



LUNDS
UNIVERSITET

Valfrihetens revolution och fall

- En diskursanalys av hormonella preventivmedels (o)önskade effekter

Sofia Ahlin

Kandidatuppsats

Lunds Universitet

GNVK02, VT 2020

Genusvetenskapliga Institutionen

Handledare: Bolette Frydendahl Larsen

Innehållsförteckning

Abstract	2
Inledning.....	3
Syfte och forskningsfrågor	3
Begreppsförklaring: Kvinnor, män och användare	4
Bakgrund	5
Tidigare forskning	7
Teoretiskt ramverk	10
Foucauldianskt maktperspektiv, styrningsrationalitet och fogliga kroppar	10
Kroppspolitik.....	12
Kvinnor vs. Sjukvården - ett genusperspektiv.....	13
Material & Metod.....	15
Material	15
Positionering och etiska överväganden	16
Metod	17
Foucauldiansk diskursanalys.....	18
What's the problem represented to be?	19
Analys.....	22
Styrning av kvinnors valfrihet och risktagande.....	22
Konstruktionen av sann kunskap.....	25
Konstruktionen av det kvinnliga subjektet.....	29
Sammanfattande diskussion	33
Referenser.....	37

Abstract

This study examines discourses about hormonal contraceptives from the viewpoint of researchers and professionals within the health care system, and from users of the contraceptives. Among other things, I highlight how the representations of the health care professionals concerning side effects from hormonal contraceptives differ from the experiences had by the users themselves. I explore the cultural constructs of the subject positions (Foucault), the evolving historical view of the female sexuality, and how a power relationship expressed through language (Foucault) influences the relation and balance between the female patient and the health care system. By using Carol Bacchi's analysis tool "What's the problem represented to be?", I identify key concepts, dichotomies and categories by looking into how discourse can be seen as creating structures for assumptions and meaning. It is not primarily the problem in itself that needs to be explored, but rather the representation of the problem. By deconstructing the presented image of how revolutionary the hormonal contraceptive has been for women's freedom of choice and control over their own fertility, my conclusion is that the freedom the hormonal contraceptives generated is a gain mainly for the male partner rather than the woman.

Key words: *Hormonal contraceptives, side effects, choice, responsibility, sexuality.*

Nyckelord: *Hormonella preventivmedel, biverkningar, val, ansvar, sexualitet.*

Inledning

Den mediala debatten runt hormonella preventivmedel blossar med jämna mellanrum upp kring hur preparaten kan utsätta användarna för risker som går ut över deras hälsa och välbefinnande. Samtidigt ökar reklam för allt fler hormonfria metoder för att undvika oönskad graviditet. Sedan 70-talet har forskningen pågått för att ta fram ett manligt alternativ till hormonella preventivmedel, dock lyser det ännu med sin frånvaro på marknaden. När den mediala spridningen av biverkningarnas effekter ökar, förstärks även budskapen i media från läkare och forskare som vill lugna den oro som sprids kring hormonella metoder.

Efter att själv ha upplevt biverkningar från hormonella preventivmedel, samt att jag deltagit i nätbaserade forum där andra användare delar med sig av sina erfarenheter, har mitt intresse för att undersöka detta ämne ökat. Hur kan det vara så att den information som ges kring biverkningar under preventivmedelskonsultation, och utifrån hur läkare och forskare talar om ämnet i media, skiljer sig så pass mycket från hur många användare beskriver sina upplevelser? Hur värderas egentligen användarnas upplevelser och erfarenheter utifrån det medicinska perspektivet och vad förväntas användarna stå ut med? Vad är syftet med att den medicinska sidan går ut i media och försöker förmildra omständigheterna kring hormonella preventivmedel och vilka antaganden ligger bakom det som förmedlas? Hur har det preparat som till en början sågs som revolutionerande för den kvinnliga sexualiteten och kvinnans självkontroll kommit att bli en fråga om pest eller kolera när det kommer till vilka biverkningar användarna förväntas leva med? Detta vill jag undersöka närmare i denna uppsats.

Syfte och forskningsfrågor

Syftet med studien är att undersöka svenska diskurser om biverkningar från hormonella preventivmedel. Jag kommer att fokusera både på hur forskare, läkare och barnmorskor uttrycker sig, samt hur personer som använder hormonella preventivmedel själva talar om preparaten och biverkningarna de upplever. Det material som undersöks är fem program från Sveriges Radio där debatten kring hormonella preventivmedel diskuteras. Diskurserna som framkommer i mitt material undersöks genom att titta närmare på hur hormonella preventivmedel och dess biverkningar problematiseras. För att analysera mitt material

kommer jag använda mig av en Foucauldiansk diskursförståelse (Foucault 2002, Bergström & Boréus 2016) tillsammans med Carol Bacchis analysverktyg *What's the problem represented to be?* (Bacchi 2009). Mina första två frågeställningar har således utvecklats i dialog med Bacchis verktyg, och min tredje frågeställning utgår ifrån Foucaults teoretiska begrepp *subjektspositioner* (Bergström & Boréus 2016:361).

Frågeställningar:

- 1. Hur problematiseras hormonella preventivmedel, och hur artikuleras biverkningar från dessa preparat i mitt material?*
- 2. Vilka underliggande antaganden bygger de medicinskt formulerade problemrepresentationer som framkommer i materialet på och vad lämnas oproblematiserat i dessa problemrepresentationer?*
- 3. Vilka subjektspositioner möjliggörs och omöjliggörs inom de medicinskt formulerade problemrepresentationerna?*

Begreppsförklaring: Kvinnor, män och användare

Eftersom jag har valt att analysera diskurser som har ett starkt fokus på binära föreställningar om kön/genus, är det också viktigt att förtydliga att även transpersoner som inte identifierar sig som kvinnor, och ickebinära kan ha erfarenhet av biverkningar från hormonella preventivmedel, och att deras upplevelser inte fångas in av språket om kvinnokroppen. Biverkningar där genusattribut påverkas kan med andra ord upplevas problematiskt på andra sätt än de som framträder i denna studie.

Jag kommer i min analys främst att använda mig av benämningen ”användarna”, vilket syftar till personer med livmoder, eftersom det i dagens läge endast är de som kan använda hormonella preventivmedel. I likhet med Butler har jag en förståelse för att kön/genus är en social konstruktion (Butler 2007). Samtidigt finns det materiella skillnader mellan kroppar, som till exempel fångas in i Haraways kroppsmaterialistiska genusteori (Lykke 2009, 97), och jag anser som Haraway också kroppar (till exempel deras möjlighet att bli gravida) som betingande för subjektens position och konstruktioner av genus. Skapandet av (skillnader mellan) kvinnor och män är en central del av de diskurser jag kommer undersöka, i brist på

precisa begrepp kommer jag därför också att använda mig av begreppen "kvinna", och "man" i min uppsats.

Bakgrund

Jag kommer nu återge en historisk tillbakablick på den kvinnliga sexualiteten och visa på hur skillnader mellan kategorierna "kvinna" och "man" är historiskt konstruerade och föränderliga genom skiftande kunskap om dessa. Därefter kommer jag redogöra för framväxten av hormonella preventivmedel i Sverige.

Den kvinnliga sexualiteten

I Karin Johannissons (1994) historieskrivning beskrivs hur en radikal förändring av synen på den kvinnliga sexualiteten sker från slutet av 1700-talet till början av 1800-talet. Fram till 1700-talet hade kvinnans könsorgan setts som en outvecklad, inåtvänd version av mannens, varpå den kvinnliga orgasmen antogs vara nödvändig för att kvinnan skulle bli befruktad vid samlag. Kvinnans sexualitet betraktades här som lika driftstyrd och stark som mannens. Men under början av 1800-talet skedde en avsexualisering av kvinnan. I samband med upptäckten av det kvinnliga ägget 1827, gjordes en omskrivning av fortplantningsprocessen vilket ledde till en förståelse av att kvinnans orgasm inte längre var nödvändig. Under samma period infördes romantikens ideal av den borgerliga kvinnan som kopplade hennes känslighet till moderskapet, vilket även försvagade synen på kvinnan som en erotisk varelse (Johannisson 1994:26, 58). Den senare hälften av 1800-talet dominerades av ett förtiget förhållningssätt till sexualiteten, samtidigt som den även offentliggjordes genom att den blev föremål för vetenskapens instrument. Officiellt sågs den sexualitet som inte var ämnad för reproduktion som en avvikelse eller sjukdom. Utifrån olika vetenskapliga läroböcker spreds förståelser om den naturliga och icke-naturliga sexualiteten. Inom dessa återspeglades tesen om den frigida kvinnan, där den sanna kvinnan beskrevs som "okunnig, oskuldsfull, asexuell." (Johannisson 1994:59). Det kvinnliga begäret som tidigare jämställts med mannens omvandlades nu genom vetenskapen och litteraturen till något farligt och gränslöst, i behov av kontroll och reglering. Här skapades den kulturella konstruktionen av den *dygdiga* kvinnan som i generationer levt kvar och bevarat bilden av hur en kvinna bör vara (Johannisson 1994:61). Johannisson beskriver hur "Aktiv kvinnlig sexualitet omdefinierades till mental och moralisk sjukdom, i värsta fall nödvändigt att främja med hospitalvård." (1994:64). Rädslan för sexualiteten och

den nya synen på driften som ett hot mot förnuft, kontroll och disciplinering, blev nu ytterligare en del i begränsningen av kvinnan (Johannisson 1994:64).

Kvinnlig sexualitet har alltid varit starkt förknippad med reproduktion, till skillnad från mannen, vars sexualitet främst kopplats samman med sexuell drift och behov. Kvinnor har förväntats att uppfylla de äktenskapliga plikterna och tillgodose mannens sexuella behov, samtidigt som deras egen sexualitet och lust i stort sett varit skambelagd. Kvinnor har varit de som fått bära skulden om de som ogifta blivit oönskat gravida, och i fall av oönskad barnlöshet var det kvinnan som blev beskylld för att vara oförmögen att bli befruktad. Inte förrän på 1950-talet inkluderades även mannen i de medicinska utredningarna kring barnlöshet. Det var först efter att p-pillret kom på 1960-talet (vilket jag kommer gå djupare in på nedan) som kopplingen mellan kvinnans sexualitet och reproduktion kunde upplösas. Även abortlagen som infördes 1975 stärkte svenska kvinnors position och valmöjlighet ytterligare (Kero & Lalos 2004:334-335).

P-pillrets historia

När det första p-pillret godkändes i Sverige 1964 sågs det som revolutionerande för frigörandet och (åter-) erkännandet av den kvinnliga sexualiteten. Kvinnor kunde för första gången själva skydda sig mot oönskad graviditet och kontrollera sin fertilitet. Denna frigörelse av kvinnan mötte dock till en början ett visst konservativt motstånd. Både frigörandet av den kvinnliga sexualiteten, men även mot att medicinera i övrigt friska människor. Men p-pillret kom för att stanna. De allvarliga biverkningarna som den första generationen p-piller kunde ge fanns det till en början inte mycket kunskap om. Först under 70-talet framkom det att de höga östrogenhalterna som pillret innehöll, ökade risken för blodpropp, hjärtinfarkt och bröstcancer. Andra biverkningar som kunde förekomma var illamående, svullnad i kroppen, huvudvärk, irritation och minskad sexlust. Under 70-talet lyckades forskarna få ner östrogenhalten något, och i mitten av 90-talet kom det så kallade tredje generationens p-piller som hade en ännu lägre östrogenhalt och en ny sammansättning av syntetiska hormoner. Trots den lägre östrogenhalten visade det sig dock att tredje generationens p-piller hade en något högre risk för blodpropp än det piller som hade tagits fram på 70-talet. Vissa som fått de nya p-pillren utskrivet med förmaningen om att de nu var ännu säkrare än tidigare, drabbades av blodpropp. Några av dem dog till följd av blodpropparna, andra fick amputera ben eller blev satta på blodförtunnandemedel för resten av livet. Detta ledde till en stor medial debatt och en våg av hormonrädsla spreds i landet.

Trots riskerna för biverkningar som användarna utsätts för har många forskare och läkare hela tiden stått fast vid att de positiva effekterna med hormonella preventivmedel överväger de negativa. Utöver dess effektiva förmåga att förhindra graviditet, kan det även bland annat minska risken för benskörhet och äggstockscancer (RFSU 2017a).

Sedan 90-talet har det dykt upp ett flertal preventivmetoder på marknaden. De hormonella preventivmedel som finns tillgängliga idag är: p-piller, p-plåster, p-spruta, p-ring, p-stav, hormonspiral, minipiller och akutpreventivmedel. Vanliga biverkningar från de hormonella preventivmetoderna är: oregelbundna blödningar, humörsvängningar, nedstämdhet, bröstspänningar, illamående, viktökning och nedsatt sexuell lust. P-piller kan även ge en viss ökad risk för bröstcancer och p-spruta kan ge en något ökad risk för benskörhet. Utöver att hormonella metoder skyddar mot oönskad graviditet kan de i vissa fall även ge minskade blödningar, minskade menssmärtor, minskade premenstruella besvär samt hjälpa personer som lider av akne. De hormonfria preventivmetoderna som används idag är: kondom, femidom, pessar, kopparspiral, avbrutet samlag, säkra perioder och sterilisering. Biverkningar kan förekomma vid kondomanvändning om användaren är allergisk mot latex, men det finns även latexfria kondomer. Vid användningar av kopparspiral kan användaren uppleva rikligare blödningar samt ökad smärta vid menstruation (RFSU 2017b).

Innan jag presenterar tidigare forskning kring ämnet anser jag det viktigt att poängtera att det finns många användare av hormonella preventivmedel som har positiva upplevelser och inte drabbas av dessa biverkningar. Men eftersom min studie är fokuserad till att undersöka hur hormonella preventivmedel problematiseras samt hur det talas om biverkningar, har jag valt att utesluta dessa representationer i min analys.

Tidigare forskning

Det finns mycket forskning om den ojämna arbetsfördelningen av det obetalda arbetet i hemmet, betydligt mindre om den tid och kraft som ligger bakom *fertilitetsarbetet*. Likt det obetalda arbetet i hemmet ligger det största ansvaret, tiden, stressen, uppmärksamheten och den fysiska bördan för att kontrollera fertilitet vanligtvis på kvinnan (Bertotti 2013:13).

I en studie från 2018 visar Katrina Kimport på hur konsultationen av preventivmedel för heterosexuella par begränsar eller utesluter de manliga alternativen: kondom, avbrutet samlag och vasektomi, som har betydligt färre biverkningar än de hormonella metoderna som vanligtvis rekommenderas (Kimport 2018). Jessica van Kammen och Nelly Oudshoorn visar även i sin studie från 2002 hur riskbedömningen som görs under framtagningen av hormonella preventivmedel för kvinnor konstrueras annorlunda än i försöken att ta fram ett manligt alternativ. För kvinnorna vägdes riskerna med biverkningar mot riskerna för oönskad graviditet, med tanke på kvinnor som lever i länder med svårare tillgång till säker abort (Kammen & Oudshoorn 2002:453). En ny aspekt som lyfts fram i rapporten är hur framtagningen av ett manligt preventivmedel redan från börjar har ett fokus på mäns välbefinnande och sexualitet vid användning av preventivmedel. Ett fokus som först blev aktuellt för det kvinnliga alternativet efter att kvinnor hade upplevt ohälsa och minskad sexlust av sin användning (Kammen & Oudshoorn 2002:454). Perspektivet för ett manligt preventivmedel ska alltså i princip inte ha några biverkningar, medan forskning av det kvinnliga alternativet accepterar biverkningar som går ut över kvinnors sexuella och psykiska hälsa, vägd mot riskerna de kan utsättas för vid en oönskad graviditet. Studien visar även att forskarna beskriver biverkningarna som kvinnor utsätts för som milda, samtidigt som förespråkare inom kvinnors hälsa förklarar dem som att kvinnor blir starkt påverkade i sitt vardagliga liv (Kammen & Oudshoorn 2002:453). Detta förstärks av en ny studie från 2018 som visar på ett starkt samband mellan ett ökat användande av antidepressiva medel bland unga kvinnor som använder hormonella preventivmedel (Zettermark, Vicente & Merlo 2018).

I en amerikansk intervjustudie (Littlejohn 2013) undersöks varför kvinnor slutar använda hormonella preventivmedel och hur biverkningarna påverkar deras upplevelse av sin kropp. Studien visar på hur kulturella föreställningar om genusroller påverkar kvinnors användning och upplevelser av hormonella preventivmedel, vilket kan leda till en minskad användning och en ökad risk för oönskad graviditet (Littlejohn 2013:857). Vanliga biverkningar från hormonella preventivmedel är just viktökning och humörsvängningar/ökad känslighet. Studien belyser hur en förstärkning av dessa attribut som kan kopplas till en negativ bild av kvinnligt genus, kan leda till att kvinnor slutar använda preparaten trots att det ökar risken för oönskad graviditet. Den metod som ska ge kvinnan större kontroll över sin sexuella hälsa begränsas på så sätt genom hur biverkningarna förstärker negativa kulturellt kodade associationer till kvinnligt genus (Littlejohn 2013:859).

Tidigare forskning belyser också hur hormonella preventivmedel kan ge både positiva och negativa effekter på användarnas sexuella lust (Burrows, Basha & Goldstein 2012). Resultat visar på att en viss del av användarna upplever en ökad libido medan en annan del upplever minskad libido. Merparten av de som ingick i studien upplever ingen skillnad. Forskarna belyser vikten av att preventivmedelsrådgivning bör lyfta fram både de positiva och negativa effekterna som preventivmedlen kan generera. De understryker även att forskningen kring hormonella preventivmedels påverkan på användarens libido är bristfällig. En grund till detta menar de kan vara att den kvinnliga libidon är komplex och att det därför är svårt att fastslå vilka effekter preventivmedlet kommer att ha på användarens sexualitet. För användare som upplever minskad libido poängterar de att det kan resultera i en stor påverkan på individens relationer och livskvalité (Burrows, Basha & Goldstein 2012). I relation till detta visar även en annan studie (Malmborg, Persson, Brynhildsen & Hammar 2015) några år senare, att 27 % av användarna som deltog i undersökning upplevde minskad sexlust under användningen av hormonella preventivmedel.

I en sociologisk studie undersöker även Kara Granzow (2007) den sociala konstruktionen av kvinnors ”val” när det kommer till användning av hormonella preventivmedel. Med ett kritiskt angreppssätt mot nyliberalismens ideologier visar hon på en ambivalens i kvinnors föreställda val. Kvinnor har nu försatts i en position där de har möjligheten att välja, samtidigt är de valbara alternativen få, de kan på olika sätt utsätta dem för risker, samt att valet i vissa fall fattas efter påtryckningar. Frågan om kvinnors självbestämmande genom att de har valmöjligheten att styra över sin egen reproduktion anses därför vara missvisande. Genom den nyliberala ideologin där valet implementeras som ett sätt att stärka kvinnors agens och självkontroll undångöms förståelsen av prevention som något annat än individuellt ansvar. Granzow menar att den gemensamma uppfattningen om kvinnors ”val” när det kommer till preventivmedel därför bör dekonstrueras vidare (Granzow 2007).

I relation till den tidigare forskningen jag har belyst ovan kan min studie knyta an till hur diskurser kring detta ämne ser ut i en svensk kontext. Vissa av dessa studier är framtagna efter att några av de radioprogram som jag analyserar spelades in. Dock ser jag den tidigare forskningen som ett viktigt underlag att ha i åtanke under den analys jag kommer att göra.

Teoretiskt ramverk

Det teoretiska ramverk som ligger till grund för min studie inleds med en presentation av Foucaults maktperspektiv. Som komplement till Foucaults teori kommer jag sedan återge Eduards teori om *kroppspolitik*, och avsluta med en historisk återgivning av den kvinnliga patientens relation till vården.

Foucauldianskt maktperspektiv, styrningsrationalitet och fogliga kroppar

Enligt Michel Foucault (2002) styrs vårt tänkande och handlande utifrån diskurser. Han menar att det är genom talet som makt och kunskap kopplas samman, och att diskurser på så sätt har en avgörande roll i det maktspråk som styr samhället. Maktspråket i sin tur har förmågan att kontrollera och begränsa hur vi handlar och tänker (Foucault 2002:110). Foucault är kritisk till det traditionella sättet att se på makt som något som alltid kommer ur en hierarkisk ordning, att olika enheter, grupper eller lagar sätter sig över andra. Han förklarar makt som en kedjeeffekt av de styrkeförhållanden som existerar i, och formar, de områden där de verkar. Han menar att makt är strategier och tekniker, något otydligt som existerar bland oss och i oss och att det inte går att äga makt. Han beskriver det som att ”Makten är överallt; inte därför att den omsluter allt, utan därför att den kommer överallt ifrån.” (Foucault 2002:103). Talets funktion bör därför varken ses som enhetligt eller stabilt. Enligt Foucault handlar det inte om att se talet som delat mellan det accepterade talet eller det uteslutna talet, det dominerande eller det behärskade, utan att se talet som former av element som verkar genom olika strategier. Detta innefattar både det uttalade och det som förtigits, det godkända talet och det förbjudna. Beroende på vem som uttalar sig, vilken maktposition personen har och i vilket sammanhang det sker, får elementen varierade effekter. På samma sätt som talet innefattar och producerar makt kan tystnaden, det utsagda, skydda och stärka makten. För att undersöka diskurser bör en därför förvänta sig ett invecklat och ostadigt spel ”där talet kan vara maktinstrument och makteffekt på en och samma gång, men också hinder, brofäste, motstånds- och utgångspunkt för en motsatt strategi.” (Foucault 2002:110). Foucault menar att ”motståndet aldrig står i utanförställning i förhållande till makten” och ”där makt finns, finns det motstånd” (Foucault 2002:105). Han beskriver det som att motstånd inte enbart synliggörs genom uppror och revolution, utan är verksamt på olika plan. Liksom maktnätet

kan ses breda ut sig genom samhällskroppens alla instanser, finns även motstånd invävt i det samma (Foucault 2002:106).

Foucaults maktförståelse utgår alltså ifrån att analysera hur makt verkar genom olika mikropraktiker. Till skillnad från den suveräna makten som verkar genom statens lagar och bestraffningar, belyser Foucault hur den *disciplinära makten* i det moderna samhället istället verkar genom normalisering (Nilsson 2008:100). Genom normer skapas vår förståelse av det ”normala”. Den disciplinära maktens syfte är att ingjuta en tro i människor att de följer dessa normer av fri vilja. I strävan efter att följa det normala skapas en tro i människor att de uppfyller sig själv. Ju ”nyttigare” de tror att de är för sig själva, desto lydigare är de under den disciplinära makten. På detta sätt menar Foucault att den disciplinära makten skapar *fogliga kroppar* som formas av normer utifrån ett ekonomiskt syfte att uppfylla samhällsnytta (Foucault 2001:162). Foucaults begrepp *biomakt* syftar till makten över liv, hur det moderna samhället genom olika maktmekanismer disciplinerar och kontrollerar sin befolkning. Kroppen ses här som en maskin som genom styrning och disciplinering optimeras i skapandet av den moderna människan. Kroppar formas genom olika teknologier och tekniker för att anpassas in i system av ekonomisk kontroll och effektivitet. Genom att mäta, kartlägga och övervaka populationens biologiska processer så som hälsa, reproduktion, dödlighet, livslängd med mera, skapas även en kontroll och reglering av samhällets invånare. Denna intervention kallar Foucault för *biopolitik* och är en strategi som hjälper till att förverkliga disciplineringen av kroppar (Foucault 2002:140-141).

Vid sidan av *disciplinering* och *biomakt* belyser Foucault en annan maktkonfiguration som han benämner med begreppet *gouvernementalité*. Med detta syftar han på den nya form av styrning som verkar genom olika procedurer och praktiker för att styra och kontrollera den ”sociala kroppens” beteende (Nilsson 2008:128). I en vidareutveckling av Foucaults begrepp använder Nikolas Rose (1995) begreppet *styrningsrationalitet*, vilket han förklarar som ”rationalitet för politisk styrning” (1995:43). Han beskriver hur det i skapandet av den liberala demokratin, som återger bilden av det befriade subjektet, har implementerats nya tillvägagångssätt att utöva makt. Dessa kan ses ta sin form genom utbildningsväsen, administrationen, industrin, politiken och ”privatlivet” (Rose 1995:41). I och med inrättningen av ”välfärdsstaten” har det politiska maktutövandet sammanlänkats med experters auktoritet, varigenom ett nytt regelverk för maktutövning iscensatts. ”Människor och aktiviteter skulle styras genom samhället, dvs. genom att man försökte påverka dem i

förhållande till en social norm, och genom att man inrättade deras erfarenheter och värderingar i en social form.” (Rose 1995:42). Genom att ge expertbefogenhet till en skara av ”fackmän” doldes det politiska maktutövandets implementering av normer, och istället sågs anspråket på sanning ligga i expertisens händer. Välfärdsstatens framgång möjliggjorde nya redskap för att styra människors beteenden. Detta kallar Rose för ”avancerad liberal maktutövning”, vilken inte längre grundas i styrning genom samhället ”utan genom enskilda medborgares reglerade val.” (Rose 1995:43). Här eftersträvas också att separera expertisens auktoritet från den politiska maktens arena genom att placera ut experter på den marknaden som nu styrs genom beräkningar, konkurrens och konsumentbehov. Den *styrningsrationalitet* som nu verkar består av ett flertal tekniker som påverkar varandra för att styra olika dimensioner av våra liv (Rose 1995:43-44).

De begrepp från Foucault och Rose som jag har belyst är intressanta för min studie eftersom preventivmedelsanvändning kan sammankopplas med kontroll över populationens reproduktion, statlig styrning och disciplinering av kvinnors kroppar. Dessa begrepp kommer jag att arbeta vidare med i min analys.

Kroppspolitik

Foucaults maktanalys har kritiserats för att utelämna könsmaktsordningen och inverkan av sociala konstruktioner av maskulint och feminint (Macleod & Durrheim 2002). Eftersom de diskurser jag har valt att undersöka är djupt rotade i en binär förståelse av kön/genus ser jag Eduardos (2012) teori om *kroppspolitik* som ett komplement i undersökningen av hur genus konstrueras i mitt material.

Kroppspolitik innefattas enligt Maud Eduards (2012) av en samverkan mellan politiska åtgärder och idéer om kroppar. Även om *kroppspolitik* kan innefatta olika tillskrivningar av kroppar så som ”ras”/etnicitet, kön/genus, sexualitet, klass och även andra sociala attribut, ligger Eduards fokus här på hur kroppar bekönas. Mer specifikt hur skillnad görs mellan det som ses som kvinnligt/feminint och manligt/maskulint, och hur kroppar styrs genom politiska processer men samtidigt ofta utelämnas i den offentliga debatten (Eduards 2012:14-15). Enligt Eduards är kvinnors kroppar ständigt utsatta för risken att förvandlas till objekt, och om eller när detta sker så förloras deras mänsklighet. Detta i motsats till bilden av mannens

innehav av en dominerande ställning där han alltid ses som mänsklig. Man och människa fogas samman och associeras med det universella. Mannens kropp avkänas, döljs och ses på samma gång som potent och allmängiltig, samtidigt som kvinnan relateras till kropp, kön och sexualitet (Eduards 2012:16-17). Eduards beskriver hur det nationella samförståndet formar interna skyldigheter, och att uppdelning av manligt och kvinnligt skapar en heterosexistisk imaginär värld för vilka funktioner män och kvinnor bör uppfylla (Eduards 2012:20). Även män står under maktordningens disciplinering av kroppar, men det som särskiljer kvinnokroppen är att den uppfattas som *tillgänglig*. Tillgänglig för mannens begär, fantasi och sexuella behov, på ett sätt som inte går att likställas med det omvända. Kvinnor utnyttjas inte enbart på ett sexuellt plan, utan även genom sociala, moraliska och politiska föreställningar om den kvinnliga kroppen som symbol för reproduktion och omsorgsarbete (Eduards 2012:18). Kvinnor hamnar alltså i ett *spänningsfält* mellan en positivt symbolladdad kropp och en kropp som på olika sätt ses som tillgänglig. Respekterade och samtidigt exploaterade. ”Ingen annan förtryckt grupp i samhället sätts både på piedestal och nedvärderas så som kvinnor” (Erving Goffman i Eduards 2012:23). Eduards förklarar det som att kvinnor står utanför kontrollen att själva bestämma när vördnad eller förtryck av deras kroppar ska gälla, och att det är något som kvinnor hela tiden måste anpassa sig till, vilket leder till en utsatthet av existentiell karaktär för kvinnan (Eduards 2012:23).

Kvinnor vs. Sjukvården - ett genusperspektiv

I min studie undersöker jag hur både användarna själva talar om sina upplevelser av biverkningar och hur personer med medicinsk bakgrund beskriver problematiken. Därför blir denna historiska återblick över konstruktionen av den kvinnliga patienten i relation till vården även ett komplement till Foucaults teori för att se om dessa maktförhållanden och konstruktioner återspeglas i de diskurser som framkommer i mitt material.

Den kvinnliga patienten

”När olust definierades som sjukdom [sic] och lidande som symtom, blev kvinnan patient.” (Johannisson 1994:242). Ur ett historiskt perspektiv beskriver Johannisson (1994) hur patientrollen på ett strukturellt plan blivit mer förknippad med kvinnorollen än mansrollen. Patientrollen innebär att den vårdsökande tvingas ge uttryck för sin svaghet, vilket var mer sammankopplat med den socialt konstruerade bilden av kvinnlighet än den av manlighet. Att

uttrycka svaghet och lidande var även något som blev mer förknippat med föreställningen om det kvinnliga språkets förmåga att uttrycka och förklara känslor. Johannisson visar även på hur detta antagande kunde leda till konflikt. Om en kvinnlig patient inte hade denna precision i hur hon beskrev sina symptom, kunde kontrasten till vetenskapens exakta språk leda till att symtomen i sig ansågs vara bagatellartade (Johannisson 1994:242-243). I ett mer marxistiskt inspirerat perspektiv på makt beskriver Johannisson hur läkarens möte med patienten anslöt till den hierarkiska traditionen där läkaren hade det överordnade ansvaret, och kvinnans positionen av det underordnade objektet. Under det sena 1800-talet hade läkarna stort inflytande i skapandet av definitionen av kvinnlighet och den idealiserade bilden av den sjukliga kvinnan. Genom tysta överenskommelser män emellan användes medikalisering av kvinnan som ett sätt att gynna de ekonomiska strukturerna och öka den industriella ekonomin (Johannisson 1994:243-245). Detta kunde exempelvis genomföras genom att framställa kvinnan som sjukare än hon egentligen var. Med frikostiga läkemedelsförskrivningar och modediagnoser ökades medikaliseringen av kvinnokroppen. Ett annat förhållningssätt som utvecklades till kvinnopatienten under den här tiden var *osynliggörande*. I denna situation sågs kvinnans upplevelse av sin sjukdom som ovidkommande, så länge den inte gick att fastställa inom vetenskapliga förklaringsmodeller. Ett vanligt bemötande från läkarens sida var här *misstänkliggörande* och en tro att kvinnan överdrev sin upplevelse (Johannisson 1994:246). Ett annat sätt att misstänkliggöra kvinnan var genom *moraliserande*, att förklara deras ohälsa som grundad i deras livsstil. Brist på vilja, njutningslystnad, slapphet och lättja var några beteenden som sågs som moraliskt opassande för en kvinna (Johannisson 1994:249). Även okvinnligt beteende så som ovilja till underordning, intellektuellt ambitiös, att ha ett sexuellt begär och en ovilja till självuppoffring kunde ses som grund för sjukdomstillstånd. Inte sällan rekommenderade läkare dessa kvinnor graviditet som bot, ”Kvinnan var som kvinnligast när hon var gravid, en symbol för moderskap, familjelycka, manlig potens och rasens fortbestånd.” (Johannisson 1994: 265).

Könade diagnoser

Den sociala konstruktionen av kvinnlighet och manlighet kan ses återkomma i nutidens diagnoser och sjukdomar. Vissa genusforskare menar att den medicinska förståelsen styrs av förutfattade meningar som bidrar till att deras seende begränsas från kunskap de inte förväntat sig att få. På så sätt kan den konstruerade föreställningen om kvinnligt och manligt resultera i olika diagnoser, vilket gör att medicinska diagnoser också kan ses som socialt konstruerade (Bengs & Hammarström 2004:267-268). Ett exempel på en ökande och könad diagnos är

depression, där kvinnor diagnostiseras med depression i betydligt högre grad än män (Sandström & Johansson 2004:307). Konstruktionen av kvinnors sjuklighet som skedde i perioden runt förra sekelskiftet bidrog till att koppla ihop kvinnligt genus med bilden av mental ohälsa. Under denna tidsperiod ”biologiserades medicinen och kvinnans biologi ansågs – till skillnad från mannens – vara nyckeln till hennes natur.” (Bengs & Hammarström 2004:268). Även fast det saknas vetenskapliga belägg för kopplingen mellan kvinnors periodiskt återkommande hormonsvängningar och depression, återfinns detta alltjämt som en tolkning inom medicinen när det kommer till att förklara könsskillnader i depression. Trots att vissa studier visar på en möjlig koppling mellan låga testosteronnivåer hos äldre män med depressiva symptom, har inte mäns hormonella svängningar på samma sätt problematiserats som en tänkbar orsak till depression (Bengs & Hammarström 2004:269).

Material & Metod

Jag kommer nu börja med att presentera det material jag har valt att undersöka samt vilka urval och avgränsningar jag har gjort. Därefter följer ett stycke om min positionering som forskare tillsammans med övriga etiska överväganden, för att slutligen redogöra för de metoder jag har valt att använda mig av.

Material

Materialet för min undersökning utgörs av fem program från Sveriges Radio där debatten om hormonella preventivmedel och dess biverkningar diskuteras. Sveriges Radio drivs av statliga medel och har i uppdrag att ”bedriva ljudradioverksamhet i allmänhetens tjänst och att verksamheten ska präglas av oberoende och stark integritet och bedrivs självständigt i förhållande till ekonomiska, politiska och andra intressen.” (Sveriges Radio 2020). De har en stor lyssnarkrets och en vanlig dag lyssnar närmare 60 % av Sveriges befolkning på Sveriges Radio (Sveriges Radio 2018). Mot bakgrund av deras stora spridning och oberoende journalistik ser jag deras program som ett intressant underlag för att analysera vilka diskurser som kommer till tals genom Sveriges Radio och vilken kunskap som på så sätt sprids om ämnet i Sverige.

Urval & avgränsningar

Efter att ha lyssnat igenom ett flertal program från år 2001 och framåt, slog det mig att den problematik som lyfts fram när det talas om hormonella preventivmedel på Sveriges Radio i stort sett har sett likadant ut under de senaste 20 åren. Utifrån den insikten har jag inte fokuserat mitt material till att ligga så nära i tiden som möjligt. För att avgränsa mitt material har jag istället valt ut program där både användare, forskare, läkare och barnmorskor får komma till tals, samt att programmets fokus är på användare som har upplevt biverkningar. Detta resulterade i fem program: ”P-piller har blivit en kvinnofälla” i Kropp & Själ (2013), ”P-piller – frihet och fara i en liten ask” i Kropp & Själ (2014), ”P-piller påverkar sexlusten” i Tendens (2014), ”P-piller – en välsignelse eller förbannelse” i Karlavagnen (2018), samt ”P-pillerskräcken” i P3 Dokumentär (2020). Eftersom syftet med studien inte är att analysera hur diskurserna förändras över tid kommer jag göra en samlad analys av alla programmen.

För att få fram ett mer överskådligt underlag valde jag att transkribera radioprogrammen, vilket resulterade i 71 sidor transkriberad text. Under transkriberingen kom jag till en punkt då jag kände att materialet började upprepa sig själv. Jag anser därför att de program som jag har valt ut som mitt material ger en bra återspeglning av hur det generellt talas om ämnet i Sverige Radio. Under transkriberingen förde jag anteckningar över återkommande mönster, tankar och idéer med koppling till mina frågeställningar, som ett förberedande arbete inför min mer djupgående analys.

Positionering och etiska överväganden

I enighet med feministisk forskning har jag ett kritiskt förhållningssätt till objektiv kunskap. Det vill säga att forskaren kan ställa sig utanför sin egen *bias* och se världen med neutrala ögon (Lykke 2009:20). All forskning kommer någonstans ifrån, vem som tar besluten om vilken forskning som ska utövas och vad det satsas pengar på bidrar också till att forskningen på ett eller annat sätt blir vinklad. Jag anser därför att det är av vikt att jag som forskare är transparent i mitt tillvägagångssätt och synliggör min personliga ingång till mitt forskningsfält (Lykke 2009:19). Som jag nämnde i inledningen kommer mitt intresse för problematiken bakom hormonella preventivmedel ursprungligen från att jag själv har testat flera olika hormonella metoder, som alla har gett mig biverkningar som gått ut över min fysiska och psykiska hälsa. Jag har även deltagit i nätbaserade forum där andra användare delar med sig

av sina erfarenheter av biverkningar. Genom dessa forum har jag fått en allt djupare förståelse för att jag är långt ifrån ensam i att uppleva att dessa preparat kan ge allvarliga effekter på användarnas liv. De val jag gör, vad jag väljer att lyfta fram samt det resultat jag kommer fram till utgår ifrån min position och mitt seende. Utifrån denna förståelse blir jag som forskare medansvarig i den kunskap som jag producerar (Lykke 2009:20). Jag har även en förståelse för att forskaren innehar en privilegierad position och besitter en makt i avgörandet av vilken kunskap hon väljer att lyfta fram. Mot denna bakgrund ser jag inte mina egna erfarenheter i ämnet som ett hinder, utan snarare som ett sätt att delta i kampen om vilken kunskap och vilka erfarenheter som anses vara relevanta.

I min uppsats följer jag Vetenskapsrådets direktiv för god forskningssed. Detta innebär bland annat att jag som forskare ska vara sanningsenlig i min forskning, att jag med en medvetenhet redogör för utgångspunkterna för min studie, samt att jag återger en öppen beskrivning av de metoder jag använt och det resultat jag kommit fram till (Vetenskapsrådet 2017).

Eftersom jag har valt att analysera offentligt material som fritt finns att tillgå på internet har jag även tänkt över huruvida jag anonymiserar mina forskningssubjekt (Association of Internet researchers 2012:5-7). De barnmorskor, läkare och professorer som medverkar i programmen kan ses som offentliga personer. Detta på grund av att deras medverkan grundas i deras medicinska yrkestitel, och att de själva valt att medverka i programmet just i egenskap av denna position. Användarna som medverkar i programmen anser jag vara privatpersoner, och jag saknar kunskap om de medverkar under sina riktiga namn eller ej. Om jag väljer att anonymisera vissa och inte andra krävs att jag gör en subjektiv övervägning om personernas positioner vilket kan vara riskabelt. Därför har jag beslutat mig för att endast benämna dem som talar utifrån sin medicinska position vid deras yrkestitel och användarna anonymiseras till ”användare”.

Metod

Jag kommer nu redogöra för mitt val av metod och hur jag har gått tillväga med analysen. För att undersöka mina frågeställningar har jag valt att utgå ifrån en Foucauldiansk diskursförståelse (Foucault 2002, Bergström & Boréus 2016) i kombination med Carol Bacchis analysverktyg *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* (2009).

Eftersom jag vill undersöka hur biverkningar från hormonella preventivmedel artikuleras och problematiseras i mitt material, anser jag att diskursanalys med en fördjupning av analysverktyget *What's the problem represented to be?* är en välanpassad metod för att besvara min frågeställning. Genom att kombinera dessa två hoppas jag kunna bredda min undersökning om hur hormonella preventivmedel och dess biverkningar artikuleras och problematiseras inom diskurserna.

Foucauldiansk diskursanalys

Foucaults diskursanalys grundas i en poststrukturalistisk vetenskapssyn och innefattar en vidgad förståelse av diskursbegreppet. Till skillnad från den första generationens diskursanalys med snävare lingvistiskt fokus på det talade och skrivna språket, ger det vidgade begreppet även betydelse åt det utomspråkliga genom att addera dimensionen av sociala praktiker som underlag för analys (Bergström & Boréus 2016:355-356). I min analys kan exempelvis diskurserna ses övergå i sociala praktiker genom hur användarna bemöts av vården under preventivmedelskonsultationen, och hur det i förlängningen påverkar användarnas handlande.

Två centrala begrepp inom den Foucauldianska diskursanalysen är *arkeologi* och *genealogi*. Det *arkeologiska* tillvägagångssättet har fokus på diskursernas inre struktur, vilken innefattar olika regelsystem och det som Foucault kallar *episteme* (Bergström & Boréus 2016:359). *Episteme* kan förklaras som att varje epok har ett visst sätt att organisera världen och hur denna ordning ser ut skapar grunden för vad som är möjligt att veta. I och med att världen utvecklas, förändras även vilken kunskap och vilket tänkande som är möjligt (Nilsson 2008:41-43). Inom mitt ämnesområde kan till exempel medicinen som vetenskap ses utgöra en grundlag för vad som är möjligt att veta. Medan en *arkeologisk* analys fokuserar på diskursens inre struktur, kan det *genealogiska* angreppssättet undersöka hur dessa strukturer har kommit till, det vill säga hur de har skapats historiskt. Fokus ligger på att studera möjlighetsvillkor för diskurser, ”hur det kommer sig att ett visst fenomen problematiseras, görs till studieobjekt för olika vetenskaper och leder till olika sociala praktiker eller institutionella lösningar” (Bergström & Boréus 2016:359-360). Här kan mitt bakgrundsavsnitt om *den kvinnliga sexualiteten* samt mitt teoretiska perspektiv på *den kvinnliga patienten* ses som ett sätt att undersöka aktuella problematiseringar *genealogiskt*. Maktperspektivet finns

dock inneboende i diskursbegreppet oberoende av angreppssätt genom *arkeologi* eller *genealogi*.

Inom diskurser skapas övertygelser om hur världen är eller bör vara beskaffad, och genom dessa övertygelser kontrolleras människor. Enligt Foucault sker detta genom vad han benämner som *utestängningsmekanismer*, vilka exempelvis skapas i förståelsen av vad som är rätt eller fel, vad som definieras som ohälsosamt eller hälsosamt, vad som är förbjudet och vad som tillåts, eller vad som klassas som traditionellt eller otraditionellt. Denna maktmekanism utvecklas i relationer mellan individer och leder till att vissa människor begränsas och andra ges handlingsutrymme. Det som driver *utestängningsmekanismerna* är enligt Foucault den etablerade kunskapen. Kunskap är det som styr mekanismerna och sätter regler för vad som kan sägas, vem som får säga det och utifrån vilken position. Foucault avfärdar idén om subjekt som självständiga och självstyrande. Han utgår istället från *subjektspositioner*, och att individers och organisationers handlingsutrymme skapas och ramas in genom diskurser. Subjektets handlingsutrymme bestäms alltså utifrån diskursivt skapade positioner, genom detta synsätt bör därför inte dess handlingsmöjlighet ses som fri (Bergström & Boréus 2016:361). I min studie blir det intressant att utifrån Foucaults teori om *subjektspositioner* undersöka hur de medicinskt formulerade språket får fäste inom diskurserna och skapar sanningar om preventivmedel och dess biverkningar, samt hur det formar subjektens handlingsutrymme.

What's the problem represented to be?

Carol Lee Bacchis *Analysing Policy; What's the Problem Represented to Be?* (2009) är ett analytiskt verktyg utformad för att analysera policys (vidare förkortat WPR). Men genom dess metodologi och tillämpning är det även användbart för att analysera problemformuleringar inom en bredare kontext (Bacchi 2009:vi). Preventivmedelsanvändning kan ses som ett starkt normaliserat samhällsdirektiv riktat till personer med livmoder. De diskurser jag är intresserad av att undersöka har även ett fokus på just problem kring användningen av preventivmedel. Utifrån det anser jag att WPR kan bidra med en intressant vinkel för att undersöka studiens frågeställningar.

Enligt Bacchi formas policys (i mitt fall direktiv, vilket jag framöver kommer använda för att anpassa analysmetoden till min studie) utifrån diskurser. Utifrån förståelsen av diskurser som meningsbyggande system, kan WPR-analysen användas som ett sätt för att ta reda på hur denna mening skapas. Detta genom att undersöka och identifiera nyckelkoncept, dikotomier och kategorier inom direktiven (Bacchi 2009:7). Det som bör undersökas är alltså inte problemet i sig utan hur problemet representeras. Detta utförs genom att kartlägga de implicita problemen inom ett direktiv och göra dem explicita, för att därefter undersöka dem mer ingående (Bacchi 2009:x). Istället för att enbart acceptera att något klassas som ett ”problem” kan WPR-analysen hjälpa till att undersöka vad problemet antas vara och vilka underliggande tankar och antaganden som har bidragit till att just detta ses som ett ”problem” (Bacchi 2009:xiii). I min undersökning är WPR-analysen ett viktigt redskap för min målsättning att dekonstruera de medicinska problemformuleringarna som framkommer i mitt material.

För att ta sig an analysmetod erbjuder Bacchi sex steg att utgå ifrån (Bacchi 2009:xii, 2). WPR-analysen kan utföras genom att följa alla sex steg systematiskt, men det är även möjligt att välja ut de frågor som är av intresse för studiens syfte (Bacchi 2009:128). Jag har valt att utgå ifrån tre av de sex frågorna, vilka även är inarbetade i mina två första frågeställningar (se sida 4). Frågorna har fritt översatts till svenska:

1. Vad är problemet och hur representeras det?

Den första frågan handlar om att tydliggöra hur problemen med biverkningar från hormonella preventivmedel representeras inom diskurserna. Jag går här igenom mitt material och identifierar de stycken där problemen framställs för att hitta den bakomliggande problemrepresentationen. Bacchi menar att sättet ett problem framställs på även ger implikationer på hur det tänks kring problemet, och hur personer som är involverade i problemet blir behandlade (Bacchi 2009:1). Genom att analysera de medicinskt formulerade problemrepresentationerna kommer jag därför även kunna undersöka vilka konsekvenser det medicinska perspektivet får för sättet användarna behandlas på.

2. Vilka antaganden ligger till grund för denna representation av problemet?

Utifrån resultatet från den första frågan fördjupas här analysen genom att se till de underliggande förståelser som ligger bakom problemrepresentationerna. Vilka antaganden

går att urskilja och vad tas för givet genom att representera problemet på detta sätt. Målet är att upptäcka de förutfattade meningarna som ligger bakom problemrepresentationen. Det är här en djupare analys av vilka nyckelkoncept, dikotomier och centrala teman som går att urskilja i diskurserna kommer in (Bacchi 2009:4-10).

3. *Vad lämnas oproblematiserat i problemrepresentationen? Vad är det som inte sägs?
Går det att tänka kring problemet på ett annat sätt?*

En av WPRs uppgift är att problematisera problematiseringen. Här gäller det att se till vad som utelämnas i problemrepresentationen, samt belysa perspektiv som tystas eller osynliggörs. Det kan alltså handla om att vissa perspektiv hamnar i skymundan, men även ge ljus åt spänningar och/eller motsägelser i problemrepresentationen (Bacchi 2009:12-14). Utifrån Foucault kan maktteknikerna även ses agera genom det utsagda (Foucault 2002:110). I relation till mina frågeställningar är denna fråga därför intressant både när det gäller hur problemet representeras, hur biverkningarna artikuleras, men även i möjliggörandet och omöjliggörandet av subjektspositioner.

I arbetet med analysen började jag med att gå igenom den transkriberade texten, program för program, och fokuserade på hur problemen med biverkningar från hormonella preventivmedel representeras i mitt material. Under transkriberingen hade jag noterat en samstämmighet inom det medicinska perspektivet, alltså hur barnmorskor, läkare och forskare talade om ämnet, som skiljde sig från den samstämmighet som jag noterade hos användarna. Jag valde därför att först analysera användarnas representationer, för att sedan analysera det medicinska perspektivets representationer. Efter den första genomgången gick jag sedan vidare och undersökte vilka bakomliggande antaganden de medicinskt formulerade problemformuleringar kan tänkas bygga på. Till sist undersökte jag vad som utelämnades/tystades genom att representera problemen på detta sätt. Utifrån det resultat som framkommit under analysens gång utformade jag sedan tre olika teman som jag såg var återkommande i materialet. Dessa teman kommer jag presentera närmare under analysdelen.

Analys

Jag kommer att redogöra för min analys genom att presentera mitt resultat under tre olika teman. Det första temat: *Styrning av kvinnors valfrihet och risktagande*, ger en generell överblick av min första frågeställning om hur problemen med hormonella preventivmedel representeras och artikuleras i mitt material. Det andra temat: *Konstruktionen av sann kunskap*, går djupare in på hur biverkningarna från preparaten artikuleras, och det sista temat: *Konstruktionen av det kvinnliga subjektet*, undersöker vilka subjektpositioner som möjliggörs och omöjliggörs genom den medicinskt formulerade problemrepresentationen. Min frågeställning om vilka underliggande antaganden den medicinskt formulerade problemrepresentationen bygger på, samt vad som lämnas oproblematiserat genom att representera problemet på detta sätt, återfinns genomgående i alla tre teman.

Styrning av kvinnors valfrihet och risktagande

Under analysens första tema kommer jag inleda med att presentera hur problem med hormonella preventivmedel representeras i mitt material, samt hur det talas om biverkningar från dessa preparat. Utifrån de problemrepresentationer som framkommit kommer jag även belysa vad dessa representationer lämnar oproblematiserat samt vad som utelämnas genom att representera problemet på detta sätt. Enligt Bacchi bör sättet som ett problem representeras på förstås som en form av styrningsteknik. Genom att undersöka framställningen av vad som antas vara ett problem och hur resonemanget kring detta problem ser ut, går det även att få en inblick i hur dessa styrningstekniker verkar (Bacchi 2009:xiii)

Det underliggande problemet kring hormonella preventivmedel som framkommit i mitt material, beskrivs utifrån det medicinska perspektivet vara när preparaten inte används och mot vilken bakgrund det inte används. Primärt representeras problemet här av att en utebliven användning av hormonella preventivmedel leder till ett ökat antal oönskade graviditeter och ett ökat abortantal. En överläkare i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) beskriver det såhär:

Ja alltså vi ser ju det när det blir olika larm i media, det såg vi i mitten på 90-talet så blev det ju väldigt mycket larm på grund av blodproppar och då såg vi att just abortsiffror som då får representera en ökad andel oönskade graviditeter de steg ganska kraftigt.

Här antas att en utebliven användning leder till ett ökat antal oönskade graviditeter vilket blir det som representerar problemet och inte hormonella preventivmedel i sig. Den mediala debatten och spridning av skräckpropaganda kring hormonella preventivmedel problematiseras även inom det medicinska perspektivet. Detta antas vara en bidragande faktor till att kvinnor väljer att sluta, eller att inte börja använda hormonella preventivmedel, vilket då kan förstås som den sekundära problemrepresentationen.

Utifrån det medicinska perspektivet uttrycks att informationen om olika preventivmetoder till användarna är viktig och att barnmorskorna har ett stort ansvar att på ett individbaserat plan konsultera sig fram till den bästa metoden. När det talas om användare som upplever biverkningar från sina hormonella preventivmedel (i detta fall p-piller) är lösningen utifrån det medicinska hållet främst att testa en annan hormonell metod. En professor i *P-piller påverkar sexlusten* (Tendens 2014) förklarar det såhär:

[...] då är det ju viktigt att hon inte bara slutar och utsätter sig för risken att bli oönskat gravid, det innebär ju en rad risker som är helt onödigt att utsätta sig för utan det viktiga är ju att hon tar den hjälp som finns att få och får hjälp att hitta en annan metod. Men det finns ju en rad metoder som vi vet är väldigt effektiva eftersom de kräver väldigt lite av användaren, man kan i princip glömma bort dem och de fungerar ändå, och det är de som vi kallar för långverkande metoder som p-stav och spiral. Det är egentligen de allra bästa metoderna, de har inga allvarliga biverkningar.

I detta citat kan vi åter se den primära problemrepresentationen återspeglas i hur professorn lägger vikt vid att användaren inte ska utsätta sig för risken att bli oönskat gravid. När valet att sluta inte ges som ett alternativ kan detta förstås som en styrning och reglering av användarnas valfrihet (Rose 1995:43). De metoder som rekommenderas som alternativ till användare som upplevt biverkningar är andra former av hormonella preventivmedel. Långverkande metoder innebär att spiralen eller p-staven sätts in i kroppen där de är verksamma under 3-5 år. Eftersom det medicinska perspektivet ser den mediala debatten kring biverkningar som en del av det som representerar problemet, fokuserar deras artikulering av hormonella preventivmedel på att lyfta fram de positiva effekterna. När

professorn säger att dessa preparat inte har några allvarliga biverkningar, är det viktigt att poängtera att vanliga biverkningar från spiral och p-stav är: oregelbundna blödningar, akne, viktökning, nedstämdhet och minskad sexlust (RFSU 2017b). Genom att artikulera exempelvis nedstämdhet och minskad sexlust som ”inga allvarliga biverkningar”, utelämnas en problematisering av vilken inverkan dessa biverkningar kan ha på användarnas psyke och kroppar.

Användarnas problemrepresentation av hormonella preventivmedel fokuseras primärt kring att de inte fått tillräcklig information från vården om vilka olika preventivmetoder som finns att tillgå, samt om vilka biverkningar de olika preparaten kan ge. Många vittnar även om att de har blivit övertalade att börja med hormonella preventivmedel, trots att det inte var orsaken till att de sökte sig till ungdomsmottagningen eller barnmorskan från första början. Framförallt saknar de under konsultationen information om hormonfria alternativ. Till exempel uttrycker en användare i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp och själ 2013) sitt möte med vården såhär:

[...] det var liksom väldigt tydligt från barnmorskan att sluta gör man inte utan man byter sort, och så gjorde jag det men det var ingen skillnad [...] för min del var jag nedstämd innan och det blev värre och det gör mig jätte upprörd. Att inte jag fick information om att det kan försämra humöret och att hon inte frågade om det, vare sig första gången eller andra gången när jag kom, utan det var jag som tog upp det men att hon ändå stod på sig och tyckte att det här ska du ha.

Användaren uttrycker här att hon upplever biverkningar från sitt hormonella preventivmedel och blir övertalad att testa en annan hormonell metod. Vårdens bemötande visar även här på den *styrningsrationalitet* som tidigare beskrivits (Rose 1995:43). Att användare som besöker vården utan syfte att skaffa sig ett preventivmedel påverkas att börja använda preventivmedel kan även ses som en styrning av kvinnan. Biverkningar som nedstämdhet ses från det medicinska perspektivet, utifrån mitt tidigare stycke, inte som en allvarlig biverkning utan som en risk som inte överväger risken att bli oönskat gravid. Vilket kan förstås som en bidragande faktor till att de oproblematiserat rekommenderar användarna att testa en ny hormonbaserad preventivmetod istället för en hormonfri metod.

Genom att återge användarnas erfarenheter av mötet med vården vill jag visa på hur den medicinska diskursen kring hormonella preventivmedel övergår i sociala praktiker och får en

materiell inverkar på användarnas kroppar (Bergström & Boréus 2016:358). Användarna representerar även problemet med hormonella preventivmedel kring det ansvar vården lägger på kvinnor att skydda sig mot oönskad graviditet, och till vilken grad de förväntas utsätta sina kroppar för risker av biverkningar. Flera användare beskriver att biverkningarna fortsätter, eller att de ibland drabbas av nya trots att de efter konsultationen med vården byter preventivmetod. Vårdens rekommendation att testa sig fram mellan olika hormonella metoder beskriver exempelvis en användare i *P-piller påverkar sexlusten* (Tendens 2014) att det får henne att känna sig som en försökskanin:

[...] det är ju ett förslag som kommer från många barnmorskor idag, att prova det här pillret i tre månader och fungerar det inte så provar vi en ny sort och med 8-10 olika sorters preventivmedel så kan du vara försökskanin ganska länge och jag tycker inte att man ska behöva känna så som kvinna.

Utifrån detta citat kan de upprepade försöken med att testa nya metoder upplevas som att användaren experimenterar med sin kropp. I vårdens rekommendationer utelämnas en problematisering av vad det innebär för användarna att testa sig fram och byta metod flera gånger, samt risktagandet användaren då ställs inför. När preventivmedelsrådgivningen främst fokuserar på de hormonella metoderna kan det förstås som en reglering av användarnas valfrihet (Rose 1995:43). Genom att inte informera om eller rekommendera de hormonfria metoderna, samt att valet att sluta sitt användande inte rekommenderas inom vården, och inom det medicinska perspektivet, begränsas användarnas möjligheter att göra genomtänkta överväganden och fatta beslut om vilka risker de är villiga att utsätta sina kroppar för.

Konstruktionen av sann kunskap

Under mitt första tema redovisade jag hur de medicinska formuleringarna kring hormonella preventivmedel och dess biverkningar bidrar till en styrning av användarnas valmöjligheter och risktagande. I mitt andra tema kommer jag nu övergå till att redogöra för vad som anses vara sann kunskap inom de diskurser som framkommit i mitt material (Nilsson 2008:41-43). Jag kommer här främst utgå ifrån mina frågeställningar om hur biverkningar från hormonella preventivmedel artikuleras i mitt material, samt vilka antaganden som kan ligga bakom de förståelser av biverkningar som framträder i radioprogrammen.

Även fast mycket forskning har gjorts kring hormonella preventivmedel sedan de först släpptes på marknaden på 60-talet, uttrycker flera professorer i mitt material att det saknas forskning om hur preparaten kan påverka användarnas psykiska hälsa. De menar att det i studier är svårt att fastställa om det är preventivmedlet som påverkar testpersonernas psykiska mående, eller om det är någon annan yttre påverkan. Bristen på forskning kring psykiska biverkningar kan enligt en professor i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) även ha att göra med läkemedelsindustrins egna intressen:

Ja jag tror att det kan bero på att det inte har legat i läkemedelsindustrins intresse eh utan de vill ju naturligtvis sälja så mycket p-piller som möjligt och eh och då är det smartare att jämföra olika preparat istället för att jämföra mot placebo [...]

Utifrån professorns uttalande kan alltså läkemedelsindustrins vinstintresse bidra till att de inte väljer att undersöka vilka psykiska biverkningar användarna kan drabbas av. När det inte satsas pengar på forskning om psykisk ohälsa finns det därför inte heller något resultat att utgå ifrån. Ett underliggande antagande som framträder i mitt material är att det som det medicinska perspektivet anser vara sann kunskap endast är det som har fastslagits vetenskapligt (Nilsson 2008:41-43). Detta återspeglas inom det medicinska perspektivet genom en misstro till att användarna själva skulle kunna känna skillnad på biverkningar och yttre påverkan som grund för exempelvis psykisk ohälsa. I *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) talar en professor om en ny placebokontrollerad studie (den första sedan 1971 enligt professorn) som genomförs för att få fram underlag på hur mycket användarna faktiskt påverkas psykiskt av hormonella preventivmedel:

[...] det finns föreställningar om att man kan må dåligt av p-piller men då vet vi inte riktigt är det föreställningar man har eller är det verkligen så att p-piller påverkar väldigt mycket hur man mår?

Eftersom det finns så lite forskning menar professorn att det är svårt att säga om kvinnorna föreställer sig eller om det är verkliga biverkningar. Användarnas egna upplevelser och levda erfarenheter ses inte som tillräckligt underlag. Finns det inte siffror på det så finns det inga biverkningar. Professorerna i materialet visar på en medvetenhet om dessa brister i forskningen men de utelämnar en diskussion om hur denna brist på forskning påverkar deras egen syn på användarnas upplevelser som icke tillförlitliga.

Inom det medicinska perspektivet finns även ett återkommande mönster av en dubbeltydighet. Nedsatt sexuell lust beskrivs många gånger som en välkänd biverkning av professorerna, läkarna och barnmorskorna själva, men när användarna beskriver att de upplever en nedsatt sexlust återges en skepsis. En barnmorska i *P-piller – frihet och fara i en liten ask* (Kropp & Sjal 2014) uttrycker sig till exempel såhär:

Ja det är också svårt i en rådgivningssituation att tillsammans då försöka hitta orsaken till minskad lust, ibland kan det bero på p-pillren, ibland kan det bero på en relation som inte riktigt fungerar, att man inte känner sig sedd eller bekräftat eller att man faktiskt inte tänder på sin partner.

I citatet artikuleras användarnas upplevda biverkningar utifrån barnmorskans perspektiv som osäker kunskap, och framställs på så sätt som ovederhäftiga. Mot bakgrunden av att många hormonella preventivmedel både har nedstämdhet och minskad sexlust som vanliga biverkningar (RFSU 2017b) kan de medicinska artikuleringarna av användarnas upplevda biverkningar här ses ett *misstänkliggörande* och *osynliggörande* av användarnas egna upplevelser av sina symptom (jfr Johannisson 1994:246). Utifrån Foucaults begrepp *episteme* styrs det som förstås som sanning här utifrån den medicinska kunskapen, medan användarna försätts i en position där deras erfarenheter och kunskap om sin egen kropp inte ses som sann (Nilsson 2008:41-43).

När det medicinska perspektivet talar om preventivmedlens positiva effekter är det med en mycket tydligare artikulering än när de talar om negativa effekter. De positiva effekterna som hormonella preventivmedel kan bidra med utöver att skydda mot oönskad graviditet förklarar en professor i *P-piller – en välsignelse eller förbannelse* (Karlavagnen 2018) såhär:

[...] många unga tjejer som får p-piller har ju problem med huden, med acne där p-pillren kan var jättebra, de har problem med PMS där p-piller faktiskt är en bra behandling, väldigt många har problem med rikliga blödningar eller kanske inte blöder jättemycket men kanske tillsammans med att man äter lite dåligt och då kanske p-piller är bra för att det minskar risken med rikliga blödningar och blodbrist och sen så är det ju också fantastisk bra behandling mot mensvärk så det är ju de här direkta effekterna, men sen är det många som inte känner till att p-piller skyddar och minskar risken för dödsfall i cancer och det inkluderar flera olika typer av cancer.

Sättet som de positiva effekterna från hormonella preventivmedel artikuleras i citatet ovan görs med betydligt större säkerhet än när de exempelvis talas om psykiska biverkningar. Men det de utelämnar och lämnar oproblematiserat genom att tala om de positiva effekterna på detta sätt är att friska kvinnor som inte led av något av dessa besvär innan, lika gärna kan få dem av samma preparat som sägs kunna lindra dem (RFSU 2017b). Eftersom vården är de som förväntas informera användarna om hormonella preventivmedel, blir effekterna av den *utestängningsmekanism* som sker genom det medicinska sätt att artikulera biverkningar, att de positiva effekterna ses som mer sanna än de negativa. Användarnas upplevelser av de negativa effekterna *osynliggörs* och blir på så sätt till osanningar.

I mitt material framkommer det att blodpropp är en biverkning som har fastslagits genom vetenskapliga studier och därför bevisligen kan förekomma vid användning av vissa hormonella preventivmedel. Här beskriver exempelvis en professor i *P-piller påverkar sexlusten* (Tendens 2014) sin syn på blodpropp som biverkning:

[...] när det gäller risk för blodpropp, det är en extremt sällsynt biverkan till p-piller men men det är en biverkan som vi som förskriver p-piller känner till och därför är det ju receptbelagt och det är något som man alltid går igenom om det finns riskfaktorer och då ska man kanske inte ha p-piller [...]

Citatet ovan visar här på en skillnad i hur det medicinska perspektivet förhåller sig till biverkningar på olika sätt. Blodpropp som är vetenskapligt fastställd och kan ha en dödlig utgång ses som så pass allvarlig att användare med en ökad risk för blodpropp rekommenderas att inte äta p-piller. Men som jag visade under mitt första tema (s 23) klassas inte exempelvis psykisk ohälsa som så pass allvarlig att användaren bör sluta, utan då rekommenderas en annan hormonell metod. Psykisk ohälsa kan därför tolkas som en biverkning som det medicinska perspektivet accepterar att användarna kan utsättas för, alltså att risken för psykisk ohälsa inte överskrider risken att bli oönskat gravid. Detta återspeglar den tidigare forskningen där riskbedömningen av vilka biverkningar som accepteras görs i förhållande till risken en användare skulle behöva utsätta sig för om hon behöver genomgå en osäker abort (Kammen & Oudshoorn 2002:453). Utifrån en svensk kontext framkommer alltså här att användare som har tillgång till säker abort även förväntas acceptera biverkningar som psykisk ohälsa och minskad livskvalité. Genom det medicinska perspektivets artikulationer av biverkningar konstrueras även här en sanning om vilka påfrestningar det är

okej att utsätta kvinnokroppen för, vilket medför en förståelse av att det är okej att utsätta kvinnokroppen för risker.

Konstruktionen av det kvinnliga subjektet

Styrningen av kvinnors valfrihet och risktaganden samt konstruktionen av sann kunskap som jag har redovisat ovan, har en stark koppling till de subjektpositioner som möjliggörs och omöjliggörs inom diskurser kring hormonella preventivmedel. I det sista temat kommer mitt fokus ligga på min tredje frågeställning för att synliggöra hur dessa positioner konstrueras i mitt material.

Utifrån det medicinska perspektivet målas det upp en tydlig föreställning av att kvinnor som använder preventivmedel ses som ansvarsfulla individer. En överläkare i programmet *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) uttrycker sig exempelvis såhär:

Ja, jag kan tycka att det är ansvarsfullt att man överhuvudtaget kontaktar vården och ber om hjälp för att skydda sig mot en oönskad graviditet, det tycker jag verkligen är ansvarsfullt [...]

Utifrån citatet ovan går det även att tolka det som att de som inte söker hjälp, eller inte skyddar sig mot oönskad graviditet därmed ses som oansvarsfulla individer som inte vet sitt eget bästa. Inom diskurser om hormonella preventivmedel konstrueras på detta sätt det kvinnliga subjektets position som antingen ansvarstagande eller oansvarstagande (Bergström & Boréus 2016:361). En användare i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) beskriver hur hon redan i ung ålder uppmanas ta detta ansvar:

Jag hade inte debuterat sexuellt och sökte för menssmärton och fick beröm för att jag var så duktig och ville ta ansvar för och äta p-piller [...] och jag ville gärna ha beröm så jag började kaka [...]

Innan användaren ens blivit sexuellt aktiv rekommenderas hon här att börja med hormonella preventivmedel och ”ta ansvar”, trots att det egentligen inte var därför hon sökte sig till ungdomsmottagningen från första början. Utifrån Foucault kan det medicinska agerande här förstås som en del av *biomaktens* tekniker, i hur de genom disciplinering styr unga kvinnor att

ta på sig ansvaret som en förebyggande åtgärd (Foucault 2002:140). Genom att följa den medicinska disciplinering blir användarna till *fogliga kroppar* som genom övertalning tvingas lyda för sitt eget bästa (Foucault 2001:162).

Eftersom kvinnor i tidig ålder har fått lära sig att ta detta ansvar, samt mot bakgrunden av att framtagningen av ett manligt alternativ till hormonella preventivmedel som pågått sedan 70-talet (Kammen & Oudshoorn 2002) ännu inte har lyckats lansera ett preparat på marknaden, har det försatt kvinnor i en position där det övergripande ansvaret hamnat på dem. När det medicinska perspektivet talar om ansvaret att skydda sig mot oönskad graviditet riktar de sig även i princip enbart till kvinnor. En professor i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Sjal 2013) som får frågan om hur möjligheterna ser ut för ett hormonellt preventivmedel för män svarar såhär:

[...] det är ju svårt att titta på hormonella metoder för män eh det kräver att man måste se att spermerna inte lever och man måste kontrollera det väldigt noga och så där och sen så händer det ju ändå mycket när det gäller till exempel spiraler på olika sätt eh som och stavar så det har ju ändå hänt litegrann [...]

Istället för att gå in i en diskussion om männens ansvar i frågan om reproduktion, övergår professorn här till att tala om vilka möjligheter som skapats för kvinnor. Genom att utelämna mannens delaktighet och ansvar när det gäller att skydda sig mot oönskad graviditet konstrueras en föreställning om att detta enbart är en kvinnofråga. Utifrån Foucaults teori om *subjektspositioner* kan detta förstås som en diskursivt skapad position för kvinnan, där hela ansvaret läggs på henne. Genom *utestängningsmekanismen* att utelämna mannens ansvar inom diskursen ges hans position ett stort handlingsutrymme, vilket bidrar till att han friställs från skuld och ansvar (Bergström & Boréus 2016:361, jfr Eduards 2012:16-17). Kvinnan får ta skuldbeläggningen från vården om hon inte skyddar sig, och får även skulden om hon behöver göra en abort. Genom det medicinska perspektivets övertygelse om att det är kvinnan som ska ta ansvar och skydda sig, ramas det kvinnliga subjektets position in vilket ger henne ett begränsat handlingsutrymme (Bergström & Boréus 2016:361).

Den oansvariga individen framkommer även genom de medicinska artikulationerna kring att vissa användare kan ha svårt att komma ihåg att ta sina p-piller. En sexualrådgivare i *P-piller – en välsignelse eller förbannelse* (Karlavagnen 2018) uttrycker sig såhär:

Om man har misslyckats på olika sätt [...] glömske-effekten, alltså när det gäller p-piller idag som är lågdoserande så är det ju lite problematiskt om man glömmer att ta dem för risken ökar ju då för oönskad graviditet [...]

Utifrån citatet ovan kan oaktsam användning förstås som ett ”misslyckande”, eftersom det ökar risken för oönskad graviditet. Genom att benämna utebliven användning som ”misslyckande” förstärks bilden av att den oansvariga individen är den som inte tar sitt ansvar. Enligt Rose kan sättet ett problem formuleras på även fastställa vad som anses vara ett problem, vad som betraktas som ett misstag och vad som ses som en lösning (Rose 1995:43). När det medicinska perspektivet ser utebliven användning som ett problem blir användarnas ”glömske-effekt” till ett misstag. För att lösa problemet med ”oansvariga individer” rekommenderas att användarna istället bör använda långverkande metoder, en överläkare i *P-piller har blivit en kvinnofälla* (Kropp & Själ 2013) säger:

[...] vi måste ju tänka på att det kan finnas andra metoder som kanske är mer effektiva än till exempel p-piller, nämligen sådana som inte kräver att någon tar ett piller varje dag och där har vi ju stavar och spiraler [...]

De långverkande metoder som föreslås i citatet ovan innebär, som jag tidigare har förklarat, att spiralen eller p-staven sätts in i kroppen där den är verksam i 3-5 år. Genom dessa långverkande metoder kan risken för ”misslyckande” alltså undvikas, men samtidigt skapas även en mer djupgående styrning och kontroll av användarnas kroppar som sträcker sig över flera år. En professor i *P-piller påverkar sexlusten* (Tendens 2014) lägger även fram det som att: ”[...] man kan i princip glömma bort dem och de fungerar ändå [...]”. Användare som i övrigt ser sig som friska kan med andra ord glömma bort att de har ett receptbelagt läkemedel i kroppen. Effekterna av detta återges exempelvis när en användare i *P-pillerskräcken* (P3 Dokumentär 2020) akut behövde söka läkarvård för vad som visade sig vara blodproppar i lungorna: ”De frågade här i början att om jag åt några läkemedel och jag hade inte tänkt på att p-piller är ett läkemedel [...]”. När användarna inte ser hormonella preventivmedel som ett receptbelagt läkemedel riskerar deras möte med vården att leda till att de inte får rätt behandling, vilket skapar en än mer utsatt position för användaren.

I mitt material har det även varit återkommande i alla fem radioprogram att det medicinska perspektivet återspeglar en kamp om att bevara narrativen om hur revolutionerande p-pillret

har varit för kvinnors sexuella frigörelse och kontroll över sin fertilitet. Till exempel återges det av en professor i *P-piller påverkar sexlusten* (Tendens 2014) såhär:

[...] det var ju faktiskt en revolution när p-pillren kom, sen kan man ju ha mycket synpunkter på biverkningar och rädslor för p-piller men faktum kvarstår att det här var första gången att kvinnor faktiskt själva fick möjlighet att styra sin sexualitet och kunna koppla isär fertilitet, reproduktion och sexualitet.

Utifrån det medicinska perspektivets sätt att återkommande argumentera för, och belysa den frihet hormonella preventivmedel har bidragit med för kvinnor, omvandlas det bakomliggande *fertilitetsarbetet* och det övervägande ansvar som användarna får ta för reproduktionen till en positiv möjlighet för kvinnor. Detta kan förstås som en form av *utestängningsmekanism* (Bergström & Boréus 2016:361). Genom att bevara förståelsen av att hormonella preventivmedel är frigörande för kvinnor skapas en styrning där användarna bör vara tacksamma och ta tillvara på denna möjlighet, samtidigt som det bakomliggande *fertilitetsarbetet* osynliggörs. Utifrån en *kroppspolitisk* synvinkel kan detta även förstås som en del av den demokratiska frihetsprocessen, där frigörande och förtryckande handlingar kan pågå sida vid sida, och att en viss frigörelse förutsätter en ny form av disciplinering (Eduards 2012:24). Genom att ge kvinnor friheten att själva kontrollera sin fertilitet har det samtidigt implementerats en ny moralisk styrning i att de bör ta detta ansvar, oberoende av vilket arbete och vilka risker som ligger bakom.

Sammanfattande diskussion

Syftet med min studie har varit att belysa hur uppfattningar om vad som ses som problematiskt med hormonella preventivmedel uttrycks olika utifrån det medicinska perspektivets sätt att representera problemen och hur användarna själva beskriver det. Utifrån de fem program på Sveriges Radio som lyfter fram debatten kring hormonella preventivmedel har jag också analyserat vilka underliggande antaganden de medicinskt formulerade problemrepresentationerna bygger på, samt vad som lämnas oproblematiserat genom att representera problemet på detta sätt. Genom att se till det som utelämnas i problemrepresentationerna har syftet varit att synliggöra hur det outtalade görs till *makttekniker* som kan verka för att styra användarnas uppfattningar och beteende i tron att de handlar för sitt eget bästa. De medicinskt formulerade problemrepresentationerna har slutligen också undersökts för att ta reda på vilka *subjektspositioner* som möjliggörs eller omöjliggörs genom att representera problemet på de sätt som har framkommit i mitt material. Detta för att visa på hur diskurser kring hormonella preventivmedel kan rama in handlingsutrymmet för det kvinnliga subjektet och styra dess uppfattning om hur en individ i dennes position bör agera.

Den medicinskt formulerade problemrepresentationen som framkommit i mitt material handlar primärt om att en utebliven användning av hormonella preventivmedel antas leda till ett ökat antal oönskade graviditeter, och i förlängningen ett ökat abortantal. Den medicinska argumentationen kan här antas grundad i en uppfattning om att alla fertila kvinnor som inte vill bli gravida bör skydda sig med preventivmedel. De hormonella alternativen anses vara de mest effektiva och är därför de som rekommenderas till användarna i första hand. När oönskad graviditet och ett ökat abortantal är det som fokuseras inom problemrepresentationen, framkommer en vidare fundering om hur synen på den fria aborten i Sverige egentligen ser ut? Införandet av fri abort på 70-talet ses som ytterligare en förstärkning av kvinnans kontroll över sin egen kropp (Kero & Lalos 2004:335), men kan det finnas en gräns för hur många aborter som ses som moraliskt acceptabelt? Och är det mer moraliskt riktigt att ständigt utsätta den fertila kvinnokroppen för risker som kan leda till psykisk och fysisk ohälsa? Svaret på dessa frågor rör sig bortom materialet som legat till grund för min studie, men jag uppmanar här till en fortsatt analys av ämnet.

Min undersökning har även visat på att den medicinska artikulationen kring biverkningar görs olika beroende på hur förankrad kunskapen om dessa är i vetenskaplig forskning. Detta i sig kanske inte är så förvånande i och med att medicinska diskurser över lag har en djup förankring i det vetenskapliga fältet. Men mer anmärkningsvärt är att de även artikulerar vissa positiva effekter som hormonella preventivmedel i vissa fall kan bidra till med en större säkerhet än när de artikulerar de negativa effekterna. När de exempelvis talar om att hormonella preventivmedel kan hjälpa användare och lindra problem som premenstruella besvär, rikliga blödningar och problem med akne, görs det med stor säkerhet. Men det lämnas helt oproblematiserat att användare som inte led av dessa problem tidigare kan drabbas av dem från samma preparat. Dessa positiva effekter bör alltså egentligen inte förstås som garanterade vid användning. Genom att stärka bilden av hur positiva hormonella preventivmedel är för kvinnokroppen och utelämna eller *osynliggöra* de negativa effekterna sker en styrning av hur den allmänna uppfattningen om dessa preparat bör förstås. Likaså kan det medicinska perspektivets *misstänkliggörande* och *osynliggörande* av användarnas upplevelser av nedsatt sexlust och nedstämdhet ses som ett försök att utelämna problematiken bakom användningen i syftet att öka den generella användningen. Detta kan i det långa loppet också förstås som ett sätt att komma ifrån ”problemet” med oönskade graviditeter och aborter.

Biomaktens styrningsteknik, kontroll och disciplinering är mycket framträdande i de diskurser om hormonella preventivmedel som framkommer i mitt material. Genom de medicinska artikulationerna skapas makttekniker för att styra kvinnor till att ta på sig ansvaret för *fertilitetsarbetet*. Den medicinska formuleringen kring att biverkningarna kan vara övergående försätter även användarna i en situation där de förväntas stå ut och acceptera nedsatt fysisk och psykisk hälsa under en längre tid. Det medicinska perspektivets acceptans av biverkningar från preparaten kan på så sätt förstås bidra till att normalisera medicineringen av kvinnokroppen. Den konstruktion av det kvinnliga subjektet som synliggjorts i analysen återspeglar en bild av kvinnan som oförmögen, överdriven och okunnig i förståelsen av sin egen kropp. Detta visar på en misstro till kvinnors eget omdöme om sina kroppar. Samtidigt som vården lägger ett ansvar på användaren att själv känna av biverkningarna, *misstänkliggörs* och *osynliggörs* användarnas upplevelser genom de medicinska artikulationerna. Det medicinska perspektivets systematiska utelämnande av mannens delaktighet och ansvar när det kommer till att skydda sig mot oönskad graviditet, tillsammans med att forskningen ännu inte lyckats lansera ett manligt alternativ på marknaden, ramar in det kvinnliga subjektets position till att vara den som bör ta ansvaret för prevention.

För att perspektivera min undersökning rör jag mig nu bortom mina frågeställningar för att ge exempel på hur de diskurser jag har analyserat kan få betydelse i vårdens sociala praktiker. När det medicinska perspektivet förespråkar långverkande hormonella preventivmetoder, antyds att de är så lättanvända att användarna kan glömma bort att de har det. Om användarna som i övrigt ser sig själva som friska glömmar bort att de har ett receptbelagt läkemedel i kroppen, kan det även göra det svårare att lokalisera biverkningarna till just preventivmedlet. Likt hur användaren i min analys inte såg sitt preventivmedel som ett receptbelagt läkemedel, har jag själv varit med om en liknande situation. Utifrån min erfarenhet av hormonspiralsanvändning började de psykiska biverkningarna först efter några månader. Det skedde så subtilt att jag inte kopplade det till spiralen, utan jag antog att det kom från yttre påverkan. Under de 2,5 åren som jag hade spiralen sökte jag vård hos läkare vid tre tillfällen. Alla tre läkare erbjöd sig att skriva ut antidepressiv medicin. Ingen frågade om jag använde hormonella preventivmedel, trots att jag i efterhand har förstått att mina symptom var vanliga biverkningar som kan förekomma hos upp till 1 av 10 användare av det preparatet jag hade i min kropp. Det enda läkarna frågade var om jag tog något receptbelagt läkemedel. Likt de kvinnor som på 1800-talet inte hade precisionen att uttrycka sina symptom i samklang med vetenskapens exakta språk (Johannisson 1994:243), kan mötet mellan läkare och patient idag ses återspegla denna problematik. Även det faktum att ny forskning visar på ett starkt samband mellan ett ökat användande av antidepressiva medel bland unga kvinnor som använder hormonella preventivmedel (Zettermark, Vicente & Merlo 2018), kan tolkas som att synen på nedstämdhet och depression fortfarande ses som ”naturlig” för kvinnan och därför inte kräver en mer ingående utredning (Bengts & Hammarström 2004:267). Detta antagande från vårdens sida skulle alltså i vissa fall kunna leda till en feldiagnostisering från läkarna, och i det långa loppet en dubbel medicinering av en annars frisk kvinna.

Jag tackade aldrig ja till erbjudanden om recept på antidepressiv medicin. Dock var det först i samråd med en vän som också hade hormonspiral och likande biverkningssymptom som mig som jag förstod att mitt dåliga mående kunde ha att göra med mitt hormonella preventivmedel. Efter att jag tog ut spiralen försvann mina symptom på några veckor, jag var med andra ord inte deprimerad.

Utifrån denna slutsats vore det för vidare forskning intressant att fördjupa kunskapen om vårdens behandling när det kommer till symptom som kan kopplas till biverkningar från hormonella preventivmedel. Detta för att ta reda på om läkares medicinska antaganden och

språk minskar användarnas chanser att få den vård/råd de behöver. I hur stor utsträckning kopplar läkare symtom som är vanliga biverkningar från preparaten till att faktiskt fråga om patienten använder hormonella preventivmedel, istället för att fråga om den använder receptbelagda läkemedel? Genom att belysa den problematiken skulle syftet kunna vara att undvika dubbelmedicinering av annars friska kvinnor.

Att p-pillret på 60-talet skapade en revolution i och med att kvinnor för första gången fick kontroll över sin fertilitet och att den kvinnliga sexualiteten åter igen erkändes är ett faktum. Men den revolutionerande känslan kring hormonella preventivmedel kan idag ses ha tappat sin glans. Genom att dekonstruera den förställda valfriheten som kvinnor sägs ha fått genom preventivmedlets utveckling, har jag med min studie visat på att deras valmöjligheter regleras när inte alla alternativ presenteras objektivt, samt att valet att sluta i vissa fall inte accepteras. Genom antaganden, påtryckningar och förväntningar lägger det medicinska perspektivet det stora ansvaret att skydda sig mot oönskad graviditet på det kvinnliga subjektet. I och med utelämnandet av mannens ansvar och skuld i den heterosexistiska diskurs som hormonella preventivmedel verkar inom, är det svårt att inte fråga sig om den största friheten som hormonella preventivmedel har bidragit till egentligen tillfallit mannen?

Referenser

Litteratur

Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?*. Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson.

Bengs, C. & Hammarström, A. (2004). Könskonstruktioner av sjuklighet – exemplet depression. I Hovellius, B. & Johansson, E. E. (red.) (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, ss. 267-274.

Bergström, G. & Boréus, K. (red.) (2012). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. 3., [utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Bertotti, A. M. (2013). Gendered Divisions of Fertility Work: Socioeconomic Predictors of Female Versus Male Sterilization. *Journal of Marriage and Family*, 75(1), ss. 13-25.
doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.01031.x.

Burrows, L. J., Basha, M. & Goldstein, A. T. (2012) The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), ss. 2213–2223.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.

Butler, J. (2007). *Genustrubbel: Feminism och identitetens subversion*. Översatt av Suzanne Almqvist. Göteborg: Daidalos.

Eduards, M. (2012). *Kroppspolitik: om moder Svea och andra kvinnor*. [Ny utg.] Stockholm: Atlas.

Foucault, M. (2001). *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. 3., översedda uppl. Lund: Arkiv.

Foucault, M. (2002). *Sexualitetens historia Bd 1 Viljan att veta*. [Ny utg.] Göteborg: Daidalos.

Granzow, K. (2007). De-constructing 'choice': The Social Imperative and Women's Use of the Birth Control Pill. *Culture, Health & Sexuality*, 9(1), ss. 43-54.

Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.

Kammen, J. V. & Oudshoorn, N. (2002). Gender and risk assessment in contraceptive technologies. *Sociology of Health & Illness*, 24(4), ss. 436–461.
doi: 10.1111/1467-9566.00303.

Kero, A. & Lalos, A. (2004). Förhindra och avbryta graviditet – kvinnors och mäns villkor och val. I Hovelius, B. & Johansson, E. E. (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, ss 333-342.

Kimport, K. (2018). Talking about male body-based contraceptives: The counseling visit and the feminization of contraception. *Social Science & Medicine*, 201, ss. 44–50.
doi: 10.1016/j.socscimed.2018.01.040.

Kopp Kallner, H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M. & Gemzell Danielsson, K. (2015). Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A National Survey. *PLoS One*, 10 (5), ss.1-13. doi:10.1371/journal.pone.0125990

Littlejohn, K. E. (2013) "IT'S THOSE PILLS THAT ARE RUINING ME": Gender and the Social Meanings of Hormonal Contraceptive Side Effects. *Gender and Society*, 27(6), ss. 843-863.

Lykke, N. (2009). *Genusforskning: en guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

Macleod, C. & Durrheim, K. (2002). Foucauldian Feminism: the Implications of Governmentality. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 32:1, ss 41-60.

Malmberg, A., Persson, E., Brynhildsen, J. & Hammar, M. (2015). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(2), ss. 158–167.
doi: 10.3109/13625187.2015.1079609.

Nilsson, R. (2008). *Foucault: en introduktion*. Malmö: Égalité

Rose, N. (1995). Politisk styrning, auktoritet och expertis i den avancerade liberalismen. I Hultqvist, K. och Petersson, K. (red.). *Foucault: namnet på en modern vetenskaplig och filosofisk problematik: texter om maktens mentaliteter, pedagogik, psykologi, medicinsk sociologi, feminism och bio-politik*. Stockholm: HLS, ss. 41-59.

Sandström, L. & Johansson, E. E. (2004). Depression i läkemedelsannonser. I Hovelius, B. & Johansson, E. E. (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, ss. 305-316.

Zettermark, S., Vicente, R. P. & Merlo, J. (2018). Hormonal contraception increases the risk of psychotropic drug use in adolescent girls but not in adults: A pharmacoepidemiological study on 800 000 Swedish women. *PLoS ONE*, 13(3), ss. 1-14.
doi: 10.1371/journal.pone.0194773.

Elektroniska resurser

Association of Internet researchers (2012). *Ethical Decision-Making and Internet Research*.
<http://aoir.org/reports/ethics2.pdf> (33 s)

RFSU (2017a). *P-pillrets historia*. <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/preventivmedel/p-piller/p-pillrets-historia/> [2020-05-23]

RFSU (2017b). *Preventivmedel och säkrare sex*. <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/preventivmedel/> [2020-05-23]

Sveriges Radio (2020). *Vårt uppdrag*. <https://sverigesradio.se/artikel/1971435> [2020-05-23]

Sveriges Radio (2018). *Så mäts lyssnandet*. <https://sverigesradio.se/artikel/5546111> [2020-05-23]

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. [https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-
rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html](https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html) (84 s).

Radioprogram

Karlavagnen (2018). *P-piller – en välsignelse eller förbannelse* [Radioprogram]. Sveriges Radio, P4, 16 februari. <https://sverigesradio.se/avsnitt/1020438>

Kropp & Själ (2013). *"P-piller har blivit en kvinnofälla"* [Radioprogram]. Sveriges Radio, P1, 15 oktober. <https://sverigesradio.se/avsnitt/266491>

Kropp & Själ (2014). *P-piller – frihet och fara i en liten ask* [Radioprogram]. Sveriges Radio, P1, 14 maj. <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1602&artikel=3401361>

P3 Dokumentär (2020). *P-pillerskräcken* [Radioprogram]. Sveriges Radio, P3, 2 februari. <https://sverigesradio.se/avsnitt/1447613>

Tendens (2014). *"P-piller påverkar sexlusten"* [Radioprogram]. Sveriges Radio, P1, 19 februari. <https://sverigesradio.se/avsnitt/324652>