gåtor och uppfatta sådant som andra missar som exceptionella egenskaper. Ibland uppstår det dock sociala missförstånd på grund av hennes beteenden, men betoningen ligger på de förmågor Alma har. Berättelsen om Alma påminner om högekänsliga Lia som är en flicka med särskilda förmågor – inte funktionsnedsättningar.

Sofia i *Sofia med knuff – inte ett dugg annorlunda* har hår ”lika busigt” som henne själv (Strömberg 2016 s. 25). Lisa i boken *Vad är det med Lisa?* har hennafärgat och rött, tunt hår, som täcker delar av hennes ansikte och fungerar som ett socialt skydd. När hon kommer hem och är trygg behöver hon inte längre skylla sig och sätter därför upp håret. Gestaltningen av flickornas hår kan förstås som förkroppsligade representationer av ett femininiserat annorlundaskap (Österholm 2012; Söderberg et al. 2013). Alice har tjockt, brunt hår och fräknar:

Hon känner hur tårarna stiger, hon tittar sig i spegeln och undrar vad hon ska göra med sina ostyriga lockar. Dumma hår, varför har hon detta fula bruna hår, varför kan hon inte se ut som Julia eller Saga med sådant där långt honungsfärgat blankt hår?

Coolt med ADHD (Roca Ahlgren & Israelsson Stenberg 2014 s. 76).

Protagonisternas kläder beskrivs ofta som pojkflickiga, de har munkjacka, jeans och keps på sig inomhus. Håret och kläderna symboliserar deras o-flickiga individualitet, sociala osäkerhet, känslighet och otämjdhet. I böckerna skildras barnens känslomässiga liv som en intensitet och känslighet för både inre och yttre impulser. Det råder en balansgång mellan att ha begåvats med särskilda förmågor och att vara drabbad av en sårbarhet och ett lidande som tar sig olika uttryck och kan oroa eller störa omgivningen. Den dubbelhet som förmågor och sårbarheter innebär speglar också de kriterier som följer med diagnoserna och det högekänsliga personlighetsdraget. Flickorna kan vara känslomässigt och socialt bångstyriga, bråkiga, rymma och få utbrott. Flera av barnen har svårt att reglera sina känslor och impulser när de blir uttröttade av sociala sammanhang. Ibland leder det till att de drar sig undan genom att gömma sig eller skolka. Subjektsformeringar av det här slaget kan förstås som konstruktioner av det icke-normativa flickskapet som avviker från en "lagom" och känslomässigt återhållsam femininitet. Liknande exempel finns i litteraturvetenskaplig forskning där man analyserat könade gestaltningar och "skept" flickskap som en produktiv figur i prosa (Österholm 2012; Söderberg et al. 2013). Skildringen av flickorna pendlar mellan att uppvisa deras medgörlighet och motspänstighet i olika situationer. De förmågor, egenskaper och lidanden barnen ger uttryck för i berättelserna producerar funktionsvarierade barndomar som svåra men hanterbara problem.

Diagnostiseringsprocessen som biopolitisk styrning: att först bestrida och sedan bejaka diagnosen

Flera av böckerna gestaltar processen från att vara annorlunda på ett icke-normativt, odefinierbart och problematiskt sätt till att bli bekräftad och synliggjord med hjälp av en diagnos. Det är en synlighet som samtidigt innebär en styrning av barnens kroppar och attityder (Foucault 2013; Solis 2004; Tremain 2001; Rose 1999). Smith-D'Arezzo och Holc (2016) menar att barnböcker om funktionsnedsättningar ofta handlar om att protagonisten ska överkomma sin funktionsnedsättning för att på det viset närma sig en funktionsfullkomlig normalitet. De subjektsformeringar som produceras i barnböckerna synliggör ett anpassningsbart och eftersträvanvärt ideal i vår tid. Barnet med sårbarheter och förmågor kan med rätt attityd och hjälp förändra sin hälsa och livssituation till det bättre.

I böckerna har de relationella aspekterna av de barndomar som skildras en central betydelse för hur diagnoserna förhandlas och förstås av protagonisterna. Föräldrar

och barn, vänner och klasskompisar får ibland övertyga huvudpersonerna om diagnosens meningsfullhet. I några av böckerna har de vänner som själva fått en diagnos, väntar på att bli utredda eller som önskar att de också hade en diagnos. Berättelserna handlar ibland om mobbning, vantrivsel i skolan och frånvaro – eller motsatsen, om hur bra relationer till skolpersonal och klasskompisar skapar trygghet och närvaro. Ett gemensamt tema i böckerna om Alice, Sofia, Julia och Lisa är att de bestrider diagnosen till en början, för att i slutet av berättelserna glädjas åt vad den tillför deras liv. Protagonisternas subjektformeringar sker i en process av omdefiniering av det egna jaget. Den identifikatoriska förändring som barnen går igenom i samspelet med sin omgivning är en omvärdering av de ”svåra” sidorna i deras person och det som barnen tidigare reflekterat kring som diagnosens nackdelar.

Dramaturgin i boken *Varför vill ingen leka med Dennis och Stina?* (Bengtner & Rennerfelt Iwarson 2012) handlar om att illustrera hur problemlösande diagnostiseringen av adhd är för att Stina ska bli socialt inkluderad. När Stina får hjälp av en psykolog och börjar ta läkemedel blir hon genast omtyckt av klasskamrater och får vara med och leka. Stina är den enda av protagonisterna som saknar en röst och åsikt kring vad diagnoskategorin innebär för henne, vad man framhåller är hennes problem, snarare än hennes förmågor. Stinas öde är en funktionsnedsatt flickas som på grund av diagnoserna inte kommer att kunna leva ett (funktions)fullkomligt liv utan läkemedel och andra hjälpmedel.

Den första boken om Sofia, *Sofia med knuff – inte ett dugg annorlunda* (Strömberg, 2016), inleds med att hon får höra av andra barn att hon är en nolla och att det är något fel på henne. Boken beskriver alla de problem och det lidande som adhd-diagnosen orsakar henne. Inte ens Sofias pappa står ut med hennes ovanor. När Sofia får sin adhd-diagnos är hon skeptisk mot vad den innebär för henne och hon känner inte för att lyssna på psykologen. Uppföljaren *Sofia med knuff – det här är jag* (Strömberg 2017), har en mer positiv ton, den inleds med att Sofias adhd beskrivs som en styrka som gör henne full av energi och envis – hon kan bli bäst på vad hon vill. I uppföljaren har Sofia också kommit till insikt om att diagnoser inte är så viktiga, i stället är det puberteten som oroar Sofia, hon vill inte att kroppen ska förändras.

I böckerna om den bångstyriga och ofta missförstådda Alice får läsaren följa hennes vardagliga kamp och diagnostiseringsprocess. I den första boken, *Coolt med ADHD* (Roca Ahlgren & Israelsson Stenberg 2014) vill Alice inte ha diagnosen och avvisar den på olika sätt. Boken beskriver flickans lidande och svårigheter som symptom på att hon har funktionsnedsättningen adhd. Uppföljaren *Jag har ADHD* (Roca Ahlgren & Israelsson Stenberg 2015) visar vad som sker när Alice ”fått” diagnosen. Böckerna handlar om diagnosutredningen och Alice mående, hennes behov och hur experter och människor i hennes närhet hjälper och stöttar henne. Det moralpedagogiska syftet i berättelserna kan förstås som budskapet om hur viktig utredning och diagnostisering är för att barnet ska få

hjälp och i förlängningen må bättre. Böckerna förmedlar att de interventioner som krävs, till exempel möten med BUP (barn- och ungdomspsykiatri), elevhälsoteam och kognitiv beteendeterapi, innebär välvilliga handlingar från vuxenvärlden som görs för barnets bästa. Dock är det mest centrala att Alice själv uppfattar åtgärderna som något gott och att hon vill ta emot hjälpen – premissen är att hon behöver lära sig om sig själv som en adhd-person – vad som krävs är en omdefinition av det egna jaget. Denna form av välvillig styrning innebär alltså en typ av biopolitisk maktutövning (Foucault 2002; Rose 1999).

Dialogerna mellan barn, föräldrar och andra vuxna handlar ofta om anpassningar i vardagen, specialpedagogiska hjälpmedel, elevhälsan och BUP. Alice mamma, Julias pappa och Lisas mamma för barnens talan på möten med personal från skolan och med BUP. De försvarar sina döttrar och menar att skolpersonalen måste anpassa sig efter barnens behov. Det råder inget tvivel om att föräldrarna i böckerna engagerar sig mycket i sina barns liv och mående, och de lägger stor vikt vid att inkludera barnen i de beslut som fattas. Alice mamma säger att Alice behöver delta i att ta fram de regler som ska gälla henne i hemmet, och att hon kanske mår bäst av medicin. Frågan om medicinering är något som sällan nämns i böckerna, men när ämnet dyker upp är det i samband med andra interventioner som föräldrar och barnexperter menar kan hjälpa barnet, som i berättelsen om Stina som inte får vara med och leka på grund av sin adhd. Frågan om barns delaktighet i att fatta beslut kring exempelvis läkemedel kan vara svåra, vilket illustreras i följande utdrag:

Innan läggdags får Sofia sin sömnmedicin. Hon tar fram den själv ur dosetten, pappa är med. När hon skulle börja med medicinen vägrade hon. Pappa, mamma och doktorn sa att hon skulle ta den. Då blev det som ett stopp i Sofia. När flera säger samma sak måste Sofia säga något annat. Så är det bara. Därför sa hon nej till medicinen fast den säkert var bra.

Sofia med knuff – det här är jag (Strömberg 2017 s. 41).

Föräldrar, i egenskap av förmyndare, förväntas driva de ärenden som gäller barnen, försvara dem mot en oförstående omgivning och ta in barns röster och perspektiv i beslut som fattas kring dem. Föräldrar förväntas med andra ord förhålla sig till rådande föreställningar om att barn med funktionsvariationer är kompetenta och mogna nog att fatta beslut i frågor som rör deras liv, men också beakta att de är beroende och sårbara individer (Edenroth-Cato 2018). Frågan om vad ett kompetent barn med funktionsvariationer *är* kan därför behöva undersökas i ljuset av olika epistemologier och ontologier för att synliggöra de normativa inslag och tvetydigheter som föreställningar om barn som avvikare från en funktionsfullkomlig normalitet ger upphov till, till exempel i relationen mellan föräldrar och barn (Lee 2009; Prout et al. 2005; Ryan 2012; Spyrou 2018).

Bekännelsen som vändpunkt: inkludering och delaktighet på diagnosens premisser

Barnböckerna beskriver den funktionsvarierade barndomen med stöd i biomedicinska eller psykologiska förklaringsmodeller, terapeutiska och specialpedagogiska interventioner och läkemedel. Litteraturen innehåller beskrivningar av de känsliga barnens vardag och information om deras funktionsvariationer – böckerna gestaltar också en typ av fördomsbekämpning som man menar kan bidra till en mer tolerant och förstående omgivning (Aho & Alter 2018; Smith-D'Arezzo & Holc 2016). I litteraturen har interventionerna för avsikt att leda till det diagnostiserade barnets hälsa och välbefinnande, men förutsättningen för det går via barnets självreflexivitet och beaktelse. Barnböckerna inleds ofta med att skildra en på olika sätt socialt problematisk flicka, hon som inte vill eller kan delta på samma villkor som andra barn. När berättelserna fortlöper framgår att diagnostiseringen erbjuder en lösning på de problem som drabbar flickan och människor i hennes närhet. Diagnosen presenteras som en möjlig förståelse av deras beteenden och mående, därför måste också barnen förhålla sig till diagnosen.

När Alice i *Jag har ADHD* (Roca Ahlgren & Israelsson Stenberg 2015) har fått en diagnos kan man förstå det moralpedagogiska syftet som att visa på hur man kan berätta om sin adhd-diagnos genom att redovisa diagnosen för sina klasskamrater och vänner. Boken illustrerar också de förväntningar man kan ha på omvärlden i samband med beaktelsen. Både Alice och människor i hennes närhet ska lära sig om fördelarna och nackdelarna med att hon har adhd. Beaktelsen tillsammans med kunskapsspridning verkar nödvändigt för att komma tillrätta med de problem Alice lider av. Först då tycks man mena att Alice kan få en bättre hälsa och tillvaro i skola och hem. I *Julias superkrafter* (Roca Ahlgren 2017) har Julia i början av boken inte berättat om diagnosen för sina klasskamrater, men i avslutningen pratar hon med Lisa om vad som är speciellt med att ha Aspergers – boktiteln vittnar också om att Julia har begåvats med superkrafter. Julia och Alice uppmuntras att redovisa sina diagnoser inför sina klasskamrater. Sofia berättar för sin bästis Molly att hon har adhd, fröken vet det också, men det är deras hemlighet. Mamma och pappa bestämmer att Stinas fröken ska berätta för hennes klasskamrater att hon har svårigheter, så att alla ska kunna "hjälpa Stina både i klassrummet och på rasterna så att hon får vara med" (Bengtner & Rennerfelt Iwarson 2012 s. 61). Boken om Sofie bygger på en sann historia. Den riktiga Sofie skriver i epilogen:

Hade jag vetat att jag hade Tourette hade jag önskat att jag hade haft mod att förklara för mina klasskamrater och kompisar vad det var för olika tics jag hade. Jag hade då kunnat berätta att man inte kan rå för att tics kommer.

Jag har Tourette! Rätt! Rätt! (Stigsdotter Axberg 2016 s. 31).

Utdraget ovan illustrerar hur central insikten och bekännelsen av diagnosen är för att motverka förutfattade meningar om vad tics är, det vill säga att Sofie inte kan rå för att hon har Tourettes syndrom. Sofies hjärna är ansvarig för hennes tics, inte hon själv. Den neuropsykiatriska diagnosen används för att förklara de sociala avvikelserna som neurologiska problem (Weinberg 1997). Flera av protagonisterna ger uttryck för att det är modigt att offentliggöra sin diagnos. Bekännelsen innebär ofta en tydlig dramaturgisk vändpunkt i berättelserna. Barnen är nervösa och sårbara i stunden, men efteråt möts de av att vännerna tycker att de är coola och annorlunda på ett positivt sätt. Mot slutet av böckerna har det motstånd som huvudpersonerna ger uttryck för i inledningen transformerats till en förmåga, man har gjort diagnosen till en positiv del av sin person. Barnen har efter omvändelsen och bekännelsen kvalificerat sig till diagnosen, de har genomgått en identifikatorisk subjektförändring och i förlängningen blivit berättigade en positiv särbehandling på de premisser som diagnosen erbjuder.

Att bli den man är

Flera av barnböckernas dramaturgi innehåller en diagnostiserings- och identifikationsprocess där protagonisterna lär sig att definiera sig själva enligt kriterierna för en diagnos. Flickornas beteendedrag och egenskaper blir synonyma med diagnoskategoriernas svagheter och styrkor, på detta vis likställs deras problem/lösningar med diagnosernas problem/lösningar. Det är möjligt att läsa flickornas inledande motstånd mot diagnoser, som senare vänds till ett bejakande, som ett sätt att illustrera hur barn kan utnyttja diagnosers fördelar. I och med att barnen tillsammans med andra förvärvar kunskaper kring diagnoserna som förklaringar till deras annorlundaskap blir de något mer än, kanske till och med något annat än de lidande och socialt bångstyriga flickorna. Med diagnoskategorin kan det sårbara barnet transformeras till ett mer anpassningsbart, duktigt och tillmötesgående medborgerligt barnsubjekt.

Det finns något inom dig som gör att du inte bromsar. Hjärnan fungerar ungefär som en skola, förklarar doktorn, med en vaktmästare som håller ordning på alla saker i hyllor i olika förråd. Läxan lägger han på en hylla och att komma ihåg vad fröken säger lägger han på en annan hylla. Allt är ordning. Men hos dig brukar vaktmästaren somna, och allt som kommer in hamnar huller om buller. Det blir ingen ordning alls. Jag tror vi måste hjälpa din vaktmästare att hålla sig vaken när du är i skolan, säger doktorn.

Varför vill ingen leka med Dennis och Stina? (Bengtner & Rennerfelt Iwarson 2012 s. 58).

I citatet ovan berättar doktorn, med hjälp av en vaktmästare som metafor, att det är Stinas hjärna som bidrar till hennes bristande koncentration och impuls kontroll. Genom att förklara hennes problem som biologiska och lokaliserade i hjärnan kan Stina få hjälp och göras till ett mer anpassningsbart medborgarsubjekt i skolan. I *Jag har ADHD* får Alice veta av personal på BUP att de som har fått en adhd-diagnos är som jägare, de reagerar snabbt på faror och gillar äventyr, precis som hon. Böckerna om Lia som är högekänslig inleds med att hon berättar för läsaren att hon har "jättestora öron" och "superhörse" (Lundberg 2017b, 2017a). Via sådana här och liknande förklaringar av adhd-diagnosen och det högekänsliga personlighetsdraget förväntas barnkaraktärerna identifiera sig som personer konstituerade av en alldeles särskild kropp och hjärna som inte bara innebär sårbarheter utan också, som i fallet med Alice och Lia, särskilda förmågor som inte alla besitter i samma grad.

Den känsliga flicka som accepterar sin tillskrivna diagnos och diagnosberättelse förväntas att vara medgörlig och delaktig i de beslut som fattas kring hennes vardag och fritid – hon förväntas ta ett ansvar för sin (o)hälsa (Hydén 1997). Flickan bemöts ofta av föräldrar och skolpersonal som en kompetent aktör med särskilda förmågor, hennes röst och delaktighet värderas högt i de flesta av barnböckerna. Samtidigt behöver hon lära sig att använda diagnosberättelsen till sin fördel för att positivt särbehandlas. Här kan man förstå vår tids föreställningar om det kompetenta och mogna barnet, och det sårbara och beroende barnet som två sidor av samma mynt (James et al. 1998; Lee 2009; Prout et al. 2005). Den här framställningen av barn med funktionsvariationer och förmågor yttrar sig genom en terapeutisk logik som barn förväntas acceptera och göra till sin. För att få hjälp behöver man godta de regler och ramar som finns för hur man bör förstå sig själv. Att kvalificera sig till diagnosen och att uppfylla kriterierna för den positiva särbehandling som den kan innebära är även det ett uttryck för biopolitiska makteffekter (Börjesson et al. 2005; Foucault 2013; Rose 1999; Wells 2018).

Diagnoskategorins subjektformerande effekter innebär alltså en välvillig styrning som rymmer föreställningar om barns aktörskap, delaktighet och rätt till medbestämmande (Lee 2009; Spyrou 2018). I barnböckerna kommunicerar man ofta hur viktiga barns röster och perspektiv är i frågor som rör deras livssituationer, men när protagonisterna gör motstånd blir det möjligt att synliggöra de barn som trilskas och vars attityder behöver förändras och bli mer medgörliga. På detta vis konstrueras ett krav på inflytande och delaktighet som man implicit menar ska stärka barnens positioner som medborgare men samtidigt innebär en inskränkning av rätten till en egen identifikation. Inflytande och delaktighet kommer till ett pris – kravet att identifiera sig själv på rätt sätt (Rose 1999). Utifrån en biopolitisk ansats kan talet om funktionsvariationer förstås som ett sätt att normalisera och osynliggöra de maktteknologier som används vid neuropsykiatrisk diagnostisering av barn. De praktiker som ligger

till grund för att sortera och selektera barnmedborgare utifrån deras sårbarheter och förmågor kan få långtgående effekter i barns liv (Wells 2018).

Diskussion

Barnböckerna som analyserats här utgör en typ av pedagogiska eller terapeutiska verktyg och material för att vägleda både föräldrar, barn och andra vuxna (McCulliss 2012; Prater 2003). Det övergripande syftet för litteraturen är att gestalta hur det kan vara att som flicka ha en neuropsykiatrisk diagnos eller att vara högekänslig. Böckernas dramaturgi upplyser om vad som orsakar flickornas lidanden och syftar till att bidra till en ökad förståelse för de här barnens erfarenheter och livssituationer. Ett implicit budskap som förmedlas är att utan denna vetskap skulle de sociala och emotionella utmaningar som präglar protagonisternas vardag fortgå. Det är genom vuxenvärldens interventioner och barnens acceptans av dem som förändring möjliggörs i berättelserna.

Barnböckerna är ett uttryck för spridningen av biomedicinska och psykologiska förklaringsmodeller av aktörer på nya arenor. Litteraturen får en fördomsbekämpande funktion som också illustrerar diagnoskategorierna och det högekänsliga personlighetsdraget som särskilda förmågor. I litteraturen produceras ett annorlunda flickskap både som ett positivt särdrag och en sårbarhet hos den enskilda. Flickornas avvikelser från en funktionsfullkomlig normalitet transformeras till att bli deras individualitet. Samtidigt döljs diagnosers patologiserande aspekter, det vill säga att de trots allt främst betraktas som funktionsnedsättningar (Aho & Alter 2018; Smith-D'Arezzo & Holc 2016). Det innebär också att man kan förstå de interventioner som sker i diagnosens namn som ett sätt att reglera ett icke-normativt flickskap på. Huvudpersonerna framställs ofta som att de agerar som avvikare från stereotypen av en "duktig flicka" som känslomässigt återhållsam och passiv (Söderberg et al. 2013; Österholm 2012). Barnböcker med pojktoprotagonister har inte analyserats i den här studien, dock är det möjligt att motsvarande böcker med pojkar som målgrupp framställer det funktionsvarierade pojkskapet i relation till rådande normer kring maskulinitet, till exempel att pojkar i allmänhet förväntas vara mer fysiskt aktiva och utåtagerande än flickor (Callegari & Levander 2019).

De olika funktionsvariationer som skildras i dessa barnböcker framstår inte som väsensskilda när de jämförs och ställs mot varandra. I samtliga berättelser utgör en oförstående och fördomsfull omgivning ett hinder för att flickorna ska kunna accepteras fullt ut för vilka de är, till exempel. Omgivningen ska därför informeras om deras förmågor, samtidigt som läkemedel och terapi beskrivs som metoder för att komma till rätta med flickornas svårigheter. Neuropsykiatrisk diagnostisering gestaltas genomgående som nödvändiga inslag i protagonisternas barndomar. Genom att

rekrytera kunskaper om diagnosen och bekänna den för andra etablerar flickorna en självförståelse i enlighet med diagnosens kriterier. Den eftersträvansvärda och lösningsorienterade diagnostiseringen är ett resultat av vår tids styrningsteknologier. Litteraturen kan läsas som ett uttryck för biopolitiska makteffekter som ger upphov till en särskild typ av subjektformering (Foucault 2013; Lee & Motzkau 2011; Prout et al. 2005; Tremain 2001; Wells 2018).

Barnböckernas moralpedagogiska syften synliggör hur berättelserna är präglade av sitt sociala och institutionella sammanhang: de kan förstås som speglingar av ett samhälle vid en viss tidpunkt (Kåreland 2015). Att höra barn och ta reda på deras perspektiv framstår i vår tid som en utbredd norm, i berättelserna förmedlas den via protagonisternas delaktighet i de beslut som fattas kring deras kroppar och liv (James et al. 1998; Lee 2009; Spyrou 2018). Den här artikeln visar dock att deras delaktighet är villkorad, flickkaraktärerna ska bli ansvarstagande och anpassningsbara medborgare genom att "identifiera sig rätt", inte minst gäller det för att få sitt hjälpbehov tillgodosett i skolan.

Tack

Tack till Mats Börjesson, Björn Sjöblom och Sara Andersson vid Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen för värdefulla kommentarer av tidigare utkast till denna artikel. Tack också till de anonyma bedömare och redaktörerna.

Referenser

Källor och material

- Aron, E. N. (2014) *Det högkänsliga barnet. Att växa och må bra i en överväldigande värld*. Stockholm, Egia.
- Bengtner, A. & Rennerfelt Iwarson, B. (2012) *Varför vill ingen leka med Stina och Dennis? Att tala med barn om ADHD. Tips och råd i vardagen*. (3 uppl.). Sävedalen: Säve förlag.
- Collén, K. (2018) *Alma och papegojmysteriet*. Lerum: Idus förlag.
- Enikö, K. (2018-12-04) Skönlitteratur passar för att förmedla känslor. *Specialpedagogik*, 6 [tidskrift]. [<https://specialpedagogik.se/skonlitteratur-passar-for-att-formedla-kanslor/> Hämtat: 2019-06-10].
- Lundberg, L. (2017a) *Lilla Lia & delfinerna*. Mörkö: LightSpira.
- Lundberg, L. (2017b) *Lilla Lia & regnbågen*. Mörkö: LightSpira.
- Lundberg, L. (2019) *Lia Lundberg – hälsopedagog och författarinna* [webbplats]. [<http://www.lialundberg.se/>]. Hämtat: 2019-01-15].
- Roca Ahlgren, M. (2016) *Vad är det med Lisa?* Trollhättan: Kikkuli.
- Roca Ahlgren, M. (2017) *Julias superkrafter. En bok om Asperger/högfungerande autism*. Trollhättan, Kikkuli förlag.

- Roca Ahlgren, M. (2019) *MRA Words – litterär & konstnärlig verksamhet* [webbplats]. [https://www.malinrocaahlgren.com/. Hämtat: 2019-01-15].
- Roca Ahlgren, M. & Israelsson Stenberg, S. (2014) *Coolt med ADHD*. Trollhättan: Kikkuli.
- Roca Ahlgren, M. & Israelsson Stenberg, S. (2015) *Jag har ADHD*. Trollhättan: Kikkuli.
- Stigsdotter Axberg, J. (2014) *Jag vill inte vänta!* [Jippieserien del 2]. Ingarö: Upnose förlag.
- Stigsdotter Axberg, J. (2016) *Jag har Tourette. Rätt Rätt. Och lite ADHD*. [Jippieserien del 3]. MrsHyper.
- Stigsdotter Axberg, J. (2019) *MrsHyper | We all have the potential* [webbplats]. [https://www.mrs-hyper.se/. Hämtat: 2019-01-15].
- Strömberg, A. (2016) *Sofia med knuff – inte ett dugg annorlunda*. Lerum: Idus förlag.
- Strömberg, A. (2017) *Sofia med knuff – det här är jag*. Lerum: Idus förlag.
- UNICEF (2009) *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Vetenskaplig litteratur

- Aho, T. & Alter, G. (2018) "Just like me, just like you" Narrative erasure as disability normalization in children's picture books. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 12(3): 303–319.
- Ayala, E. C. (1999) "Poor little things" and "brave little souls". The portrayal of individuals with disabilities in children's literature. *Reading Research and Instruction*, 39(1): 103–117.
- Börjesson, M., Palmblad, E. & Wahl, T. (2005) *I skötsamhetens utmarker. Berättelser om välfärdsstatens sociala optik*. Stockholm: Symposion.
- Callegari, J. & Levander, U. (2019) Kompetent aktör eller psykiskt skör? Barn- och flickdiskurser i konstruktionen av ungas psykiska ohälsa. *Tidskrift för Genusvetenskap*, 40(1): 73–95.
- Emmerson, J. & Brenna, B. (2015) Characters with exceptionalities portrayed in contemporary canadian children's books. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 38(4): 1–28.
- Edenroth Cato, F. (2019) *Det högkänsliga subjektets tillblivelse. Diskursiva praktiker om identitet, förståelse och funktionsvariation* (Doktorsavhandling). Stockholm: Stockholms universitet.
- Edenroth-Cato, F. (2018-11-20, Epub ahead of print) Motherhood and highly sensitive children in an online discussion forum. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*.
- Foucault, M. (2002) *Sexualitetens historia. Bd 1, Viljan att veta*. Göteborg: Daidalos.
- Foucault, M. (2013) *Biopolitikens födelse. Collège de France 1978–1979*. Hägersten: Tankekraft.
- Hjörne, E. & Säljö, R. (2008) *Att platsa i en skola för alla. Elevhälsa och förhandling om normalitet i den svenska skolan*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Hydén, L.-C. (1997) Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1): 48–69.
- James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998) *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Kåreland, L. (2015) *Skönlitteratur för barn och unga. Historik, genrer, termer, analyser*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, N. (2009) Mot en omogen sociologi. *LOCUS*, (3–4): 60–82.
- Lee, N. & Motzkau, J. (2011) Navigating the bio-politics of childhood. *Childhood*, 18(1): 7–19.
- McCulliss, D. (2012) Bibliotherapy. Historical and research perspectives. *Journal of Poetry Therapy*, 25(1): 23–38.
- Prater, M. A. (2003) Learning disabilities in children's and adolescent literature. How are characters portrayed? *Learning Disability Quarterly*, 26(1): 47–62.

- Price, C. L., Ostrosky, M. M. & Mouzourou, C. (2016) Exploring representations of characters with disabilities in library books. *Early Childhood Education Journal*, 44(6): 563–572.
- Priestley, M. (1998) Childhood disability and disabled childhoods. *Agendas for research. Childhood*, 5(2): 207–223.
- Prout, A., Clouder, C., Jenkinson, S. & Large, M. (2005) *The future of childhood*. London: Routledge Falmer.
- Riessman, C. K. (2008) *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage Publications.
- Rose, N. (1999) *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Ryan, K. W. (2012) The new wave of childhood studies. Breaking the grip of bio-social dualism? *Childhood*, 19(4): 439–452.
- Smith-D'Arezzo, W. & Holc, J. (2016) Reframing disability through graphic novels for girls. Alternative bodies in Cece Bell's *El Deafo*. *Girlhood Studies*, 9(1): 72–87.
- Solis, S. (2004) The disabilitymaking factory. Manufacturing "differences" through children's books. *Disability Studies Quarterly*, 24(1).
- Spyrou, S. (2018) The production of children's voices. I: *Disclosing childhoods. Research and knowledge production for a critical childhood studies*. London: Palgrave Macmillan Limited, 85–115.
- Söderberg, E., Österlund, M. & Formark, B. (red.) (2013) Litteratur och konst som flickforskningens teoretiska språngbräda. I: *Flicktion. Perspektiv på flickan i fiktionen*. Malmö: Universus Academic Press, 11–25.
- Tisdall, E. K. M. (2012) The challenge and challenging of childhood studies? Learning from disability studies and research with disabled children. *Children & Society*, 26(3): 181–191.
- Tremain, S. (2001) On the government of disability. *Social Theory and Practice*, 27(4): 617–636.
- Weinberg, D. (1997) The social construction of non-human agency. The case of mental disorder. *Social Problems*, 44(2): 217–234.
- Wells, K. (2018) Disability in childhood studies. I: *Childhood studies. Making young subjects*. Cambridge: Polity press [e-bok]. [<https://ebookcentral.proquest.com/> Hämtat: 2018-12-08].
- Wheeler, E. A. (2013) No monsters in this fairy tale. Wonder and the new children's literature. *Children's Literature Association Quarterly*, 38(3): 335–350.
- Österholm, M. M. (2012) *Ett flicklaboratorium i valda bitar. Skeva flickor i svenskspråkig prosa från 1980 till 2005* (Doktorsavhandling). Uppsala: Uppsala universitet. Årsta, Rosenlarv.

Veikko Peltto-Piri, Ulrika Hylén & Lars Kjellin

Informellt tvång mot patienter

– reflektioner över former och användning. En intervjustudie med psykiatripersonal

Informal coercion against patients – reflections on the forms and the use An interview study with psychiatric staff

There has been considerable international research on formal coercion in psychiatry in recent decades but less on informal coercion, especially from a staff perspective. This study was based on previous research which identified five forms of coercion in psychiatry: persuasion, interpersonal leverage, inducement, threats and formal coercion. The purpose was to describe the staff's reflections on the forms and the use of informal coercion against patients. We conducted four focus group interviews with psychiatric social workers, psychologists and physicians at four different clinics. The purpose was to create a reflective conversation about informal coercion. The interviews were analysed with qualitative content analysis. In addition to the five previously identified forms of coercion we found three other forms in our material: cheating the patient, an upbringing attitude, and using rules and procedures. Participants also described coercion from other stakeholders such as relatives and other authorities. Other reflections were interpreted as professionalism and coercion, where the participants stressed the importance of staff members' approach to patients, having clear communication with patients, individualized care, and good cooperation with each other and with other stakeholders. According to the participants, informal coercion was often used, but at the same time they were hesitant about using it. The participants had very different views of how patients perceived informal coercion and how interpersonal leverage should be used. They also reported difficulties in dealing with the informal coercion that relatives and other authorities use, as it may threaten the patient's ability to recover. Informal coercion should not only be seen as a legal or clinical issue. The fact that there are important ethical aspects in matters of informal coercion should also be acknowledged.

Veikko Peltto-Piri är med. dr. vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Ulrika Hylén är doktorand vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Lars Kjellin är docent vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Kontakt: veikko.pelto-piri@regionorebrolan.se

Inledning

Psykiatrin har beskrivits som en unik moralisk praktik, inte minst därför att en del av patienterna vårdas mot sin vilja och kan utsättas för tvångsmedicinering och andra tvångsåtgärder (Hem et al. 2018). Tvånget kan vara formellt, det vill säga lagligt reglerat, formellt beslutat och dokumenterat, eller informellt, vilket inkluderar alla andra former av påtryckningar eller manipulationer. Tvång ingår i den psykiatriska praktiken där personalen ofta ställs inför "vardagsetiska" problem som kan leda till moralisk stress hos personalen, exempelvis när man anser sig tvingad av yttre faktorer att agera i strid med sina egna personliga värderingar (Kjellin et al. 2013).

Begreppet informellt tvång används alltså för att beskriva olika former av påtryckningar som personalen använder för att få patienten att bli följsam gentemot behandlingen, men också gentemot de regler som finns i slutenvården, till exempel att gå upp en viss tid på morgonen (Hem, Molewijk & Pedersen 2014). Szmukler och Appelbaum (2008) har beskrivit en hierarki av påtryckningar, från mildare till allt starkare former, som kan användas av personalen i klinisk praktik. Den lägsta nivån är övertalning, varefter följer utnyttjande av den personliga relationen, belöning, hot och i slutänden formellt tvång, inklusive fysiskt sådant.

I litteraturen förekommer även begreppet upplevt tvång, vilket utgår från patientens perspektiv och överlappar det formella och informella tvånget. Även frivilligt vårdade patienter uppfattar ganska ofta tvång i psykiatrin (Valenti et al. 2013; Wallsten & Kjellin 2004; Kjellin et al. 2004). Skillnaden mellan frivillig vård och tvångsvård kan ur patientens perspektiv ofta uppfattas vara otydlig och känslan av tvång i vården är inte alltid relaterad till huruvida patienten i juridisk mening är tvångsvårdad eller inte (Wallsten, Kjellin & Lindström 2006; Katsakou et al. 2011; Katsakou & Priebe 2007). Som orsak till upplevelsen av tvång har patienter uppgett att de inte ansåg behandlingen som relevant, inte hade fått medverka i tillräcklig omfattning i vården och inte kände sig respekterade (Kjellin et al. 2004; Katsakou et al. 2011; Katsakou & Priebe 2007; Valenti et al. 2013). I en studie (O'Donoghue et al. 2014) rapporterade 22 procent av patienterna i frivillig vård lika höga nivåer av upplevt tvång som tvångsvårdade patienter. Frivilligt vårdade patienter som upplevt mycket tvång bedömde ofta att om de inte hade anpassat sig till behandlingen så hade de troligen blivit utsatta för tvångsåtgärder.

Personalens juridiska möjlighet att använda tvång mot patienter kan alltså färga av sig till den frivilliga vården, vilket har beskrivits som att miljön i psykiatrin kan uppfattas som en tvångskontext (Sjöström 2006). Szmukler (2015) talar om psykiatrins "tvångsskugga" (*coercion shadow*), det vill säga en rädsla många patienter har för att bli utsatt för tvång om man inte accepterar föreslagna åtgärder.

Det har bedrivits en omfattande forskning om formellt och upplevt tvång under de senaste decennierna men hittills har det genomförts relativt få empiriska stu-

dier kring informellt tvång, speciellt utifrån ett personalperspektiv (Hotzy & Jaeger 2016).

Bakgrund

Inom modern hälso- och sjukvård är respekt för patientens självbestämmande en grundläggande princip (Beauchamp & Childress 2013). Denna princip fastställdes i efterdyningarna av andra världskriget i International code of medical ethics (WMA 1949), där det framhålls att läkaren ska respektera den kompetenta patientens rätt att acceptera eller vägra en medicinsk behandling. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30) uttrycks detta genom att vården ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (5 kap. 3 §). Psykiatrin är en av de få verksamheter inom hälso- och sjukvården där tvång mot patienter kan användas, vilket kan ske enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) (SFS 1991:1129). Enligt LPT får tvångsvård endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver ha särskilda villkor för att ges nödvändig vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Vid sluten psykiatrisk tvångsvård ger LPT möjlighet att använda tvångsåtgärder, som tvångsmedicinering i behandlingssyfte eller en begränsning rent fysiskt för att inte skada sig själv eller andra. Eftersom tvångsvård innebär en kraftig begränsning av patientens autonomi betonar lagstiftningen vikten av att patienten ska få möjlighet att vara så delaktig som möjligt i sin egen vård.

Traditionellt har psykiatrisk vård bedrivits på mentalsjukhus med tvång. Frivillig psykiatrisk vård etablerades långsamt. År 1929 infördes möjligheten att själv ansöka om intagning på sinnessjukhus, men patienten gavs ändå inte rätt att bestämma om när hen skulle lämna sjukhuset. Denna så kallade kvarhållningsrätt avskaffades först 1959. Parallellt byggdes dock från 1940-talet och framåt upp psykiatriska lasarettkliniker med frivillig vård (Grönwall & Holgersson 2018). De tidiga mentalsjukhusen kan karakteriseras som personalcentrerade institutioner där vårdpersonalen hade en oklar roll i behandlingen (Norvoll 2007). Patienterna sågs ofta som obotliga och personalens roll var att upprätthålla de dagliga rutinerna samt se till att patienterna var lugna och anpassade till institutionens regler. Den här dubbla rollen för psykiatrin, att ge behandling och samtidigt utöva social kontroll av patienterna, har intresserat forskare inom de socialvetenskapliga vetenskaperna (Foucault 2010; Norvoll 2007). Många var kritiska till de traditionella mentalsjukhusen och på 1960- och 1970-talen tog avinstitutionaliseringen fart och den öppna psykiatriska vården utvecklades (Norvoll 2007). I Sverige påbörjades denna utveckling först på slutet av 1970-talet då det fanns över 30 000 vårdplatser i psykiatrin. De hade minskat till cirka 5 000

runt år 2000 (Lindqvist, Meeuwisse & Sunesson 2010) och var omkring 3 000 i en mätning från 2017 (Uppdrag psykisk hälsa 2018a, 2018b). Personer med varaktiga psykiska funktionshinder har i stället getts möjligheten att få kommunalt boende eller boendestöd. Avinstitutionaliseringen av psykiatri har medfört att antalet vårdplatser i slutenvården är få i förhållande till antalet patienter (Lindqvist et al. 2010; Chow & Priebe 2013).

Den här utvecklingen har skapat nya problem för den psykiatriska vården där patienter inte alltid har fått den behandling de behövt (Peele & Chodoff 2009; Sisti, Segal & Emanuel 2015). Ett av sätten att möta problemet har i många länder varit att förändra lagstiftningen så att den möjliggör tvång i den psykiatriska öppenvården. I Sverige kom denna lagändring år 2008 och motiverades då av ett behov att ge en bättre och individuellt anpassad vård och behandling (Socialdepartementet 2007). Förändringen innebär flera problematiska aspekter, bland annat att fler patienter riskerar att utsättas för tvång under längre tid (Zetterberg 2018; Kjellin & Pelto-Piri 2014), vilket är allvarligt med tanke på att det inte finns några studier som indikerar att vårdformen är effektiv (Rugkåsa 2016). Det minskade antalet psykiatriska vårdplatser har emellertid också inneburit att den psykiatriska slutenvården till ökande grad präglas av tvångsvård (psykiatrins tvångskontext, se ovan), eftersom kvarvarande vårdplatser till större del än tidigare upptas av tvångsvårdade patienter. Vid endagsinventeringar som Socialstyrelsen genomfört ökade andelen vårdade enligt LPT och LRV av samtliga inneliggande patienter från 24 procent 1991 till 44 procent 2008 (Socialstyrelsen 2009).

Studiens utgångspunkter

Den här studien utgår från Szmukler och Appelbaums (2008) ovan nämnda tankar om att det finns en hierarki av fem former av tvång, från mildare till starkare former, som en behandlare kan använda för att få en patient att bli följsam gentemot behandlingen. Den mildaste formen är *övertalning*, då en diskussion förs med patienten om behandlingens olika för- och nackdelar. Även om behandlaren argumenterar för en viss behandling, lyssnar denne på och respekterar patientens argument. Den andra formen är *utnyttjande av den personliga relationen* som finns mellan behandlaren och patienten. Den bygger på att patienten har ett känslomässigt beroende till den aktuella behandlaren och därmed kan vara villig att uppfylla dennes önskemål. Den tredje formen är *belöning*. Behandlaren kan antyda att patienten kommer att få extra stöd eller tjänster om denne samtycker till att delta i den föreslagna behandlingen. Den fjärde formen är *hot*, där behandlaren kan antyda att tjänster och stöd kan komma att dras in eller att användningen av tvångsvård ska övervägas om patienten inte följer behandlingen. Den femte formen är *formellt tvång* som i Sverige beslutas om med stöd av LPT eller LRV.

Tidigare studier har identifierat stora skillnader mellan länder i Europa när det gäller den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen samt en stor variation i tillämpningen och omfattningen av formell tvångsvård (Salize & Dressing 2004; Kallert et al. 2005; Kallert & Torres-González 2006; Sheridan Rains et al. 2019), men det finns endast en större internationell jämförande studie av informellt tvång (Valenti et al. 2015). Studien genomfördes i tio länder, däribland Sverige, och visade att personalen ansåg att det var effektivt att använda sig av informellt tvång men att de samtidigt beskrev att användningen var problematisk (Valenti et al. 2015). Den här artikeln bygger på det svenska empiriska materialet från ovanstående studie.

Syftet med studien var att beskriva hur psykiatrisk personal i Sverige reflekterar över formerna för, och användningen av, informellt tvång i psykiatri. Mer specifika frågeställningar var om personalen kunde bekräfta de av Szmukler och Appelbaum identifierade formerna av tvång, om de därutöver kände till användning av andra former av informellt tvång samt hur de resonerade kring användningen av samtliga tvångsformer.

Metod

Design och forskningsetik

Vi använde fokusgruppsintervjuer som metod eftersom syftet var att skapa ett reflekterande samtal bland behandlare om informellt tvång mot patienter i psykiatri. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Den här studien är en separat analys av det svenska materialet från en internationell studie som genomfördes i tio länder (Valenti et al. 2015). Studien hade ett studieprotokoll med instruktioner för till exempel urval av kliniker och deltagare samt intervjuguide och instruktioner för hur fokusgrupper skulle genomföras.

Urval

Ett riktat urval användes med avseende på medverkande institutioner och deltagarnas yrken, vilka enligt det internationella studieprotokollet skulle vara psykiatriska kuratorer, sjuksköterskor och läkare. Tre fokusgrupper från allmänpsykiatriska kliniker och en fjärde från en rättspsykiatrisk klinik, belägna på tre olika orter i två län, inkluderades. Deltagare rekryterades både från öppen- och slutenvården. I varje fokusgrupp deltog 5 personer. Sammanlagt ingick 20 personer i studien, 13 kvinnor och 7 män, och av dem var 9 kuratorer, 7 sjuksköterskor och 4 läkare. 4 personer hade 1–5 års erfarenhet av psykiatri, medan resterande 16 personer hade mer än sex års erfarenhet, varav 5 hade över 30 år.

Fokusgruppsintervjuer

Fokusgruppen hade en handledare och en observatör. Deltagarna fick inledningsvis information om studiens upplägg. De fick veta att det var frivilligt att delta och att de när som helst hade rätt att avsluta sin medverkan. Vi följde en intervjuguide och inledde med att presentera de fem formerna av tvång enligt Szmukler och Appelbaum (2008). En diskussion om dessa och andra sätt att utöva påtryckningar på patienter efterfrågades. Efter diskussionen presenterades två vinjetter som vardera innehöll en kort berättelse om en patient med svår psykisk sjukdom. Den första patienten var en 30-årig kvinna med bipolär sjukdom som hade haft ett antal inläggningar på sjukhus under de senaste åren. Mellan slutenvårdsepisoderna hade hon mått bra så länge hon accepterat medicinering och stöd från personal. Den andra patienten var en 40-årig man med kronisk schizofreni som bodde i en egen lägenhet, var socialt isolerad och hade en tendens till att försumma sig själv. Han hörde röster och trodde att grannar spionerade på honom. Efter att patientens problematik beskrivits, beskrevs hur respektive patient stegvis blev sämre i sitt psykiska mående eftersom hen vägrade ta sin medicin. Den behandlande personalen i vinjetten använde sig först av övertalning, och därefter utnyttjade de den personliga relationen, belöning, hot och till sist formellt tvång. Syftet var att få till ett reflekterande samtal för att identifiera vilka former av tvång som deltagarna kunde anse som acceptabla samt hur de i så fall var lämpliga att använda. Samtliga fokusgrupper spelades in som ljudfil och transkriberades av observatören.

Analys

Kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004) användes för att söka efter intervjutext som på något sätt beskrev händelser med, eller reflektioner kring, tvång mot patienter. Meningsenheterna plockades ut från intervjutexterna och kodades i NVivo. Först sökte vi efter de fem former av tvång som Szmukler och Appelbaum (2008) identifierat vid psykiatrisk behandling, vilket gjordes med en deduktiv ansats (Hsieh & Shannon 2005). Eftersom det finns forskning som tyder på att psykiatrin generellt kan ses som en tvångskontext, ville vi därutöver också identifiera eventuella andra former av tvång som personal uppfattade att psykiatris patienter utsattes för. De nya formerna av tvång och de reflektioner som inte kunde identifieras som att de tillhörde en specifik form av tvång analyserades med induktiv ansats (Hsieh & Shannon 2005). Även i det här fallet kodades materialet för att därefter skapa kategorier vars antal minimerades efter hand. När den slutliga tolkningen gjordes, valdes kategorier och subkategorier som i det närmaste kunde beskriva materialet i sin helhet. Den ursprungliga texten var tillgänglig under hela analysen för att vi skulle kunna pendla mellan helheten och delarna i texten.

Resultat

I materialet finns reflektioner om olika former av tvång och mer generella reflektioner om användningen av tvång, eftersom vi efterlyste ett samtal om det. I intervjuguiden fanns inga uttalade frågor om tvång från andra intressenter, men tankar om det kom upp i samtalen. De generella reflektionerna i fokusgrupperna handlade i huvudsak om att ha en professionell attityd till att hantera och förebygga tvång. Utifrån detta har vi valt att presentera deltagarnas berättelser och reflektioner under tre kategorier: 1) former av tvång i psykiatri, 2) tvång från andra intressenter samt 3) professionalitet och tvång (tabell 1).

Tabell 1. Kategorier och subkategorier som konstruerades i analysen.

Kategori	Subkategorier	
	Deduktiv analys utifrån Szmukler och Appelbaum	Induktiv analys
Former av tvång i psykiatri	Övertalning Utnyttjande av den personliga relationen Belöning Hot Formellt tvång	Att lura patienten Uppfostrande attityd Användning av regler och rutiner
Tvång från andra intressenter		Anhöriga Andra myndigheter
Professionalitet och tvång		Betydelsen av personalens förhållningssätt Tydlig kommunikation Individanpassad vård Samarbete och samverkan

Former av tvång i psykiatri

Nedan presenteras deltagarnas resonemang kring de fem former av tvång som Szmukler och Appelbaum (2008) identifierat.

Övertalning

Några av deltagarna hade svårt att acceptera att övertalning skulle kunna ses som informellt tvång. Olika former av övertalning beskrevs som vanligt förekommande och användes enligt vissa deltagare i nästan varje patientsamtal.

Jag tänker om en patient som är på HSL vill ut, som inte får komma ut. Är det inte där man börjar, att man försöker liksom förklara och övertala att det är bäst att ...

Deltagarna beskrev övertalning som ett tillfälle när de gav patienten information om vilka alternativ som fanns och när de försökte motivera till behandling, ibland med tekniken motiverande samtal. De gav också information om vilka konsekvenser som kunde uppstå om patienten inte accepterade behandlingen. Vissa deltagare påpekade vikten av att förklara tydligt på en nivå som patienten förstår och att vara övertygande.

Övertalning beskrevs även som att det kan vara ett erbjudande som ges till patienten eller en förhandling, men att det också kan riskera att bli en påtryckning mot patienten. När det gäller ambivalenta patienter kunde personalen lirka med dem för att få dem följsamma. Patienten kan vid övertalning få ett val, till exempel vid medicindelning om hen vill ha en tablett eller en spruta, för att hen ska få känna sig delaktig. Alternativet att inte ta medicinen presenteras då inte. Patienter som hade varit länge i psykiatri kunde redan i övertalningssituationen förstå att de inte hade något reellt val.

Jag har varit med om patienter som lägger upp skinkan och säger: "Jag vet vart ni vill komma. Jag vill inte ha sprutan, men kör då så slipper vi den här kvarten, tjugo minuterna." De vet ändå att det är där vi kommer att hamna och det är nästan ännu mer tragiskt för då har de blivit kvästa av vården gång på gång. De har resignerat lite grann.

Utnyttjande av den personliga relationen

Många av deltagarna beskrev att en personal som kände en patient väl och hade en god relation lättare kunde utöva påverkan. Vissa kunde använda sin relation till patienten genom att säga "jag blir orolig för dig". De kunde påpeka för patienten att eftersom de känt varandra lång tid så kände de som personal igen patientens symtom och kunde förutsäga en negativ utveckling om patienten inte tog sin medicin. De kunde även ta upp att de hade kännedom om patientens familj eller närstående och att beslut som patienten tar om sin behandling kommer att påverka även dessa relationer.

Inställningen till om den personliga relationen skulle användas i en övertalningsprocess skilde sig mellan de olika deltagarna. Vissa menade att det är fel att använda sig av den personliga relationen medan andra menade att de nästan alltid använde sig av den, eftersom de hade fått ett förtroende från patienten och att de hade en allians.

Alltså informellt tvång ligger väl lite i just det här du säger när man anspelar på någon slags vårdande relation. Det ligger ju i ett motiveringsarbete att göra sådär. Det är ju någonting som i grunden är ganska bra, tänker jag. Att man försöker motivera till vad man nu vill göra.

Att olika behandlare hade olika nära relation med olika patienter kunde vara användbart även i det praktiska arbetet med en patient. Deltagarna beskrev att det ibland kunde vara lättare för en personal som kände till patienten att få hen att ta emot sin medicin. Vissa patienter kunde vara misstänksamma mot någon i personalgruppen och då kunde det gå lättare om en annan personal tog hand om patienten.

Belöning

Deltagare menade att personalen kunde erbjuda patienten någon slags belöning om denne gick med på det föreslagna erbjudandet, som oftast handlade om mediciner. Belöningen kunde röra sig om att få en extra cigarett, kaffe eller en promenad. Deltagarna kunde inte se några större problem med sådana mer symboliska belöningar som inte påverkar stödet eller behandlingen som patienten har rätt till. Att använda stöd eller behandling som en belöning sågs däremot som väldigt problematiskt.

Det var viktigt för personalen att informellt tvång, främst avseende belöning och utnyttjande av den personliga relationen, inte uppfattades som utpressning. Nedan finns ett citat ur en diskussion om huruvida man ska hjälpa patienten att få stöd från socialtjänsten att köpa en tv som en belöning för följsamhet.

Personal 1: Det är liksom hans rättighet på något sätt att ha en tv. Nej, det vet inte jag. På det sättet skulle inte jag ha använt det.

Personal 2: Ja, alltså det känns mer som utpressning, ren faktisk utpressning.

Hot

Om patienten inte efter övertalning gick med på ett förslag från personalen kunde det vara så att personalen övergick till att hota patienten. Hoten kunde handla om att ringa efter läkaren, att få en injektion med tvång eller att bli tvångsinlagd.

Tar du inte medicinen måste jag ringa till doktorn, och imorgon så har du permission och då vet vi inte vad som händer med den.

Deltagarna diskuterade gränsen mellan att ge information och att hota. De var medvetna om att det förekom dolda hot i patientarbetet, men det framkom olika syn på hur det påverkar patienterna. Flera deltagare beskrev att användandet av hot resul-

terade i att patienter blev besvikna, och att hot kunde upplevas som skrämmande och negativt. En deltagare däremot beskrev att patienten sällan uppfattar det informella tvånget som ett tvång, utan mer som att man får olika förslag.

Öppen tvångsvård ansågs problematiskt av vissa deltagare. Om patienten inte var följsam till behandlingen fanns inga andra alternativ än att hota med en tvångsinläggning.

Formellt tvång

Deltagarna diskuterade gränsen mellan informellt och formellt tvång. Uppfattningarna om när informellt tvång var berättigat att använda innan formellt tvång tillgreps skilde sig åt mellan deltagarna. Några hävdade att personalen in i det sista ska försöka att övertyga patienten att själv gå med på de föreslagna åtgärderna, eftersom det var skonsammare, gav patienten ett val och någon sorts delaktighet.

Att ge patienten ett val fast det egentligen inte är ett val. Det handlar om att tillsynas ge patienten ett redskap så att säga, en påverkansmöjlighet. "Vill du ha sprutan i höger eller vänster skinka." Det är helt irrelevant egentligen vilken skinka sprutan sitter i, men jag inbillar mig ibland i alla fall att det kan få den som blir utsatt för tvång att få någon form av delaktighet i det hela.

Andra hade motsatt uppfattning, det vill säga att det i vissa fall var bättre att genomföra en tvångsåtgärd relativt tidigt i processen. Om man använder informellt tvång kan det bli långdraget och patienten kan bli mer upprörd och kränkt än nödvändigt. De menade att det var tydligare och ärligare gentemot patienten att använda formellt tvång. Några deltagare menade att det ibland kan vara så att patienten ges ett val som är ett icke-val för att behandlaren ska känna sig lite bättre själv. Vissa resonerade att patienter kunde känna sig besvikna och manipulerade genom att de hade gått med på en behandling som de egentligen inte ville ta emot. Andra menade att informellt tvång ibland kunde förvärra situationen genom att stressa upp patienten.

I den induktiva analysen framkom tre ytterligare former av informellt tvång som personalen rapporterade om: 1) att lura patienten, 2) att ha en uppfostrande attityd samt 3) att använda regler och rutiner.

Att lura patienten

Frågan om att lura i patienter medicin som de inte ville ha diskuterades. Deltagarna menade att det var fel att ge patienten medicin utan att denne var medveten om det, men trots det så hade en personal gjort det. På frågan om det var acceptabelt att lura patienter var svaret:

Jag vill säga nej, men likt förbannat så la jag ju den där jävla tabletten på mackan, så nej ah. Då är det väl okej då?

Deltagarna menade att personal i de här fallen hellre borde använda en formell tvångsåtgärd eftersom det finns att tillgå, vilket inte är möjligt inom de flesta andra sektorer av vården.

Uppfostrande attityd

Deltagarna beskrev situationer då de tenderade att ha en uppfostrande attityd gentemot patienterna. Exempel på uppfostrande åtgärder var till exempel att inte spara någon mat till patienten om hen kom för sent till middagen eller att de inte fick äta i matsalen om de luktade illa.

Vi ramlar lätt in i att vara uppfostrande och tror att det är barn vi arbetar med. Vi lägger våra värderingar på hur livet ska se ut.

Personalen beskrev att de ibland får förklara för patienter att de måste leva upp till vissa normer och regler i samhället. Två av kraven som nämndes var att man måste betala sin hyra och kunna bete sig korrekt mot sin arbetsgivare.

Patienten var så väldigt arg på sin arbetsgivare och sa att vid det här mötet så skulle den minsann läxa upp sin chef. Då fick jag ju säga till den här patienten: "Nej, du kan inte bete dig så här på det här mötet, för att då kanske du förlorar ditt jobb. Förlorar du ditt jobb så blir det ännu svårare för dig att hitta ett annat jobb." Där fick jag verkligen gå in så att den personen skärpte till sig på det här mötet.

Personal fortsätter att stödja patienter även när de inte sköter sig i samhället men kan informera dem om att de kanske inte alltid kommer att lyckas med att "rädda patienten".

Användning av regler och rutiner

Personal beskrev hur formella och informella regler på avdelningen skapade tvång för patienter. Något som deltagarna ofta återkom till i samtalen var det system med vårdgrader som fanns för patienter som var inlagda inom slutenvården. Det kunde innebära att patienten inte fick lämna avdelningen utan godkännande av läkaren, även om patienten var inlagd frivilligt enligt HSL. Att miljön på avdelningen var densamma oavsett om patienterna var inskriva frivilligt eller under tvångsvård belystes också av deltagarna. En del patienter måste leva med låsta dörrar och kontroll trots att de egentligen är vårdade frivilligt.

Det är ganska mycket vi säger åt dem. Du får inte dricka kaffe när du vill, du får inte röka när du vill, du får inte ha på dig de kläder som du vill. Hos oss gäller det både HSL- och LPT-patienter. Det om någonting är väl informellt tvång, att de som inte ens ska möta tvång gör det i alla fall i stor utsträckning.

Personal beskrev också att de kunde kräva att patienten lämnar urin- eller blodprov för att bli erbjudna kontakt på mottagningen eller medicinering.

Tvång från andra intressenter

Anhöriga

En del patienter hade enligt deltagarna inte anhöriga som kunde stödja dem. När det finns aktiva anhöriga kan de påverka processen genom att läkare och andra tar hänsyn till deras oro. Anhöriga kunde också hota patienten med att inte vilja ha med dem att göra om de inte tog emot den erbjudna behandlingen.

Hotet det är ju inte bara hot från oss, våra åtgärder, utan många gånger är det hot från anhöriga. "Lägger inte du in dig, tar du inte emot medicinen nu då tar vi vår hand ifrån dig." De är bland de hårdaste hoten som egentligen finns, att de bli... De är redan ensamma och ska de då förlora den som betyder mest för dem.

Deltagare kunde också använda sig av det faktum att patienten har anhöriga, till exempel vid suicidrisk, men de ville göra det på ett sätt som inte la skuld på patienten.

Andra myndigheter

Ibland rapporterades andra myndigheter utöva tvång mot psykiatrins patienter. Socialtjänsten eller en annan myndighet kan kräva att patienten genomgår en viss behandling i rehabiliteringssyfte för att få bidrag. Det uttrycktes vara svårt för personalen att behandla patienter under dessa omständigheter eftersom det riskerar att minska patientens motivation. Patienten kan då utebli från möten eller inte vara följsam mot medicineringen, men komma tillräckligt ofta till behandlingsmöten för att få fortsatt bidrag. Risken att bli av med sin sjukersättning kan också förhindra patienten i sin återhämtning.

Jag har hanterat den ibland genom att säga: "Jag kommer inte att skvallra om du mår bättre. Det vill säga att jag kommer inte att tala om för doktorn, utanför det här rummet, om du mår bättre. Utan det får du göra själv. Det får du hantera som du vill. Vill du gå till doktorn och lura den att fortsätta att sjukskriva dig, så är det din sak." Det där är ett dilemma som man har som terapeut.

Det fanns dock fall där deltagare menade att de måste kommunicera med andra myndigheter. Det kunde även vara så att de informerade patienten om att de ska anmäla till socialtjänsten att patienten inte vill genomgå sin behandling, att de ska söka förvaltare åt patienten eller göra en orosanmälan eftersom patienten som vårdnadshavare var alltför sjuk för att ta hand om sina barn. Dessa slags kontakter kan av patienten uppfattas som ett hot om kommande tvång och inte som ett stöd. Det fanns också tillfällen då deltagare uppfattade det som att andra myndigheters personal hotade med psykiatri.

Professionalitet och tvång

Betydelsen av personalens förhållningssätt

Betydelsen av personalens förhållningssätt till patienter diskuterades av deltagarna i fokusgrupperna. Det har betydelse hur personalen betar sig eftersom patienterna ofta läser av personalen. Deltagare menade att förhållningssättet man har gentemot patienten är viktigt i vardagliga möten. Man bör kunna sitta bredvid, prata med och försöka närma sig patienten. Speciellt avgörande ansågs förhållningssättet vara vid informellt eller formellt tvång. Deltagarna menade att övertalning, belöning eller hot, när det gjordes på rätt sätt, kan vara olika sätt att underlätta för och motivera patienten. Patienten kan då förstå varför vissa åtgärder behövs eller få hjälp att göra val utifrån de realistiska alternativ som finns. Däremot ansågs att det gäller att vara försiktig när man använder informellt tvång. Personal ska undvika att bete sig på ett sätt så att patienten känner sig utpressad i vårdsituationen. Det uppgavs dock finnas situationer där personal inte var lika försiktig med informellt tvång. De kunde i vissa situationer välja att vara många personal för att få en patient att anpassa sig till personalens vilja, vilket oftast fungerade, men en deltagare beskrev ett fall där patienten blev livrädd och därför väldigt våldsam.

Flera deltagare efterlyste bättre utbildad personal, vilket också skulle kunna höja kvaliteten i vården och i hanteringen av tvångsåtgärder. Även starka känslomässiga reaktioner från personalen diskuterades i en fokusgrupp, där deltagarna ansåg att det måste få vara tillåtet för personal att bli arg ibland och att det kunde vara bra gentemot vissa patienter. Samtidigt undrade de om det var professionellt att göra så.

Det är klart att man måste få bli förbannad ibland. Jag kan känna ibland och ge uttryck för en ilska. När man har jobbat med en patient under lång tid och så sitter han och suicidhotar. Vad fan, jag menar: "Här lägger jag och vården ner massa tid på dig och så sitter du här och säger att du ska gå hem och ta livet av dig, vad fan är det för någonting?" Sådana tuffa situationer kan det bli. Många av våra patienter behöver de hårda interventionerna för att de är så empatistörda en del av dem.

Tydlig kommunikation

Att ge tydlig information var en annan faktor som återkom i deltagarnas diskussioner. Deltagare diskuterade om var skiljelinjen går mellan hot och information.

Visst är det ett hot, men det är också en tydlighet från vårdens sida. Vi tror inte att det här kommer att fungera. Vi kan se det som har varit, att det har inte fungerat. Så vi kan inte längre på allvar tro att det här kommer att fungera nästa gång heller. Vi är inte villiga att ge dig en chans till att få säga nej.

De ansåg att hur man lyckas förklara konsekvenser av de val som patienten hade att välja mellan kunde uppfattas som hot om personalen inte kommunicerade konsekvenserna på ett bra sätt. Tydlig i kommunikationen kunde också handla om att i god tid förvarna patienten om behovet att ta kontakt med socialtjänst eller andra myndigheter, göra en vårdplan för patienten eller att skriva kontrakt med patienten om hur behandlingen ska se ut när denne insjuknar igen.

Deltagarna menade att brist på information och delaktighet kan göra att patienten upplever mer tvång än vad som är nödvändigt. På en enhet hade man erfarenheten att om patienten var väl informerad om regelverket så resulterade det i att informellt tvång användes mer sällan.

Individanpassad vård

Det fanns deltagare som menade att om vården blev mer individanpassad skulle behovet av tvång minska och det informella tvånget mot patienten skulle då användas på ett bättre sätt. För att förebygga informellt tvång behöver personalen ha en förmåga att se tidiga tecken på insjuknande och möta upp patienten på rätt nivå. Det uppgavs redan finnas en individanpassning i mötet med patienter, där till exempel hur patienten betett sig tidigare kan påverka vilket slags tvång som används. Avdelningsrutiner gör däremot att vården blir mindre individanpassad.

PIVA¹-vården är anpassad efter de 20 procent som mår allra sämst. De resterande 80 procent får dras med i det där. Man skjuter med hagelbössan lite grann, man träffar stort. Det där kan jag tycka att vi skulle behöva jobba med, att individanpassa vården. Att veta var vi har våra patienter sett till risk för hot och våld, risk för suicid. För att individanpassa bättre. Skulle vi göra det så tror jag att mycket av det tvång som spiller över på HSL-patienterna skulle minska.

1 Psykiatrisk intensivvårdsavdelning.

Det framkom även en vilja att förstå patienternas tankar om varför de inte vill ta sina mediciner, för att därigenom få veta om eventuella biverkningar. Flera deltagare poängterade hur viktigt det är att prata med patienten efter konfliktfyllda möten för att ta reda på hur patienten hade upplevt situationen, eftersom det är väldigt individuellt hur en patient upplever formellt och informellt tvång. Deltagarna menade att de borde bli bättre på denna uppföljning.

Samarbete och samverkan

Att samverka i personalgruppen och över organisationsgränser nämndes som en faktor för att förebygga tvång. Att arbeta tillsammans med och stödja personal på kommunala boenden skulle kunna motverka inläggningar i slutenvård. Sedan behöver patienter också förstå vilka krav andra myndigheter ställer.

Det kanske är bättre om man tar det här samtalet långt innan. Att man förklarar att om det skulle vara så att vi får en oro för barnen, då har vi anmälningsskyldighet. Att man tar det innan det har gått så långt. Så att hon också är införstådd med det, tänker jag. Så att det inte framställs som ett hot, utan i stället mer som en hjälp man kan få via socialtjänsten.

Att personalen i psykiatrin sinsemellan var överens togs också upp av deltagarna som viktigt. Flera deltagare efterlyste diskussioner om hur man använder informellt tvång eftersom det är vanligt förekommande i psykiatrin, och för att personalgruppen bör hantera informellt tvång på ett likartat sätt.

Diskussion

Deltagarna i fokusgrupperna beskrev användandet av informellt tvång som vanligt förekommande, enligt vissa i princip under samtliga patientmöten. Samtidigt fanns det en tveksamhet till att använda sig av informellt tvång. Det rättfärdigades ofta, liksom i en norsk studie (Wynn 2003), genom argumentet "för patientens bästa" och kunde användas när en formell tvångsåtgärd ansågs vara orimlig, olämplig eller riskerade skada patienten mer än informellt tvång.

Resultaten från den deduktiva analysen bekräftar Szmukler och Appelbaums (2008) hierarkiska kategorisering av tvång. Deltagarna uttryckte att informellt tvång kunde ses som en steg med olika former och grader av tvång, och ibland kunde flera olika former användas i samma patientmöte. Det började oftast med övertalning, där personalen inledningsvis förklarade och gav information om vilka alternativ som fanns för patienten, vilket sedan ofta övergick i övertalning eller i att använda den personliga relationen. I akuta situationer kunde det inträffa att personalen inte

använde en stegvis metod utan gick direkt till att informera om att en viss åtgärd måste vidtas och därefter verkställde en tvångsåtgärd om inte patienten accepterade behandlingen.

Szcmukler och Appelbaums (2008) former av tvång är fokuserade på patientens följsamhet till behandlingen. Vi fann i den induktiva analysen därutöver även tre andra former av tvång: 1) att lura patienten, 2) att använda regler och rutiner samt 3) att ha en uppfostrande attityd. Vår tolkning är att de här formerna inte täcks in av Szcmukler och Appelbaums hierarki. Att lura patienten eller ha en uppfostrande attityd, att behandla patienterna som barn, kan ses som en informell tvångsåtgärd, då förfarandet avser att få patienten att göra något som hen inte önskar. När det gäller att använda regler och rutiner reflekterade flera, trots att vi inte hade direkta frågor om organisationen, över hur det finns ett strukturellt tvång mot patienter i psykiatrin. Dessa tre former som vi fann var inte enbart vara relaterade till patientens följsamhet till behandling utan handlade ofta lika mycket om en allmän disciplinering till institutionsmiljön. Det gör att personalen i sina berättelser fokuserade mer på det organisatoriska tvånget än vad Szcmukler och Appelbaum gör i sina fem kategorier av informellt tvång.

Andra myndigheter, som vi inte heller frågade efter, rapporterades kunna koppla försörjningen till att delta i behandling, vilket flera deltagare menade var problematiskt. Det ansågs alltså inte enbart vara psykiatrin som står för det informella tvånget. Det är inte unikt för Sverige (Monahan 2011), men deltagarna i vår studie betonade att behandling eller stöd inte får användas som belöning. Däremot uppgavs tvång om provtagning förekomma för att få vård när det gäller till exempel missbruk, eftersom deltagarna såg det som en nödvändig del i vårdförloppet.

I den internationella studien (Valenti et al. 2015), där den här studien ingår, var resultatet att familjen i de latinska länderna var viktigare i vårdprocessen än i Nordeuropa och Nordamerika. Även i det svenska materialet kunde dock deltagarna i studien använda sig av det faktum att patienten hade familj och hänvisa till att goda behandlingsresultat gynnade patientens relation till familjen. Deltagarna var måna om att patienten skulle lyckas upprätthålla sina sociala kontakter och sitt arbete om de hade en anställning.

Synen på att använda tvång varierade stort mellan deltagarna i studien. Dels handlade det om hur känsliga deltagarna ansåg att patienterna var för informellt tvång. Några deltagare trodde att patienter uppfattade informellt tvång som förslag, medan andra trodde att informellt tvång gjorde patienter besvikna och kunde skada deras relation till patienten. Dels fanns det stora skillnader avseende hur olika personal uppfattade användningen av olika former av tvång. Variansrikedomen var störst när det gällde när och i vilken omfattning personal borde använda sig av den personliga relationen och hur snabbt det var berättigat att använda formellt tvång. I det senare

fallet var konflikten mellan å ena sidan att det var ärligare att direkt säga att en åtgärd var nödvändig och använda formellt tvång om patienten vägrade, och å andra sidan att det var skonsammare för patienten om personalen använde informellt tvång. I en studie i Norge (Molewijk et al. 2017) fann man också stora skillnader mellan personalens syn på att använda formellt tvång. Ungefär hälften av personalen gjorde aldrig eller sällan moraliska reflektioner om att använda tvång, medan den andra halvan kunde göra sådana reflektioner ibland.

I en studie av Lützén (1998) såg personalen inte några större problem med att använda informellt tvång. Våra resultat visar på en större samstämmighet om att vara försiktig med informellt tvång för att patienten inte ska uppfatta personalens betende som utpressning. Därför ska till exempel en belöning vara symbolisk, i form av cigarett, kaffe eller promenad. Att använda behandling eller stöd som belöning, eller hota med att inte ge behandling eller stöd, sågs som utpressning och oetiskt. Att möta patienten på ett positivt sätt och informera patienten om varför personalen väljer att göra på ett visst sätt minskar känslan av tvång enligt deltagarna i vår studie. Det finns annan forskning som stödjer en sådan tankegång: att patienter kan uppfatta även formellt tvång som något gott om de är medvetna om att det görs för att skydda dem själva eller någon annan (Lorem, Hem & Molewijk 2015).

Det finns några svagheter i den här studien. Två av dem uppkom eftersom vi följde det internationella protokollet för studien. Det första var att urvalet av personal utelöst skötare vilka spenderar mest tid med patienter. Det andra var att frågeformuläret var relativt styrande vilket man brukar undvika vid fokusgruppsintervjuer. Detta är en liten studie och därför behöver fler studier om informellt tvång, dess former och hur det uppfattas av olika intressenter göras för att förstå informellt tvång i den svenska kontexten. I fortsatta studier bör man inte enbart fokusera på följsamhet till behandling, som vi gjorde i den här studien, utan också fråga om informellt tvång som en åtgärd för att disciplinera patienten till avdelningens regler och om tvånget som utövas av andra intressenter.

Deltagarnas reflektioner handlade ofta om värderingar och "vad som är gott" för patienten på ett implicit sätt. I en tidigare studie framkom att personal i psykiatri inte förefaller vara vana att diskutera utifrån etiska aspekter utan utgår från kliniska och juridiska utgångspunkter när det gäller det svåra mötet med patienter (Peltö-Piri, Engström & Engström 2014). Det är inte konstigt eftersom även många som arbetar med etikfrågor inte alltid anser att dessa frågeställningar, som vi kan kalla för "vardagsetik", är verkliga etiska frågeställningar (Hem, Molewijk & Pedersen 2014). Att inte se användandet av informellt tvång ur ett etiskt perspektiv utan enbart från ett juridiskt kan leda till, som vissa deltagare argumenterade för, att man snabbare använder formellt tvång. Att lösa problem kring informellt tvång juridiskt, med formellt tvång, kan leda till en avhumaniserad psykiatri där kommunikation med patienten

bortprioriteras. Det behöver klargöras om olika handlingsförslag verkligen handlar om att möta patienters behov eller enbart att lösa ett problem som personalen behöver hantera (Ejneborn Looi et al. 2014). Att betrakta psykiatrin som en unik moralisk praktik (Hem et al. 2018) innebär att det är viktigt att i personalgrupper skapa utrymme för etiska samtal om svåra vardagssituationer i vården.

Övrig medverkan och finansiering

Tack till Emanuele Valenti, European University of Madrid, och Stefan Priebe, Queen Mary University of London, som designade den internationella studien, samt Anna Rosén, som var bisittare vid intervjuer och skrev ut dem. Studien finansierades av Region Örebro län.

Referenser

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013) *The principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Chow, W. S. & Priebe, S. (2013) Understanding psychiatric institutionalization. A conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13: 169.
- Ejneborn Looi, G. M., Gabrielsson, S., Sävenstedt, S. & Zingmark, K. (2014) Solving the staff's problem or meeting the patients' need. Staff members' reasoning about choice of action in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(6): 470–479.
- Foucault, M. (2010) *Vansinnets historia under den klassiska epoken (Histoire de la folie à l'âge classique)*. Lund: Arkiv förlag/A-Z förlag.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research. Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2): 105–112.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2018) *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. 6 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2018) Ethical challenges when using coercion in mental healthcare. A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1): 92–110.
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2014) Ethical challenges in connection with the use of coercion. A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15: 82.
- Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016) Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment. A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7: 197.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9): 1277–1288.
- Kallert, T. W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-González, F., Priebe, S. & Kjellin, L. (2005) The EUNOMIA project on coercion in psychiatry. Study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4(3): 168–172.
- Kallert, T. W. & Torres-González, F. (red.) (2006) *Legislation on coercive mental health care in Europe*.

- Legal documents and comparative assessment of twelve European countries.* Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Katsakou, C., Marougka, S., Garabette, J., Rost, F., Yeeles K. & Priebe, S. (2011) Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Research*, 187(1–2): 275–282.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2007) Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment. Review of qualitative studies. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 16(2): 172–178.
- Kjellin, L., Andersson, K., Bartholdson, E., Candefjord, I. L., Holmstrom, H., Jacobsson, L., Sandlund, M., Wallsten, T. & Östman, M. (2004) Coercion in psychiatric care. Patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(2): 153–159.
- Kjellin, L. & Peltö-Piri, V. (2014) Community treatment orders in a Swedish county – applied as intended? *BMC Research Notes*, 7: 879.
- Kjellin, L., Thorsen, H., Bäckström, J., Wadefjord, A. & Engström, I. (2013) Etik och moralisk stress diskuteras sällan inom psykiatrin. Olika syn på etiska problem bland verksamhetschefer och personal, visar enkät. *Läkartidningen* 110(4): 150–153.
- Lindqvist, R., Meeuwisse, A. & Sunesson, S. (2010) Psykiatrins förändrade former. I: T. Goldberg (red.) *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Loem, G. F., Hem, M. H. & Molewijk, B. (2015) Good coercion. Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(3): 231–240.
- Lützen, K. (1998) Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(2): 101–107.
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017) Staff's normative attitudes towards coercion. The role of moral doubt and professional context. A cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1): 37.
- Monahan, J. (2011) Mandated psychiatric treatment in the community. Forms, prevalence, outcomes and controversies. I: T. W. Kallert, J. E. Mezzich & J. Monahan (red) (2011) *Coercive treatment in psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Norvoll, R. (2007) *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling. Oslo: Universitetet Oslo.
- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K. & Feeney, L. (2014) Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research* 215(1): 120–126.
- Peele, R. & Chodoff, P. (2009) Involuntary hospitalization and deinstitutionalization. I: T. Hope, J. McMillan & L. Van Der Scheer (red.) *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 211–228.
- Peltö-Piri, V., Engström, K. & Engström, I. (2014) Staffs' perceptions of the ethical landscape in psychiatric inpatient care. A qualitative content analysis of ethical diaries. *Clinical Ethics*, 9(1): 45–52.
- Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of community treatment orders. The International evidence. Efficacité des ordonnances de traitement en milieu Communautaire. Les données probantes internationales. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1): 15–24.
- Salize, H. J. & Dressing, H. (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184: 163–168
- SFS 2017:30. *Hälsa- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019) Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks. An international comparative study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(5): 403–417.
- Sisti, D. A., Segal, A. G. & Emanuel, E. J. (2015) Improving long-term psychiatric care. Bring back the asylum. *JAMA*, 313(3): 243–244.
- Sjöström, S. (2006) Invocation of coercion context in compliance communication. Power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1): 36–47.
- Socialdepartementet (2007) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*. (Regeringens proposition 2007/08:70). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2009) *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf] Hämtat: 2018-04-05].
- Szmukler, G. (2015) Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*, 14 (3): 259–261.
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. (2008) Treatment pressures, leverage, coercion and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health* 17(3): 233–244.
- Uppdrag psykisk hälsa (2018a) *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning 2017*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. [<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/05/Psykiatrin-i-siffror-2017-BUP.pdf>] Hämtat: 2020-06-02].
- Uppdrag psykisk hälsa (2018b) *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatrin – Kartläggning 2017*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. [<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/05/Psykiatrin-i-siffror-2017-Vuxenpsykiatri-1.pdf>] Hämtat: 2020-06-02].
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo Barba, A., Bensimon, C., Fritsch, R., Hoffmann, K-A., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Marquez Mendoza, O., Mundt, A. P., Rugkåsa, J., Tubini, J. & Priebe, S. (2015) Informal coercion in psychiatry. A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8): 1297–1308.
- Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12): 832–836.
- Wallsten, T. & Kjellin, L. (2004) Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment. A comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry*, 19(8): 464–468.
- Wallsten, T., Kjellin, L. & Lindström, L. (2006) Short-term outcome of inpatient psychiatric care. Impact of coercion and treatment characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12): 975–980.
- WMA *International code of medical ethics* (1949, first adopted). [<https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>] Hämtat: 2018-01-17]
- Wynn, R. (2003) Staff's choice of formal and informal coercive interventions in psychiatric emergencies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(2): 157–164.
- Zetterberg, L. (2018) *Tvångsvård i frihet. Tillkomst, implementering och rättstillämpning av öppen psykiatrisk tvångsvård*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.

Anna Siverskog & Håkan Jönson

Vart är äldreomsorgen på väg?

Argument för och emot förenklad biståndshandläggning

Where is Swedish eldercare headed? Arguments for and against simplified needs assessment processes

Many Swedish municipalities approve home-care services for persons above a particular age without individual need assessment (FBH) and following a change in the Social Services Act 2018, this policy is likely to increase. How can this development be understood in relation to larger trends within Swedish eldercare policy and practice? This article, based on an interview study with 50 representatives of municipal social services, aims to explore arguments for and against FBH, and how these arguments represent differences in views on eldercare. Toulmin's model of argumentation was used to sort data and Bacchi's "What's the problem represented to be" approach was used to relate findings to the development of eldercare. A striking finding was that arguments for and against FBH in several cases were based on the same warrants: user participation, independence and efficient use of resources. FBH was however also presented as a means to base services on trust, and to avoid the intrusive and blunt character of needs assessments. Arguments against FBH suggested that evaluated needs rather than age should be the foundation of services. A conclusion of the study is that FBH introduces a partly new concept of needs that is based on self-evaluation of older persons. This development could in one sense be regarded as empowering, but in another sense as part of the ongoing marketization of eldercare, where services are defined as commodities.

Anna Siverskog är fil. dr i äldre och åldrande och universitetslektor i socialt arbete, Hälsohögskolan i Jönköping.

Håkan Jönson är professor i socialt arbete, Lunds universitet.

Kontakt: anna.siverskog@ju.se

Inledning

Den här artikeln bygger på en studie av hur 50 företrädare för svensk socialtjänst ser på så kallad förenklad biståndshandläggning inom äldreomsorgen. Det finns olika modeller och definitioner för förenklad biståndshandläggning (SOU 2017:21). I artikeln avser begreppet, som fortsättningsvis benämns FBH, tillhandahållande av individuella hemtjänstinsatser till äldre som sker med hänvisning till ålder och utan individuell bedömning av behovet. En kommun kan bestämma att de som exempelvis fyllt 67, 75 eller 80 år ska få del av ett förutbestämt serviceutbud av hemtjänstinsatser (trygghetslarm, matlåda, ett visst antal timmar service eller omsorg) utan föregående utredning, det vill säga med utgångspunkt i att den enskilde själv avgör om behov finns.

Artikelns problemformulering handlar om hur FBH ska förstås i relation till de utvecklingstrender som synliggjorts i de senaste årtiondenas studier av äldreomsorgens policy och praktik, där utvecklingen delvis tycks motsägelsefull.

En utvecklingstrend avser behovsbedömningar och användandet av standardiserade bedömningsverktyg (Rostgaard 2012). Redan under 1990-talet förändrades systemet för hur äldres behov av äldreomsorg skulle bedömas, genom införandet av specialiserad biståndshandläggning. Utredning av behov och biståndsbeslut särskildes från det faktiska utförandet av hjälpinsatserna och placerades på särskilda beställarenheter (Blomberg 2004). Svenska kommuner har sedan 2013 kunnat få stöd från Socialstyrelsen för att implementera bedömningsinstrumentet IBIC (individens behov i centrum – tidigare ÄBIC). Mellan 2013 och 2015 utbildades lokala processledare i 267 kommuner och 243 kommuner hade då beslutat att införa arbetssättet (SOU 2017:21 s. 145). År 2016 kom Socialstyrelsen med tre publikationer om IBIC (Socialstyrelsen 2016a, 2016b, 2016c). Syftet med att införa IBIC var att minska olikheten i bedömningarna, öka de äldres och anhörigas delaktighet i bedömningsprocessen samt minska "utbudsstyrningen". IBIC är ett strukturerat bedömningsinstrument och att införa det ligger i linje med krav om en evidensbaserad äldreomsorg och hög professionell kompetens inom yrkesgruppen biståndshandläggare (SOU 2017:21). Den här trenden existerar parallellt med införandet av FBH, som innebär att kommunen helt frångår den individuella bedömningen och låter vissa personer själva avgöra om de har behov av äldreomsorg.

Frågan om hur behov ska bedömas knyter an till en diskussion om universalism, inflytande och marknadisering. Svensk äldreomsorg har traditionellt karaktäriserats av universalism, där sociala servicetjänster till stor del har varit skattefinansierade och av hög kvalitet, tillgängliga för alla medborgare utifrån *behov* snarare än förmåga att betala (Vabø & Szebehely 2012). Denna karaktär har under de senaste årtiondena utmanats genom snålare och mer selektiva bedömningar av vad som utgör behov av

insatser (Vabö & Szebehely 2012; Dunér 2018). Enskilda studier har också visat hur äldres önskemål förhandlas bort i de specialiserade behovsbedömningarna (Olaison 2009; Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2005). Det finns också farhågor om att uppdelningen mellan beställare och utförare, där utförare saluför äldreomsorg som en vara, driver på en marknadisering som i förlängningen skapar ojämlikhet (Vabö & Szebehely 2012; Szebehely & Meagher 2013).

FBH tycks möjlig att koppla till olika typer av modeller för att öka äldres inflytande över insatserna. Inom den europeiska kontexten har olika kundorienterade modeller för direktbetalning av äldreomsorg prövats, dock alltid utifrån en inledande behovsprövning (Da Roit, Le Bihan & Österle 2007; Ungerson & Yeandle 2007). Vid sidan av kundvalsmodeller har vissa svenska kommuner introducerat modeller där äldre ges inflytande över äldreomsorgens utförande inom en så kallad "ramtid" (Dunér 2018). Förenklad biståndshandläggning, enligt den modell som har tillämpats av Linköpings kommun (vilken beskrivs nedan) sedan 1990-talet, har presenterats som ett försök att öka äldres inflytande. Modellen har associerats med bemyndigande, avstigmatisering och ökad tillgänglighet till insatserna (Thor & Ekström Ulvenäs 2017 Börjeson 2017). Samtidigt innebär FBH att äldreomsorg i högre grad blir en vara som äldre ska välja utifrån en "servicemeny" (jfr Löfström 2007). Införandet av FBH kan alltså ses som ett sätt att göra insatser mer tillgängliga och mer universellt utformade, men samtidigt som del i en marknadisering av äldreomsorgen.

Artikels syfte

Den förenklade biståndshandläggningen tycks som synes möjlig att betrakta som del eller motsats till flera utvecklingstrender och varje kommun kan välja om den vill införa FBH eller inte. I en kartläggning från 2013 konstaterade Myndigheten för vårdanalys att kommuners motiv för att införa FBH var oklara (MIVÅ 2013). *Syftet* i den här artikeln är att analysera argument för och emot förenklad biståndshandläggning samt att relatera dem till utvecklingstrender inom svensk äldreomsorg. Hur motiveras valet att helt lyfta bort den individuella bedömningen för många av dem som söker hjälp, givet den parallella satsningen om att skapa mer förutsättningslösa individuellt inriktade bedömningar? Hur relaterar FBH till äldreomsorgens marknadisering? Vart är äldreomsorgen på väg med den förenklade biståndshandläggningen?

Förenklad biståndshandläggning: en bakgrund

Sedan juli 2018 gör en förändring av socialtjänstlagen det möjligt för svenska kommuner att bevilja *bistånd för hemtjänst* utifrån en "åldersrelaterad presumtion" (SOU 2017:21 s. 754) om omsorgsbehov, det vill säga utan individuell prövning enligt socialtjänstlagen. Modeller för FBH har emellertid en längre historia. År 1992 började Linköpings kommun tillämpa en modell där personer över 75 år beviljades hem-

tjänstinsatser utan prövning. Sedan år 2009 har kommunerna möjlighet att utan föregående behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år enligt lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Lagen preciserar att det handlar om tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad. För insatserna utgår avgifter som baseras på den sökandes inkomst och reglerna för maxtaxan. År 2012 hade 110 av landets 290 kommuner modeller för förenklad ansökan om hemtjänst (Hjalmarson 2014).

Det har rått osäkerhet om den förenklade biståndsbedömningens laglighet (Börjeson & Härnbro 2015; SOU 2017:21 s. 760 f.). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har vid två tillfällen ställt viten till Linköpings kommun, som efter överklaganden har prövats av kammarrätten. Det ena fallet handlade om hemtjänstinsatser, där Linköpingsmodellen gjort att äldre personer som ville ansöka om personlig omvårdnad kunde höra av sig direkt till de hemtjänstutförare som fanns i kommunen. Domstolen menade att detta arbete var att betrakta som myndighetsutövning och att överlämnandet av det till privata utförare saknade stöd i lag (SOU 2017:21). Domstolen konstaterade att individuellt riktade insatser kräver utredning, bedömning och beslut enligt socialtjänstlagen. I båda domarna påtalades också brister i kommunens uppföljningsskyldighet. Påtryckningar från kommunerna, via SKL, har senare fått statsmakterna att byta position i frågan om FBH (Rehnberg 2017).

Efter lagändringen 2018 anger socialtjänstlagen (2001:453) i 4 kap. 2 § att socialnämnden får erbjuda hemtjänst till äldre personer *utan föregående behovsprövning*, under förutsättning att man har informerat om 1) hur den äldre personen kan påverka insatsernas utförande, 2) hur insatserna följs upp samt 3) om rätten att alltid kunna söka om bistånd enligt 4 kap. 1 §, det vill säga *med* individuell prövning. Vilka hemtjänstinsatser som ska inkluderas i vilken omfattning samt vilka åldrar som ska ge rätt till FBH lämnas till kommunen att bestämma om.

Forskningen som studerar effekterna och erfarenheterna av tillämpandet av förenklad biståndsbedömning är relativt begränsad. Myndigheten för vårdanalys genomförde 2013 en kartläggning med syfte att undersöka hur kommunerna arbetade med detta. Deras viktigaste iakttagelse var att det fanns mycket stora skillnader i hur kommunerna arbetar när det gäller bland annat vilken lag som tillämpas, vilka tjänster som erbjuds, vem som har rätt att ansöka om dem samt möjligheterna att påverka innehållet i tjänsterna. Det saknades även kunskap om vilka effekter arbetssättet får för de äldre brukarna (MIVÅ 2013). Rapporter som behandlar Linköpingsmodellen (Thor & Ekström Ulvenäs 2017 Börjeson 2017) och specifika kommuner, som exempelvis Askimmodellen (Löfström 2007) och Nacka kommun (Hjalmarsson 2014) ger olika besked om modellernas effekter, men indikerar att de som tar emot insatserna uppfattar det förenklade förfarandet som positivt.

Metod och urval

För att identifiera relevanta frågor och intervjupersoner genomfördes en pilotstudie i två län där företrädare för 12 kommuner intervjuades. I den efterföljande kartläggningen utgick vi från SKL:s kommungruppsindelning där Sveriges kommuner är indelade i nio olika typer (Sveriges Kommuner och Landsting 2017). Utifrån dessa gjordes sedan ett systematiskt urval där var sjätte kommun inom respektive kategori valdes ut, sammanlagt 50 kommuner. Kommunerna är geografiskt utspridda över landet och alla kommuntyper, från storstäder till landsbygdskommuner, finns representerade. Telefonintervjuer genomfördes i de 50 kommunerna med en representant för socialtjänsten, som socialchef, chef för äldreomsorgen, biståndsenheten eller motsvarande. Intervjuerna genomfördes under våren 2018, det vill säga kort innan lagändringen genomfördes. Frågorna rörde bland annat företrädarnas inställning till FBH, huruvida kommunerna använde sig av FBH och hur det i så fall såg ut med införande, insatser, avgifter, kostnader, nyttjande av samt åldersgränser och motiv för dem.

Som material till studien ingår också tre policydokument, där argument för och emot FBH diskuteras i detalj. Det handlar om den nationella kvalitetsplanen för äldreomsorgen (SOU 2017:21), som fick i uppdrag att utreda FBH, regeringens proposition (2017/18:106) där lagändringen föreslås samt en promemoria från Socialdepartementet (Ds 2017:12). Motivet till att infoga dokumenten var att de utgjorde en förtydligande fond till vissa ställningstaganden i intervjuerna och i några fall gav explicita bemötanden till kritik som inte uttryckligen kommenterades i intervjuerna (se tabell 1).

Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analysarbetet genomfördes i två steg, där resultaten kontinuerligt diskuterades av författarna. I syfte att sortera bland argumentationen som användes av de företrädare vi intervjuade använde vi begrepp från ett analyschema som utvecklats av Stephen Toulmin (2003). Enligt detta schema finns ett antal byggstenar i argumentationer, varav de fyra viktigaste är *claim*, *data*, *warrant* och *backing*. Anpassat till vår studie kommer vi att översätta begreppen till *ställningstagande*, *grund*, *utgångspunkt* och *understöd*. Kedjan av argument kan exempelvis se ut så här: Ett *ställningstagande* för FBH baseras på *grunden* att det är ”smart att inte göra mer än nödvändigt”, som tillsammans med liknande grunder kan leda till en *utgångspunkt* om effektiv resursanvändning. Argumentationen kan *understöddas* med kommentarer om att äldre ändå inte söker hjälp i onödan. Det är ofta utgångspunkterna (*warrants*) som är av särskilt intresse eftersom det är i dessa som normer, värderingar och mål inom officiell policy uttrycks (Bergström & Boréus 2000 s.108 f.). Analysen har inte syftat till att skapa formella scheman enligt Toulmins modell, utan begreppen har använts som verktyg för att bearbeta data och synliggöra mönster i argumentationen.

För att kunna relatera FBH till olika utvecklingstrender har analysens andra steg tagit utgångspunkt i Carol Bacchis (1999, 2009) approach för policyanalyser där föreslagen och implementerad policy studeras utifrån frågan vad är problemet? Bacchis analys handlar om att ställa frågor om vilka problem en viss policy är tänkt att lösa och vilka underliggande idéer och föreställningar som kommuniceras och används i den här studien för att relatera förekommande argument till föreställningar om olika vägval inom äldreomsorgens policy. Ansatsen gör det möjligt att identifiera den explicita eller implicita konstruktionen av problem som sker genom policyförslag, vilket också inkluderar de förhållanden som blir oproblematiserade (Bacchi 1999). Det handlar således om att gå bortom det som uttryckligen sägs och föreslås för att genom förslag på reformer undersöka hur problem representeras, vilka underliggande antaganden och diskurser som finns i dem samt vilka konsekvenser de kan tänkas få.

Resultat

Av de 50 kommuner som ingick i undersökningen hade 15 någon form av förenklad biståndshandläggning. Vid tiden för intervjuerna var det emellertid uppenbart att ändringen i socialtjänstlagen aktualiserade ett ökat intresse för FBH. Av de 35 kommuner som inte hade FBH var det 11 som förde aktiva diskussioner om eller hade planer på att införa modellen. Cheferna i de kommunerna hade ofta fått i uppdrag från socialnämnden att undersöka möjligheterna för ett införande och flera pratade om att de skickats på utbildningar och föreläsningar om detta. Ytterligare 6 kommuner uppgav att de var "intresserade" och möjligen skulle införa FBH på sikt. Det fanns inga tydliga mönster i vilka kommuner som valt att införa FBH.

Åldersgränser vid 65, 67, 75, 80 och 83 användes men få av informanterna kunde motivera varför de hade just den åldersgräns de hade i kommunen. När det gäller insatserna så handlade det om trygghetslarm, städ, tvätt, inköp, promenad, matdistribution, klädvård och apoteksärenden där det varierade stort mellan kommunerna vilka insatser som ingick. Fyra av kommunerna hade endast FBH på trygghetslarm medan övriga tillhandahöll kombinationer av de andra tjänsterna. Ingen kommun inkluderade omvårdnadsinsatser, vilket sannolikt berodde på att lagändringen inte slagit igenom ännu vid tiden för intervjuerna. Också i tidigare kartläggningar har de kommuner som ger omvårdnadsinsatser enligt FBH varit få (SOU 2017:21).

I analysen diskuteras informanternas resonemang för respektive mot implementerandet av förenklad biståndshandläggning och deras erfarenheter av att arbeta utifrån FBH, samt hur FBH relaterar till de frågor som lyftes inledningsvis och som handlar om relationen till specialiserad biståndshandläggning, marknadisering och universalism.

Argumentationen i sammanfattning

För att förenkla läsningen presenterar vi inledningsvis en sammanfattning av argumenten som kommit upp för och emot FBH där vi strukturerat dem utifrån centrala komponenter inom Toulmins argumentationsschema. I tabellen sammanfattas argumentationen utifrån positiva respektive kritiska ställningstaganden till FBH. Inom parentes har vi angett några av de motargument till andras ställningstaganden som antingen togs upp i intervjuerna eller i olika policydokument.

Tabell 1: Sammanfattning av argumenten för och emot FBH

Claim/ställningstagande	Positiv till FBH	Kritisk till FBH
Data/grund	Avlasta handläggarna Effektivera, inte göra mer än nödvändigt Enklare för äldre Möjlighet att arbeta förebyggande	Blir ingen besparing Förskjuter bara bedömningen till uppföljningen Försvårar möjlighet att arbeta förebyggande
Warrant/utgångspunkt	<i>Effektiv resursanvändning</i>	<i>Effektiv resursanvändning</i>
Data/grund	Enklare för äldre Ökad tillit till äldres omdöme Undviker integritets-kränkande utredning Valfrihet och ökade möjligheter till delaktighet i insatserna	Kan skapa överutnyttjande Kan leda till förlust av förmågor (Delaktighet och själv-bestämmande utövas redan genom IBIC)
Warrant/utgångspunkt	<i>Självständighet, delaktighet och självbestämmande</i>	<i>Självständighet, delaktighet och självbestämmande</i>
Data/grund	(Klaras ut genom information och uppföljning)	Rättssäkert Tappar bort dem som inte själva kan bedöma sina behov Uppföljning kan inte ersätta bedömning
Warrant/utgångspunkt	<i>Rättssäkerhet</i>	<i>Rättssäkerhet</i>
Data/grund	(Klaras delvis ut genom information och uppföljning) Åldersfrågan obesvarad	Ålder kan inte likställas med behov Tappar mänskliga kontakten (som behövs för att bedöma behov)
Warrant/utgångspunkt	<i>Insats utifrån behov</i>	<i>Insats utifrån behov</i>

Argument för FBH

I argumenten för FBH är det framförallt två utgångspunkter (*warrants*) som kan identifieras, nämligen *effektiv resursanvändning* samt *självständighet, delaktighet och självbestämmande*. När cheferna pratade om motiven för att införa FBH återkom förenkling, både för att gynna biståndshandläggningen och de äldre. En chef på äldreförvaltningen, i en kommun med FBH på serviceinsatser för personer över 75 år,

menade att det är ”smart att inte göra mer än nödvändigt, detta blir ändå alltid beviljat så det är bra att göra det så enkelt som möjligt för tjänstemän och enskilda”. En annan chef för äldreheten i en kommun där de har FBH på trygghetslarm sade att ”rent handlägningsmässigt så är det ju fördelaktigt, att vi slipper utreda behovet, det räcker med att man är bosatt i kommunen och behöver det så skapar det ju en förenkling där”. Citaten fångar flera av de motiv som var återkommande när informanterna pratade om FBH, först och främst att inte göra mer än nödvändigt. Att ”minska administrationen”, ”avlasta handläggarna” samt ”effektivisera” var något som nämndes i flera intervjuer och samtliga dessa motiv kan föras till *utgångspunkten* som handlar om *effektiv resursanvändning*. I citatet ovan fungerar resonemang om att insatserna ändå alltid blir beviljade som understöd för påståendet.

Ytterligare ett argument med samma utgångspunkt var att minskat utredande kunde frigöra resurser till de fall som var komplexa, vilket en av våra informanter, enhetschef på omsorgsförvaltningen i en kommun som hade FBH på matdistribution och trygghetslarm, uttryckte som att det skulle betyda ”mindre administration ... utan lägga energi på det som kräver det”. Vad citatet introducerar är alltså en uppdelning i ansökningar/ärenden som inte kräver närmare bedömningar och ärenden som gör det.

När det gäller resursanvändning i meningens ekonomiska aspekter svarade representanter från alla kommuner utom två att de antingen inte visste om FBH leder till ökade kostnader, eller att de trodde eller visste att så inte var fallet. Flera refererade till möjligheten att förebyggande insatser på sikt kan spara pengar för kommunerna. Representanten från en större stad som har FBH på trygghetslarm för personer över 65 uttryckte detta som ett motiv till införandet av policyn: ”Man ansåg när det infördes att det skulle vara en samhällsekonomiskt effektiv insats [...] vi får igen det i och med att det kanske förhindrar saker, lite förebyggande.”

En andra tydlig utgångspunkt för FBH handlade om äldres *självständighet, delaktighet* och *självbestämmande*, det vill säga att låta äldre själva avgöra om och vad de behövde för hjälp. Enligt en informant i en kommun där FBH tillämpades för servicetjänster för personer över 65 år, innebar detta att den enskilde gör ”en självuppskattning på sitt eget behov och vi förlitar oss på att personen i fråga har det behovet”. Ökad tillit till omsorgstagaren kan därmed ses som ytterligare en utgångspunkt till argument för FBH, och i propositionen anges detta som att arbetssättet ”ligger i linje med ambitionerna om en mer tillitsbaserad och mindre administrativt belastande styrning avseende välfärdstjänsterna” (Prop. 2017/18:106 s. 15; jfr Börjeson 2017).

I intervjuerna berördes tillitsfrågan också i förhållande till ett uppfattat problem: risken för integritetskränkningar när man utreder behov av en tjänst som ändå ingen skulle söka utan att ha behovet. En chef för omsorgsförvaltningen i en med-

elstor kommun där de i dagsläget hade FBH på trygghetslarm och matdistribution uttryckte sig så här:

Jag tycker att det blir en självbestämmandesak för de gamla. Personligen för detta. Våldigt positiv till det, undvika integritetskränkning. Inte min känsla att de äldre försöker lura till sig insatser utan ropar när de verkligen behöver hjälp.

Resonemang om integritetskränkningar utvecklas i regeringens proposition och handlar om att själva biståndsbedömningen markerar "en vändpunkt i livet och en påminnelse om att livet börjar ta slut" (Prop. 2017/18:106 s. 11) samt att många äldre tycker att det känns obehagligt att deras önskemål blir ifrågasatta och detta bidrar till känslor av maktlöshet. Utgångspunkten blir med det här resonemanget ett äldre- och socialpolitiskt mål om *självbestämmande*, och biståndsbedömningarna framställs som potentiellt kränkande. I det aktuella citatet från företrädaren understöddes argumentet om att äldre själva kan bedöma behovet genom kommentaren att de bara "ropar när de verkligen behöver hjälp". Därmed föregreps ett motargument om att äldre personer kan komma att överutnyttja hemtjänst när FBH används.

Argument mot FBH

De vanligast förekommande argumenten *mot* FBH går tillbaka på två sammanlänkade utgångspunkter som handlar om *rättssäkerhet* och om *insats utifrån behov*. En risk som nämndes i flera intervjuer var "att man kan tappa dem som egentligen har väldigt stora behov men som egentligen inte vet hur mycket hjälp man kan få", som en chef från en kommun som tidigare haft FBH men nu tagit bort det uttryckte det. Eftersom personer ansöker och blir beviljade utan prövning så leder det till mindre personlig kontakt med de äldre vilket gör att andra behov som finns kan missas. I flera kommuner angavs risken att missa behov, att tappa den mänskliga kontakten samt möjligheten att arbeta förebyggande som motiv till att inte använda FBH.

Att behovet ska "komma först" var återkommande i kritiken mot FBH. En informant från en kommun som inte planerade att införa FBH angav att skälen för detta var följande:

Det är behoven som ska styra helt och hållet och bara för att man uppnår en viss ålder eller har ett visst kön eller någonting så är det inte så att man har behoven automatiskt, utan det ska vara behovet som avgör. Och hos oss kan vem som helst ansöka, vi har ingen gräns för ålder eller att man ska ha viss sjukdom eller funktionshinder utan alla kan söka och sedan utgår vi från behoven. Vi märker ... vi har ju haft många äldre idag, och många äldre klarar sig, är rätt friska och klarar sig allt högre upp i ålder, så det är ju inte det här att bara för att man uppfyller en viss

ålder innebär ju absolut inte att man automatiskt har behov av stöd och hjälp eller service utan många vill ändå bevara sina funktioner genom att utföra alla de här vardagliga aktiviteterna.

Här blev principen om *bistånd utifrån behov* utgångspunkten (*warrant*) för ställningstagandet mot FBH och det anspråk man därmed tog ställning mot, uppbackat av en kommentar om att äldre numera "klarar sig allt högre upp i ålder", var att rätt till hemtjänst kan baseras på kronologisk ålder. Äldres funktionella kapacitet användes i argument mot FBH, där utgångspunkten för intervjupersonernas ställningstagande var målet om *självständighet*. Representanten för en kommun som hade FBH på matdistribution och trygghetslarm för alla personer över 80 år såg en risk i att "det är lätt att man tar till det här att man tycker att man behöver hjälp med maten fast man skulle kunna fixa det, kan förlora sin förmåga, finns ett värde att göra saker själv". Att det blir för enkelt att få tjänster som man kanske inte har behov av skulle alltså kunna leda till mindre självständighet enligt detta resonemang.

Som framgått var lägre kostnader ett motiv för att införa FBH. I två fall fördes emellertid ett motsatt resonemang, där kommuner avskaffat FBH på vissa serviceinsatser eftersom tillgängligheten (specifikt till trygghetslarm) hade ökat kostnaderna för tjänster som den enskilde sedan inte verkade behöva.

FBH och IBIC – två skilda arbetssätt

Representanter från flera av de kommuner som inte använde sig av förenklad handläggning angav som motiv att de *i stället* arbetade enligt IBIC. En informant som beskrev sig som kritisk till FBH menade att "vi missar det sociala arbetet i det här", och det handlade enligt henne både om att den personliga kontakten med de äldre minskade och att FBH var liktydigt med att "ta bort professionen för biståndshandläggare".

I flera intervjuer påtalades en tydlig friktion mellan de två arbetssätten. I en kommun fanns det sedan några år en bestämmelse om att personer över 75 år kunde få servicetjänster utan prövning enligt befogenhetslagen, men i praktiken användes inte detta system. Kommunens representant ställde sig frågande inför omsorgspolitikens riktning:

Det jag funderat över är ju hur regeringen tänker kring att först låta Socialstyrelsen göra en sån jättestor satsning med det här med IBIC, där enormt många av kommunerna har gått de här utbildningarna och som har genererat fortsatt arbete på hemmaplan, storsatsningar. Det måste vara jättestor ekonomi som har lagts på detta. Och sen kommer man att ... nämen nu ska vi införa förenklad biståndshandläggning som går stick i stäv med varandra. Hur tänker man egentligen, det undrar jag, och åt vilket håll vill man att det ska gå?

Statsmakternas motsägelsefulla budskap återkom som ett tema i flera intervjuer, i kommentarer om oklarheter i policy och slöseri med resurser på de utbildningar som genomförts.

Analysen av motiv visar att argument för IBIC i flera fall gick tillbaka på samma utgångspunkter (*warrants*) som argument för FBH. Detta gällde bland annat de omsorgspolitiska målen delaktighet och självbestämmande samt argument om att inte utreda mer än nödvändigt. En informant från en kommun som eventuellt skulle införa FBH via SoL uttryckte det så här:

I och med att vi har utvecklat vårt arbetssätt med IBIC fullt ut så har vi fångat många av delarna med syftet – delaktighet och självbestämmande – vi utreder det som ärendet gäller och det som behövs och när det gäller personliga insatser så kräver det ofta en mer grundlig behovsutredning så konsekvensen blir i så fall att man lyfter bort behovsutredningen och lyfter den till genomförandet. Och så ser det ut och hur kommunen tar ställning i den frågan det vågar jag mig inte på att gissa, men det jag kan säga är att vi utvecklat arbetssätt som fångar upp behoven och delaktighet och dialog.

Konflikten mellan IBIC och FBH handlar med andra ord till stor del om var fokus ska ligga i biståndsbedömningen, där IBIC-modellen lägger tonvikt på delaktighet, dialog samt det personliga mötet under bedömningsfasen som syftar till att utreda behov. Delaktighet och självbestämmande inom FBH handlar i stället om möjligheten att välja, att undvika den prövning som biståndsbedömningen innebär och att lägga tonvikten vid insatsernas karaktär. Begreppen som används är desamma, men diskursivt och innehållsmässigt fylls de med olika meningar. En liknande samstämmighet i utgångspunkter karaktäriserar argumentet om att inte utreda mer än nödvändigt, som i IBIC-modellen handlar om att fokusera det som är behovet, det vill säga inte utreda alls i de ärenden som faller under kommunens riktlinjer för ålder, tjänster och timmar.

I stället för resonemang om enkla och komplicerade ärenden beskrevs de två arbetssättens logiker som inkompatibla och skiftet från utredning och bedömning till uppföljning och kvalitetssäkring, och här menade vissa företrädare att FBH i princip förskjuter bedömningsprocessen till uppföljningen: ”Det blir lite bakvänt, att man ska lägga jättestort fokus på uppföljning i stället för behovet och särskilja det från biståndet och vi såg ingen vinning med det, och lite sådär med rättsäkerheten.” I denna typ av kritik framställdes FBH alltså som ett nollsummespel, där den förskjutna biståndsbedömningen dessutom var förenad med risker. Undersökningens kommuner hade olika rutiner för uppföljning: en kommun angavs följa upp alla beslut inom tre veckor,

en annan följde upp besluten inom ett år. Ibland beskrevs uppföljningsrutinerna som ambitioner som i praktiken ofta inte fungerade som det var tänkt.

FBH, utförarna och marknadsiseringen

Allmänna ställningstaganden för eller emot FBH var inte kopplade till någon bestämd politisk inriktning i de intervjuer vi genomförde. Däremot har vi i analysen identifierat två diskussioner där det är möjligt att se kopplingar mellan FBH och företeelser som brukar ses som typiska för marknadsisering av äldreomsorgen (jfr Szebehely & Maegher 2013). Den ena handlar om *utförarens ansvar* och indikerar en förskjutning i synen på hur insatserna ska följas upp och den andra handlar om relationen mellan FBH och *RUT-tjänster* och indikerar en förskjutning i synen på behov av insatser.

När det gäller utförarens ansvar anger propositionen att beslut enligt FBH enbart behöver innehålla information enligt kommunens riktlinjer om till exempel antal timmar och typ av insatser som söks och beviljas: "Det blir sedan en fråga för den som beviljas hemtjänst att tillsammans med utföraren bestämma hur insatserna ska genomföras inom de angivna ramarna" (Prop. 2017/18:106 s. 22). I vissa kommuner vars företrädare vi intervjuade var det möjligt att ansöka om FBH genom en e-tjänst och med detta hade utförarna lite information att utgå ifrån och följa upp. För omsorgstagarna medförde det, som en informant uttryckte det, "mycket egenansvar i att påtala ett högre behov" och att "man överlämnar ganska mycket till utföraren". I något fall beskrevs det som en risk, där avsaknaden av behovsbedömningen lade för mycket ansvar på omsorgstagaren. En representant för en kommun där de har FBH på trygghetslarm uttrycker det så här:

Men måste vara på sin vakt också, för i alla system så finns det ju tyvärr de som kan utnyttja det. Behöver ha tillit men kan inte vara naiv. Den enskilde hamnar ju lätt i beroendeställning, och de vill kanske inte klaga, och "tänk om jag får sämre vård" så att det är ju svårt. Inte säkert att man har jättestor kapacitet till beslutsfattande heller om man har mycket hemtjänst, alla kan inte tala för sig så vi måste absolut ha uppföljning.

Citatet problematiserar omsorgstagarens position i relation till utförare, men också förmåga till beslutsfattande. Att se till att omsorgstagaren fick en chans att träffa biståndshandläggare och kunna lyfta eventuella problem eller brister beskrevs som lösningen på problemet. Frågan om vad som ska följas upp har ägnats utrymme i regeringens proposition om FBH (Prop. 2017/18:106 s. 28). I ett avsnitt anges att IBIC även fortsättningsvis kan fylla en viktig funktion: "Den enda skillnaden är att den första kartläggningen förs i samband med den första uppföljningen och inte vid en första utredning." Samma proposition (ibid. s. 22–25) anger dock att de insatser

som erbjuds utan föregående prövning inte är tänkta att följas upp med utgångspunkt i den enskildes behov. I stället är det fyra punkter som ska stå i fokus: 1) brukarnas uppfattningar om tjänsterna, 2) hur tjänsterna motsvarar kommunens riktlinjer, 3) hur de förhåller sig till kravet om god kvalitet som beskrivs i socialtjänstlagen samt 4) hur de motsvarar äldreomsorgens värdegrund.

Samma olikheter och skiften i synsätt på uppföljningar var synliga i våra intervjuer. En informant menade att införandet av FBH "ställer högre krav på uppföljning av insatserna, ser väldigt positivt på det eftersom biståndshandläggarna kan lägga mer tid på att vara ute och följa upp än hålla på med administration". Det skulle enligt informanten leda till att "utredarna får en mer kvalitetssäkrande roll än utredande". En annan informant menade att kommunen inte alls följde upp *insatser* som beviljats genom FBH eftersom de inte var behovsbedömda, utan: "Vi följer upp de privata företagen, kvalitetskontrollerar dem så att de har bra kvalitet så att insatserna följer det som de bedömt. Följer mer företagen så att de ska göra ett bra jobb." I de här citaten går det att urskilja en förändrad betydelse av insatsens uppföljning, i riktning mot kontroll och kvalitetssäkring av *utförarnas verksamhet*. De kommuner som tillämpade LOV, lagen om valfrihet, hade privata utförare som i större kommuner kunde vara många till antalet. En informant i en kommun där de länge haft valfrihet i hemtjänsten hade vid tiden för intervjun "ungefär 100 utförare och kommunala på det" och sade att de på grund av det "jobbar väldigt mycket med uppföljning". Bland de informanter som förespråkade FBH framhölls denna förskjutning i arbetet som något positivt.

Det var också möjligt att se en koppling mellan FBH och förekomsten av så kallade *RUT-tjänster*. Införandet av möjligheten till skatteavdrag för hushållsnära tjänster, RUT, som infördes 2007 samt möjligheten för kommunerna att införa kundval enligt LOV 2009 kan ses som en respons från samhället på krav om ökat utbud och valfrihet av servicetjänster (Edebalk 2018). Det som blev tydligt i intervjuerna var att RUT-tjänster kommit att ersätta en del av de insatser som tidigare tillhandahölls av hemtjänsten, och att FBH kommit att ses som ett slags komplement till RUT. På intervjuarens fråga om FBH lett till en ökning av servicetjänster i kommunen efter införandet svarade en av informanterna bland annat:

Nej, har vi inte sett. Däremot har ju RUT-avdraget gjort det, personer vänder sig inte till kommunen i samma utsträckning överhuvudtaget utan man tar det på RUT i stället när det gäller städning och såna saker.

Det var framförallt när det gäller städning som det skett en förskjutning där färre personer valde att få hjälp från socialtjänsten och i stället vände sig direkt till företagen för att senare göra ett skatteavdrag. Kommentarer om RUT indikerade också

möjligheten att lösa ett uppfattat problem inom den "vanliga" äldreomsorgen. En informant i en kommun som har FBH på servicetjänster för personer 65 år och äldre menade att med städningar via RUT så "får du ju bättre städning och allt mellan himmel och jord, till skillnad om du ska ha städning genom bistånd, då handlar det ju om att du ska vara delaktig och såna saker, pedagogiska sidan". Det som informanten benämnde som den pedagogiska sidan handlar alltså om en ambition inom äldreomsorgen att stärka den enskildes resurser genom att inte ta över och göra saker personen själv är kapabel att göra, en ambition som ibland uppfattats som paternalistisk (Elmersjö 2014). Några intervjupersoner menade att städning via RUT var "bättre" och tillät ett större inflytande kring hur servicen skulle gå till.

Flera intervjupersoner kommenterade statistik om minskad hemtjänst i vissa områden som en fråga om kostnader för den enskilde: "Folk anlitar mer RUT-tjänster, blir ofta billigare. Det går att se skillnad i de olika kommundelarna, att det är skillnad på vilka insatser man har." RUT ersatte hemtjänst. En informant tillade att RUT-tjänster emellertid inte var billigare för personer med låga inkomster, eftersom städning i form av hemtjänst, subventioneras i enlighet med kommunens maxtaxa. Hemtjänst blev med detta ett sätt att jämna ut ojämlikhet mellan äldre med olika inkomster:

Jag tror att det är bra att man öppnar upp för servicetjänster framförallt utan vidare prövning för äldre eller vad det nu kan vara, vilket klientel man vänder sig till. Men för de som kan, de som kan köper ändå de tjänsterna ... det blir lite mer jämlikt i samhället, och att man kanske bevarar den här självständigheten längre.

Här framstår FBH som något som förväntas bidra till ett mer jämlikt samhälle där alla över en viss ålder ska få rätt till hjälp med städning eller andra tjänster, oavsett för många att betala eller villkorat av att ens behov ska prövas individuellt. Eftersom RUT-tjänster för befolkningen i allmänhet inte associeras med oförmåga utan snarare med ovilja eller ointresse, indikerar detta att en ny syn på innebörden i behovsbegreppet håller på att etableras. Chefen i en av kommunerna som har FBH på servicetjänster för personer över 75 år uttryckte sig så här om tjänsten:

Jag tycker att det är en generös grej som kommunen erbjuder sina medborgare. Dagens 75-åringar är piggare än vad de var för några år sen, tror inte att man ansöker om det om man inte har behovet. En bra grej att erbjuda sina medborgare.

Uttrycket "en generös grej" för kommunens "medborgare" står här vid sidan av en kommentar om att endast den som har "behovet" lär söka. Det indikerar en förskjutning i policy där hemtjänst, snarare än att vara något som ska behovsprövas och därefter

ter beviljas av en biståndshandläggare, blir en lättillgänglig tjänst som kan efterfrågas, och där det underförstås att efterfrågan är liktydigt med "behov".

Diskussion

Nedan ska vi diskutera studiens resultat med utgångspunkt i den typ av frågor som följer av Bacchis approach (1999; 2009) och som handlar om vilken typ av problem som olika policylösningar pekar mot. I analysen tar vi spjörn mot en uppdelning i två skilda policyansatser eller "vägar" för sociala insatser som Börjeson och Härnbro (2015; Börjeson 2017) har identifierat i en tidigare diskussion om FBH. Inom den ena ansatsen läggs tyngdpunkten vid en professionell biståndsbedömning, i den andra betonas insatsernas karaktär av service och medborgarna anförtros uppgiften att bedöma sina egna behov. Börjeson menar att de två vägarna "kan knytas till två olika tankefigurer och till två principiellt olika (och i detta sammanhang motsatta) synsätt när det gäller det sociala arbetets inriktning och organisation" (Börjeson 2017 s. 34). Argumenten för och emot FBH kan i en bemärkelse ses som uttryck för dessa två vägar, och tydligast är det när FBH ställs mot IBIC.

Frågan är då vilken typ av problem som de olika policyförslagen löser. Här kan framförallt utgångspunkterna (*warrants*), men i någon mån också grunderna (data) ses som problemindikatorer. En jämförelse visar att ställningstaganden för och emot FBH i flera fall tycks gå tillbaka på samma utgångspunkter. Målet om att kunna *leva självständigt* förekom både i argumentationen för och emot FBH, i kommentarer om att servicetjänster skulle leda till bibehållen eller förlorad självständighet. Äldres *delaktighet* och inflytande definierades med FBH-modellen som delaktighet i utformningen under utförandet av insatser och med IBIC-modellen som delaktighet i utredningen av insatserna. Också faktapåståenden om äldres förbättrade hälsa användes för att underbygga ställningstaganden för och emot FBH i våra intervjuer. Å ena sidan kan det ses som ett förväntat resultat, givet att flera av målen och de problem som de adresserar utgör äldreomsorgens officiella policy (jfr prop. 1997/98:113; 2017/18:106). Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma detta som ett fall där begrepp, mål och problembeskrivningar som är centrala i den statliga äldreomsorgsdiskursen tycks vara möjliga att fylla med lite olika betydelser i en diskussion, som med Börjesons ord står för två *motsatta* synsätt när det gäller det sociala arbetets inriktning och organisation. En fråga som bör bli föremål för framtida studier är om den teoretiska uppdelningen av FBH för de enkla fallen och IBIC för de komplicerade fallen kommer att realiseras, med tanke på de två modellernas skilda grunder.

I ett fall pekade argumentationen för FBH mot ett problem som den professionella bedömningens väg inte har någon alternativ lösning på, nämligen risken att kommunerna genomför onödiga, integritetskränkande utredningar av enskildas behov. I

både intervjuer och förarbeten framställdes den specialiserade biståndsutredningen som ett problem, som markerade bristande tillit och bristande hänsyn till omsorgstagarens föränderliga behov. FBH kan därmed ses som ett avståndstagande från den modell för "specialiserad biståndshandläggning" som stegvis infördes i Sverige under 1980- och 1990-talen (Blomberg 2004). Den modellen, som är som mest utvecklad genom införandet av IBIC, adresserar i sin tur två problem som inte alls kommenterades av de intervjupersoner som såg positivt på FBH: olikheter i biståndsbedömningar och utbudsstyrning. En brist i vår studie är att vi inte frågade specifikt om dessa två "problem", eftersom båda alldeles uppenbart kommer att öka med FBH, där kronologisk ålder (som dessutom blivit olika mellan kommuner) anger att vissa får insatser utan prövning, och där medborgarna ansöker om insatser utifrån en "servicemeny" (jfr Löfström 2007).

Vart är äldreomsorgen på väg med FBH? Står FBH för ett bemyndigande av äldre medborgare, som kan bestämma om insatserna tillsammans med den som genomför omsorgen eller är detta del i en pågående marknadsivering av äldreomsorgen?

Äldreomsorgen har sprängt sitt "fattigvårdsskal", skrev Sunesson (1990) för 30 år sedan. Det han menade var att äldreomsorgen blivit en serviceinsats som inte längre bär på socialvårdens traditionella stigma. Utifrån Börjesons (2017) uppdelning av sociala insatser är det också så som en del av den politiska argumentationen för FBH har förts, där modellen associerats med ökad tillgänglighet, avstigmatisering och bemyndigande (Thor & Ekström Ulvenäs 2017). Dessa ambitioner står alltså som lösningar till problem som associeras med specialiserade biståndsbedömningar. När forskare har teoretiserat omsorg så har de i allmänhet betonat mötet och relationen mellan omsorgsgivare och omsorgsmottagare (Eliasson 1995; Szebehely 1996). Den specialiserade biståndsbedömningens detaljerade beställningar, enligt de modeller som slog igenom under 1990-talet, riskerar att beröva undersköterskor och vårdbiträden möjligheter till följsamhet och anpassning utifrån dialogen med omsorgsmottagaren. Huvudet – det vill säga den specialiserade biståndsbedömningens beställning – avskiljs från handen, det vill säga från de bedömningar och önskemål som uttrycks i det konkreta omsorgsmötet. Kan betonandet av de föränderliga behoven och dialogen med utförare inom FBH vara en återgång till den traditionella modellen för hemtjänst, som den beskrivs av Szebehely (1996)? Inom en diskurs som handlar om bemyndigande av medborgare är det möjligt att tolka utvecklingen så.

Emellertid finns det också en koppling mellan en syn på hemtjänst som service och etableringen av en marknad för att tillhandahålla äldreomsorg (Börjeson & Härnbro 2015). Äldreomsorgen har under de senaste årtiondena genomgått en marknadsivering, och i vissa kommuner har de äldre många leverantörer av hemtjänst att välja mellan (Szebehely & Meagher 2013). Ett mål om "valfrihet" sätts exempelvis numera samman med ord som kund, konkurrens och marknadsföring, även av

företrädare för kommunal verksamhet (Blomqvist 2004; Nilsson et al. 2018). Att öka "omsorgsgivarens" möjlighet att forma innehållet i insatserna innebär i det här sammanhanget att biståndsbedömningen lämnas till "utföraren", som i vissa fall är en marknadsaktör. Just detta var en av kritikpunkterna i domstolsprövningen av den så kallade Linköpingsmodellen: kommunen kritiserades för att lämna över myndighetsutövning till privata utförare (SOU 2017:21). Vår studie indikerar att diskussionen om FBH förs i relation till ett "marknadsskal", som växt sig allt starkare över äldreomsorgsinsatserna. Hemtjänst blir, som en av våra informanter uttrycker det, en typ av service som man "beställer, inte ansöker, precis som man beställer en tjänst från ett annat företag". Samtidigt beskrev flera intervjupersoner vissa hemtjänstinsatser som parallella till RUT-tjänster och RUT-tjänster har i allmänhet inte setts som grundade i den enskildes *behov*, utan snarare i den enskildes *önskemål*. Servicetjänster köps direkt eller tillhandahålls subventionerat. Det som har beskrivits ovan tyder på att ett nytt behovsbegrepp håller på att utformas, där tyngdpunkten läggs vid den enskildes önskan och efterfrågan snarare än en professionell bedömning av behov. Vår välfärdsinsatser får med den utvecklingen en ny karaktär, de blir medel som ska göra det möjligt för individer att driva sina egna intressen och önskemål (Dean 2010).

Begreppet *service universalism* handlar enligt Vabø och Szebehely (2012) om att äldreomsorgen både måste vara *tillgänglig (affordable and available)* och *attraktiv* för alla som behöver hjälp. FBH har presenterats som ett sätt att öka äldreomsorgens tillgänglighet, bland annat genom att minska stigmat kring ansökningsförfarandet (Börjeson 2017). Samtidigt väcker kommentarerna hos flera av våra intervjupersoner frågor om attraktiviteten. En utveckling där äldre med god ekonomi och begränsade omsorgsbehov köper tjänster privat på en servicemarknad riskerar enligt Vabø och Szebehely (2012) att göra den offentliga äldreomsorgen mindre universell. Vissa köper städning och gör skatteavdrag, medan andra som har lägre inkomst tar emot omsorg och betalar enligt maxtaxan. Städning enligt FBH för äldre med låga inkomster kan karaktäriseras som "jämlikhets-RUT" eller som "Fattig-RUT". RUT-tjänster kan enligt Skatteverkets webbplats inte bara ges för serviceinsatser, utan även för "personlig hjälp och omsorg".¹ Företag som säljer den här typen av tjänster vänder sig till personer som inte har biståndsbedömd äldreomsorg "men som av olika anledning kan behöva hjälp i hemmet".² En central fråga är därmed hur ändringen av socialtjänstlagen och spridningen av FBH till fler kommuner och till fler typer av tjänster (där det sedan juli 2018 också är tillåtet att tillhandahålla insatser av typen personlig hjälp och omsorg med FBH) kommer att samverka med en parallell ökning av RUT-tjänster.

1 <https://skatteverket.se/foretagochorganisationer/skatter/rotochrut/gerarbetetrattillrutavdrag.4.2ef18e6a125660db8b080001531.html>

2 http://www.inspireraomsorg.se/omvardnad_med_rut.html

Allt detta pekar mot ett behov av att ägna den växande servicemarknadens inverkan på äldreomsorgen större intresse inom forskning. Befintliga studier har väckt frågor kring sårbara äldres kapacitet att agera som kunder på en marknad (Meinow, Parker & Thorslund 2011). Vår studie indikerar att införandet av den förenklade biståndshandläggningen inte bara förändrar äldreomsorgens policy utan också innebär i begrepp som "behov" och "omsorg". Detta bör bli föremål för närmare studier.

Tack

Studien har genomförts inom ramen för forskningsprojektet "Ålder eller behov? Ålderskategoriseringar som grund för omsorg och stöd till äldre" som finansieras av Forskningsrådet för Hälsa, Arbetsliv och Välfärd (FORTE 2017-01738). Författarna vill tacka Tove Harnett vid Socialhögskolan, Lunds universitet för kommentarer på manuset och ett tack riktas också till tidskriftens anonyma bedömare.

Referenser

- Bacchi, C. L. (1999) *Women, policy and politics. The construction of policy problems*. London: SAGE.
- Bacchi, C. L. (2009) *Analysing policy. What's the problem represented to be?* Frenchs Forest: Pearson Australia.
- Bergström, G. & Boréus, K. (2000) *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomberg, S. (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsform och dess praktik*. Lund: Socialhögskolan.
- Blomqvist, P. (2004) The choice revolution. Privatization of Swedish welfare services in the 1990s. *Social Policy & Administration*, 38(2): 139–55.
- Börjeson, M. (2017) *Hur bör sociala insatser tillhandahållas? En studie av Linköpings kommuns arbete med servicetjänster inom socialtjänsten*. Rapport 2017:1. Linköping: Centrum för kommunstrategiska studier vid Linköpings universitet.
- Börjeson, M., Härnbro, S. (2015) Vad betyder servicetjänster för brukarna och för det sociala arbetet? I: E. Ekström-Ulvenäs et al. *Socialtjänst utan biståndsbedömning. En rapport om öppna sociala tjänster*. Solna: STQM Management.
- Da Roit, B., Le Bihan, B. and Österle, A. (2007), Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes. *Social Policy & Administration*, 41: 653-671.
- Dean, M. (2010) *Governmentality. Power and rule in modern society*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Ds 2017:12 *Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre*. Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Dunér, A. (2018) Equal or individual treatment. Contesting storylines in needs assessment conversations within Swedish eldercare. *European Journal of Social Work*, 21(4): 546–558.

- Edebalk, P. G. (2018) *Den "nya äldreomsorgen". Reträtt och prövningar 1994–2006*. [http://portal.research.lu.se/ws/files/46029483/RRSW_2018_4_N_T.pdf Hämtat 2019-08-28]
- Eliasson, R. (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Elmersjö, M. (2014) *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen*. Akademisk avhandling. Linnéuniversitetet.
- Hjalmarson, I. (2014) *Första året med förenklad biståndshandläggning i Nacka*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Inspirera Omsorg (u.å.) Omvårdnadstjänst med rätt till RUT-avdrag. [Tillgänglig: http://www.inspireraomsorg.se/omvardnad_med_rut.html 2019-08-28]
- Janlöv, A.-C., Rahm Hallberg, I.-L. & Petersson, K. (2005) The experience of older people of entering into the phase of asking for public home help. A qualitative study. *International Journal of Social Welfare* 14(4): 326–336.
- Löfström, C. (2007) *Framtidens hemtjänst? Om valfrihet/inflytande, förenklad biståndsbedömning och nya yrkesroller. Utvärdering av Askimsmodellen*. Mölndal: FoU i Väst.
- Meinow, B., Parker, M. G. & Thorslund, M. (2011) Consumers of eldercare in Sweden. The semblance of choice. *Social Science and Medicine*, 73(9): 1285–1289.
- Myndigheten för vårdanalys (MIVÅ) (2013) *Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Nilsson, M., Jönson, H., Carlstedt, E. & Harnett, T. (2018) Nursing homes with lifestyle profiles. Part of the marketisation of Swedish eldercare. *International Journal of Care and Caring*, 2(1): 49–63.
- Olaison, A. (2009) *Negotiating needs. Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices*. Linköping: Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier.
- Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. [Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/49bbe9/contentassets/25896d39d59943b4ba76a2717f566d0a/nationell-handlingsplan-for-aldrepolitiken> 2019-08-28].
- Proposition 2017/18:106. *Om förenklad beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre*. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. [Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/4b00ca/contentassets/64bf7565d85b4ace957713b2b45f028b/forenklad-beslutsfattande-om-hemtjanst-for-aldre.pdf>. 2018-10-17].
- Rehnberg, J. (2017) *Den rätta modellen? Om två olika synsätt på förenklad biståndsbedömning inom hemtjänsten*. Magisteruppsats. Högskolan i Jönköping.
- Rostgaard, T. (2012) Quality reforms in Danish home care. Balancing between standardization and individualization. *Health and Social Care in the Community*, 20(3): 247–254.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2009:47. *Lag om vissa kommunala befogenheter*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Skatteverket (u.å.) *Ger arbetet rätt till rutavdrag*. [Tillgänglig: <https://skatteverket.se/foretagochorganisationer/skatter/rotochrut/gerarbetetratttillrutavdrag.4.2ef18e6a125660db8b080001531.html>. 2019-08-28]
- Socialstyrelsen (2016a) *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum: Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b) *Individens behov i centrum. Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016c) *Informationsspecifikation 2016.1 för Individens behov i centrum*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOU 2017:21. Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (2017) *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Sunesson, S. (1990) Familjevården, en del av individ- och familjeomsorgen i socialtjänsten. Utvärderingsperspektiv och organisationsanalys. I: *Sju perspektiv på barns och ungdomars levnadsförhållanden*. SoS-rapport 1990:5. Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017) *Kommungruppsindelning 2017 – SKL*. [Hämtad 14 juni 2018 från <https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>]
- Szebehely, M. (1996) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv förlag.
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2013) Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketisation. I: G. Meagher & M. Szebehely (red.) *Marketisation in Nordic eldercare. A research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm: Department of social work, Stockholm university, 241–288.
- Thor, I. & Ekström Ulvenäs, E. (2017) En tillgänglig socialtjänst – exemplet Linköping. I: *Socialtjänst utan biståndsbedömning. En rapport om öppna sociala tjänster*. STQM Management, Linköpings kommun & Centrum för kommunstrategiska studier vid Linköpings universitet.
- Toulmin, S. (2003) *The uses of argument*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ungerson, C., Yeandle, S. (2007) *Cash for care in developed welfare states*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Vabø, M. & Szebehely, M. (2012) A caring state for older people? I: A. Anttonen, L. Häikiö & K. Stefánsson (red.) *Welfare state, universalism and diversity*. Cheltenham: Edward Elgar, 121–143.

Minnesord

Till minne av Kerstin Johansson

Biträdande professor i socialt arbete

I april avled vår redaktionsmedlem Kerstin Johansson vid 57 års ålder efter en tids sjukdom. Kerstin var oerhört glad över att tidskriften skulle ha sin hemvist vid Linköpings universitet under de närmaste åren och stolt över att vara med och arbeta med tidskriften och därmed forma den socialvetenskapliga forskningen i Sverige. På grund av sin sjukdom hann Kerstin aldrig börja delta i redaktionens arbete.

Kerstin hade ett stort kontaktnät inom socialt arbete, både i Sverige och internationellt, och vi är många som kommer att sakna henne för hennes engagemang, klar-synthet och kunskap om människors livsvillkor. Kerstin hade en solid övertygelse om vikten av kunskap och kunskapsutveckling inom det sociala området, en övertygelse som vi i redaktionen ämnar förvalta även om Kerstin lämnar ett stort tomrum efter sig.

Å redaktionens vägnar

Karin Osvaldsson Cromdal

Korresponderande redaktör

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. Manuskripten ska vara skrivna på svenska.

Såväl originalartiklar som forumartiklar refereebedomas 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 samma granskningsförfarande 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:
socialvetenskapligtidskrift@ikos.liu.se

Följebrevet ska beröra följande frågor:

- Författarnamn med titel och institutionstillhörighet
- 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:

<https://liu.se/artikel/socialvetenskaplig-tidskrift>

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