



JÖNKÖPING UNIVERSITY

*School of Education and
Communication*

”Man av den rätta kalibern”

En kvalitativ studie om sociala konstruktioner av maskulinitet i relation till psykisk ohälsa hos unga män

KURS: *Examensarbete i Globala Studier, 15 hp*

PROGRAM: *Internationellt Arbete*

FÖRFATTARE: *Linnéa Chyssler, Lisa Sellert*

HANDLEDARE: *Håkan Nilsson*

EXAMINATOR: *Magnus Nilsson*

TERMIN: *VT19*

Sammanfattning

Psykisk ohälsa har under det senaste decenniet blivit allt mer omfattande bland den svenska befolkningen, speciellt bland unga vuxna och förväntas bli den ledande folkhälsoutmaningen i Sverige och globalt år 2030 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Ett återkommande problem är att män, unga som gamla inte söker vård eller söker försent (SOU 2014:6). Forskning visar att samhälleliga normer skapar föreställningar om att män ska kunna kontrollera sina känslor, vara tuffa och inte gråta vilket har skapat ett samhälle som hämmar och begränsar unga män (Pattyn, Verhaeghe & Bracke, 2015).

Studien undersöker hur sociala konstruktioner av maskulinitet bidrar till psykisk ohälsa hos unga män med applicering av ett jämställdhets- och hållbarhetsperspektiv. Metoden som har använts är semistrukturerade intervjuer med informanter i form av personal från ungdomsmottagningar och mottagning för unga män. Socialkonstruktivism har använts som teori för att förklara fenomen i vårt samhälle som anses naturliga och vilken inverkan olika socialiseringsprocesser har för skapandet av manliga normer (Wenneberg, 2001).

Resultatet påvisar att sociala konstruktioner av maskulinitet skapar svåruppnåeliga ideal som kan vara bidragande till psykisk ohälsa hos unga män. Det bidrar även till att män inte söker och konsumerar vård då hjälpsökande anses som ett feminint snarare än ett maskulint drag vilket resulterar i konsekvenser både för männen själva och deras omgivning. Resultatet visar också att mottagningarna är jämställda i sin utformning men att de sociala konstruktionerna kring manlighet är anledningen till att många unga män inte uppsöker vård. Studiens resultat uppmärksammar den komplexa problematiken kring psykisk ohälsa hos unga män, dess konsekvenser och vilka kunskapsluckor som behöver fyllas.

Sökord: *psykisk ohälsa, unga män, maskulinitet, sociala konstruktioner, normer, socialkonstruktivism*

Författare

Linnéa Chyssler & Lisa Sellert
Högskolan för lärande och kommunikation
Gjuterigatan 5
553 18 Jönköping

Abstract

Mental ill-health has increased among the Swedish population over the past decade, especially among young adults and is expected to become the leading public health challenge both nationally and globally in 2030 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Previous research indicates that men, young and old, tend to not seek help or not until it might be too late (SOU 2014: 6). Research also shows that norms in the society create ideas that men should be able to control their emotions, be tough and not cry, which has created a society that is limiting for young men (Pattyn et al., 2015).

The study examines how social constructions of masculinity contribute to mental ill health among young men with an equality and sustainability perspective. The method used is semi-structured interviews with informants in terms of staff from Swedish youth guidance centres and guidance centre for young men. Social constructivism has been used as a theory to explain phenomenon in our society that are considered natural and what impact different socialization processes have for the creation of masculinity norms (Wenneberg, 2001).

The result showed that the social constructions of masculinity create unreachable ideals that can contribute to mental ill health among young men. Men tend to not seek and consume healthcare since seeking help is considered a feminine rather than a masculine behaviour, which results in consequences both for men themselves and their surroundings. The results also showed that the centres are designed to be equal, but that the social constructions of masculinity are the reason why many young men not seek for help. The study findings draw attention to the complex problem of mental ill-health among young men, its consequences and which gaps of knowledge that needs to be filled.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och frågeställningar	2
3. Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning	2
3.1. Begreppsdefinition	2
3.1.1. Psykisk ohälsa	2
3.1.2. Unga män	2
3.1.3. Machokultur och maskulina normer	2
3.2. Teori	3
3.2.1. Socialkonstruktivism	3
3.3 Tidigare forskning	4
3.3.1. Maskulina ideal och psykisk ohälsa	4
3.3.2. Könrollsinnlärning	6
3.3.3. Maskulinitet	6
3.3.4. Hälsa och välbefinnande	7
4. Metod och Material	7
4.1. Avgränsningar	8
4.2. Urval av organisationer	8
4.3. Informanter	8
4.4. Procedur	9
4.5. Validitet och reliabilitet	9
4.6. Forskningsetik	10
4.7. Analysmetod	10
5. Resultat och analys	11
5.1. Tema 1. Normer och psykisk ohälsa	11
5.1.1. Samhälleliga faktorer till psykisk ohälsa	11
5.1.2. Maskulinitetsnormer	12
5.1.3. Individuella orsaker till psykisk ohälsa	14
5.1.4. Beteenden kring ohälsa	15
5.2. Tema 2. Söka till en mottagning	16
5.2.1. Könsfördelning	16
5.2.2. Olika ingångar	16
5.2.3. Förbättringar inom vården	18
5.2.4. Förändringar av maskulinitet	19
6. Diskussion och slutsatser	19

6.1. Metoddiskussion	19
6.2. Resultatdiskussion.....	20
6.3. Framtida forskning	22
6.4. Slutsats	23
7. Referenser.....	24
Bilaga.....	27
Intervjuguide	27

Figurförteckning

Figur 1. Teman och underteman som påträffades i kodningen av materialet.	111
---	-----

1. Inledning

Hur ser personal från ungdomsmottagningar och mottagning för unga män på sociala konstruktioner av maskulinitet och psykisk ohälsa hos unga män? Trots att kvinnor både diagnostiseras med depression och uppges lida av ångest och oro i större omfattning än män är det män som dominerar självmordsstatistiken. Av de ungefär 1100 individer som begår självmord årligen är cirka 800 män. Överrepresentativiteten av män inom självmordsstatistiken gäller nästan världen över och i västerländska samhällen beräknas omkring 90 procent av de som tar sina egna liv lida av psykisk ohälsa av något slag (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Enligt statistik framtagen 2010 beskrivs psykiska sjukdomar vara ett globalt problem som i kombination med olika typer av missbruk står för en större sjukdomsburda än både HIV/AIDS, tuberkulos och diabetes (Whiteford et al., 2013). Psykisk ohälsa beräknas bli den ledande utmaningen för folkhälsan både nationellt och internationellt år 2030 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

Psykisk ohälsa är ett problemområde med en global anknytning och av relevans i ett hållbarhetsarbete då god hälsa och välbefinnande är en del av Agenda 2030 och de 17 globala mål som FN tagit fram för hållbar utveckling (Regeringskansliet, 2016). Psykisk ohälsa knyter på så vis an till ett globalt ämnesområde där hållbarhet är en nyckelkomponent. God hälsa är en viktig del i att nå ett hållbart samhälle där människor kan leva jämställt och där en jämlik vård kan förväntas till alla (Mötesplats social hållbarhet, 2018).

Det har börjat uppmärksammas att de könsnormer som är begränsande för kvinnor också har en inverkan på män som inte är positiv. Dessa normer, förväntningar och föreställningar kopplade till manlighet ses som en viktig del att inkludera i det framtida jämställdhetsarbetet (SOU 2014:6). Feminismens arbete kring kvinnostudier har uppmärksammat hur sociala konstruktioner av könsroller påverkar oss, vilket anammats i studier om män genom att undersöka hur sociala konstruktioner påverkar män och deras psykiska hälsa (Brooks, 2001). Normer kring maskulinitet och hur en man ska vara påverkar alla män på ett eller annat sätt och är en del av de sociala konstruktioner som finns i vårt samhälle (Unizon, 2015).

Tidigare forskning antyder att maskulina normer har en inverkan på vuxna mäns psykiska hälsa, men hur ser det ut för unga män? Med en teoretisk anknytning i social konstruktivism samt vetenskapen om att ett nedsatt psykiskt välbefinnande, under det senaste decenniet, fått en allt större utbredning hos den svenska befolkningen och allra störst hos unga vuxna (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018), ämnar denna studie att undersöka hur unga mäns psykiska ohälsa påverkas av sociala konstruktioner av maskulinitet. Fokus är att undersöka hur personal från mottagning för unga män och ungdomsmottagningar upplever situationen gällande sociala konstruktioner av maskulinitet och dess koppling till psykisk ohälsa hos unga män. Upplever informanterna att sociala konstruktioner spelar en central roll för unga mäns psykiska ohälsa?

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur informanter från ungdomsmottagningar och mottagning för unga män ser på psykisk ohälsa hos unga män och konstruktionen av maskulinitet samt dess koppling till jämställdhet och hållbarhet. Nedanför följer studiens frågeställningar.

- Hur ser mottagningarna på sociala konstruktioner av maskulinitet som bidragande faktor till unga mäns psykiska ohälsa?
- Hur kan arbetet kring psykisk ohälsa hos unga män förbättras utifrån ett jämställdhets och hållbarhetsperspektiv?

3. Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning

I följande del kommer centrala begrepp för studien presenteras följt av studiens teoretiska referensram och avslutningsvis tidigare forskning som är av relevans för studiens område.

3.1. Begreppsdefinition

Nedan följer genomgående begrepp för studien.

3.1.1. Psykisk ohälsa

Det finns ingen universell definition av psykisk ohälsa men studien har valt att utgå från definitionen där psykisk ohälsa definieras som ”Psykisk ohälsa är en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos” (Bremberg & Dalman, 2015, s.14) I begreppet mindre allvarliga psykiska problem inkluderas ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter och depression (Bremberg & Dalman, 2015).

Detta är en bred definition men som anses nödvändig i studiens kontext då data genereras från personal från mottagningarna och denna breda definition ger informanterna utrymme att referera till besökare med varierande symptom. Det är därför svårt att smalna av begreppet utan att kontrollera vilka exakta symptom som besökarna har haft som informanterna refererar till.

3.1.2. Unga män

I denna studie refererar ’unga män’ till pojkar och män upp till 29 år då det är den högsta åldersgränsen för de mottagningar som kontaktats. Trots att detta ger ett brett åldersspann så görs detta val baserat på att det är pojkar och män upp till 29 år som mottagningarna kommer ha erfarenheter från.

3.1.3. Machokultur och maskulina normer

I studien används machokultur och maskulina normer som begrepp. Maskulina normer beskriver de förväntningar unga män har på sig och vad som anses manligt enligt samhället.

Förväntningar är ofta oskrivna regler som att män inte ska söka hjälp eller prata om sina känslor. Olika maskulina normer skapar en machokultur som alla män förhåller sig till på något sätt (Under kevlaret, u.å.).

3.2. Teori

I detta avsnitt presenteras studiens teoretiska referensram som har valts utifrån hur den kan förklara uppkomsten av sociala konstruktioner. Den används för att förstå hur individer socialiseras in i de rådande normerna i samhället och som individen bör anpassa sig efter och därav även hur individen anpassar sig efter de sociala konstruktioner av maskulinitet som är i fokus för denna studie.

3.2.1. Socialkonstruktivism

Socialkonstruktivismen ämnar hitta de bakomliggande orsakerna till att exempelvis normer är som de är och att vi människor därför agerar på ett specifikt sätt. Socialkonstruktivismen diskuterar hur en kunskap har framkommit istället för att resonera om den är sann eller inte. Socialkonstruktivismen menar att språket är socialt konstruerat och strukturerar den verklighet som vi ser idag, vilket gör att den kunskap vi har om verkligheten också är socialt konstruerad. Vissa agerande i vårt samhälle benämner vi som naturliga, exempelvis att det är naturligt att gråta för att uttrycka sorg. Sorg uttrycks dock inte på samma sätt i alla kulturer, vilket gör att något som är naturligt i exempelvis ett västerländskt samhälle är socialt konstruerat eftersom det är inlärt. Wenneberg (2001) beskriver fyra uppdelningar inom socialkonstruktivismen.

- Det kritiska perspektivet
- Peter L Berger och Thomas Luckmanns tresidiga modell
- Kunskapsteori
- Ontologisk ståndpunkt

Studiens teoridel fokuserar på det kritiska perspektivet och Berger och Luckmanns tresidiga modell då dessa två perspektiv bäst kan relateras till studiens syfte och frågeställningar.

Enligt socialkonstruktivismens kritiska perspektiv ska människan inte ta förgivet att något är naturligt utan att allt kan och måste ifrågasättas. Det kritiska perspektivet ska avslöja sådant som vi människor anser är naturligt och som kan vara svårt för oss att förstå och förändra eftersom den är så pass inlärd. Det som vi idag anser är naturligt är alltså egentligen ett resultat av ett flertal sociala processer. Människan har bestämt genom språket (som är en social process) att vissa ting är det de är. Vi vet exempelvis att ett bord är ett bord för att någon har sagt det till oss och förklarat kriterierna för ett bord. Eftersom språk och kunskap varierar i kulturer så ser det även olika ut i vad som anses naturligt. Något som för svenskar inte alls anses manligt kan eventuellt anses som det mest manliga i en annan kultur.

Det kritiska perspektivet används när traditionella tankar kring vissa ämnen vill brytas ner och kritiseras. I detta fall normer kring maskulinitet och de sociala konstruktioner kring maskulinitet som vår kultur har skapat. Det som anses problematiskt med detta perspektivet är att de bryter

upp traditionella tänkanden men lägger inte fram något annat sätt att tänka på. De kan leda till tankar om att allt kan ifrågasättas och att inget längre är konstant (Wenneberg, 2001).

Berger och Luckmann har skapat en helhetsteori om det sociala som anses vara en av de första inom socialkonstruktivismen. Det är en tresidig modell som beskriver att människor har tendenser att skapa sig vanor som sedan förs vidare till andra människor i samhället som inte har varit med vid själva skapandet. Detta är en förenklad bild av hur institutioner i vårt samhälle skapas. När barn föds så lär de sig snabbt hur de ska anpassa sig efter samhällets normer och institutioner för att passa in i den konstruerade verkligheten. Genom socialiseringsprocesser finner människor meningsfullhet genom att följa givna normer och handlingsmönster, detta får barn främst med sig från uppväxten men även från skolan. Berger och Luckmann beskriver att vår verklighet inte behöver vara någon annans och varierar mellan kulturer, världsdelar och samhällsklasser (Berger & Luckmann, 1966; Wenneberg, 2001).

3.3 Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare studier kring psykisk ohälsa, forskning om normer och maskulinitet, hjälpsökande i vårdsammanhang och hegemonisk maskulinitet. Det presenteras även hur hälsa utgör en viktig del i ett hållbarhetsarbete tillsammans med tidigare forskning kring jämställd vård. De delar av tidigare forskning som kommer att presenteras knyter an till studiens ämnesval ur olika perspektiv som anses nödvändiga då ämnesvalet har en komplex problematik och behöver belysas från olika håll. Samtliga vetenskapliga artiklar som använts i studien är Peer reviewed för att säkra den vetenskapliga kvalitén. Resterande referenser har granskats utifrån vilket syfte materialet har skrivits, vem eller vilka som har publicerat det samt om materialet anses trovärdigt och aktuellt. Statliga hemsidor har använts för att få en övergripande bild över situationen i Sverige. Framträdande metoder i den tidigare forskningen är framförallt kartläggningar, litteratur- och rapportgranskningar men även intervjuer.

3.3.1. Maskulina ideal och psykisk ohälsa

Tidigare studier om psykisk ohälsa visar att kvinnor är överrepresenterade bland internaliserande problem såsom depressioner. Män är istället överrepresenterade bland externaliserade problem, vilket exempelvis kan innebära ett utåtagerande och riskbeteenden där män riskerar sin säkerhet. Forskning visar att män bland annat står inför en dubbelt så stor risk att dö av ett fall och fyra gånger så stor risk att drunkna än kvinnor (Belfer, 2008; Brooks, 2001).

Ett problem gällande mäns psykiska ohälsa är att indikatorer på ett dåligt mående ofta förbises av dem själva. När män mår psykiskt dåligt tenderar de att beskriva det med fysiska symptom istället för psykiska. Därför diagnostiseras inte många män med exempelvis depression eftersom de tenderar att inte kunna sätta ord på vad de egentligen känner eller hur de mår (Ogrodniczuk & Oliffe, 2010).

Samhälleliga normer genom tiderna har skapat maskulina ideal för män att leva upp till (Ogrodniczuk & Oliffe, 2010) och i enlighet med dessa ställs det förväntningar på män att de ska kunna kontrollera sina känslor, vara självständiga och tuffa (Pattyn et al., 2015). Den socialt konstruerade mansrollen tenderar att upprätthålla föreställningar om att söka hjälp anses som ett tecken på svaghet (Holzinger, Floris, Schomerus, Carta & Angermeyer, 2012), och de sociala konstruktionerna antyder att be om hjälp snarare klassificeras som feminint istället för maskulint och kan leda till en könsrollskonflikt (Pattyn et al., 2015). Normer kring maskulinitet kan vara skadliga för män på olika sätt, exempelvis att de inte får den vård som de behöver för att män ska vara starka och bita ihop, vilket gör att många män väntar länge med att söka vård eller inte gör det alls. Tidigare forskning visar att normerna kan bidra till utsatthet för män och att män utsätts i större grad för fysiskt våld. Det kan även påverka personens omgivning eftersom psykisk ohälsa kan leda till problem med relationer till familj, vänner och partner. Tidigare forskning visar att de traditionella maskulina normerna som ställs på män, exempelvis att de inte ska vara sårbara, uttrycka sorg eller ha mer feminina drag såsom att visa omsorg eller medkänsla, är de som är mest skadliga för dem och kan leda till ohälsa och ett kortare liv (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Enligt Ogrodniczuk och Oliffe (2010) är detta en av förklaringarna till antalet självmord bland män med psykisk ohälsa.

En början till att motverka detta menar Ogrodniczuk och Oliffe (2010) är att män börjar se hjälpsökande som ett tecken på styrka istället för svaghet. Attityder kring psykisk ohälsa har stor betydelse både gällande hjälpsökande och vilken typ av behandling som väljs och rädsla för stigmatisering kring hjälpsökande påverkar män mer än kvinnor (Holzinger et al., 2012). Det rapporteras att män upplever en större stigmatiseringsproblematik att axla en roll som patient eftersom den upplevs vara i konflikt med den förväntade mansrollen. De som tycks besitta de mest negativa tankarna kring hjälpsökande vid psykisk ohälsa är de som värdesätter traditionell maskulinitet högt (Pattyn et al., 2015).

Enligt *the gender role strain* (GRS) paradigm är könsroller problematiska. Flertalet normer inom könsroller beskrivs vara psykologiskt dysfunktionella. För män kan förväntningarna på mansrollen resultera i hämmande av deras känslor och beteenden, vilket Brooks (2001) refererar till *'the dark side of masculinity'*. Det innebär att de sociala strukturerna av maskulinitet bidrar till beteenden som är farliga både för männen själva och övriga befolkningen i samhället. De farliga beteendena kan inkludera exempelvis sexuella trakasserier och våld. Det är inte beteendena i sig som räknas som psykisk ohälsa, men de kan ibland vara antingen ett resultat av eller en orsak till dem (Brooks, 2001). Unga som lider av psykisk ohälsa löper även stor risk att missbruka alkohol, droger och tobak (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Kartläggningar visar att gällande drogmissbruk och alkoholism är män i majoritet jämfört med kvinnor (Brooks, 2001). Tidigare forskning visar att om psykisk ohälsa bland män skulle prioriteras inom vården skulle det leda till minskat våld och kriminalitet, minskade övergrepp och sexuella trakasserier (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

3.3.2. Könrollsinnlärning

Information om kön och könsroller förmedlas till oss redan som spädbarn, även om det ofta sker omedvetet från personer runt omkring barnet. Vuxna tenderar att behandla spädbarn olika beroende på om de är en kvinna eller man och utifrån könet på barnet. Även om det sker omedvetet blir det en vägledning för spädbarnet för de olika könen och tillhörande könsroller. När ett barn är uppemot två år har det en viss förståelse för vad kön är och har kunskap om hen är en pojke eller flicka. Genom sin omgivning, exempelvis genom leksaker och filmer, får många barn uppleva stereotypisering av vad som anses kvinnligt och manligt (Giddens & Sutton, 2013).

Könssocialisation handlar om hur roller kopplade till kön lärs in framförallt genom social interaktion och/eller massmedia. Enligt vissa socialisationsteorier kan detta ske för barn genom en process av belöning och bestraffning av omgivningen i form av positiv 'feedback', exempelvis om en pojke gör något som går hand i hand med vad omgivningen anser är ett manligt beteende. En eventuell uppmaning om att pojkar inte gråter gör att barnet på så sätt lär sig att navigera i förväntningarna som finns kopplade till könsrollen. Studier visar att denna könssocialisation är väldigt stark och om den utmanas av en person kan det leda till starka reaktioner från omgivningen. I och med könssocialisationen skapas olika förväntningar på beteenden och normer att följa för män respektive kvinnor som varje dag reproduceras. Detta synsätt har dock mött kritik av att vara förenklat och andra menar att olika aktörer i ett barns omgivning sänder ut olika signaler samt att individens egna kraft att stå emot dessa förväntningar och könsroller underskattas (Giddens & Sutton, 2013).

3.3.3. Maskulinitet

Begreppet hegemonisk maskulinitet myntades av sociologen Raewyn Connell. Hegemonisk maskulinitet har framförallt fått genomslag inom mansforskning och beskriver maskulinitet som en ständigt pågående process, där det som anses maskulint idag inte är detsamma som vad ansågs maskulint för 100 år sedan (Jämställ, 2014). Hegemonisk maskulinitet handlar inte bara om ett ideal för hur mannen ska vara utan även hur män betar sig mot varandra och mot kvinnor. Det beskrivs delvis såhär: "Det idealiserade sätt att vara man på vilket kräver att andra män positionerar sig i relation till idealet och som legitimerar "genusordningen", dvs. mäns underordning av kvinnor." (Jämställ, 2014, s. 2). Det skapar en sorts hierarki där män vill leva upp till ett ideal (som ibland är ouppnåeligt) men beskriver även relationen mellan män eftersom Connell menar att det finns flera olika typer av maskuliniteter. Den hegemoniska maskuliniteten tillåter att de patriarkala strukturerna i vårt samhälle lever kvar men hegemonin är föränderlig och kan utmanas. Skulle exempelvis villkoren inom patriarkatet förändras skulle en viss typ av maskulinitet inte ha samma makt som innan. Genusordningen gynnar de som redan sitter högst upp i hierarkin och blir till en osynlig makt som upprätthålls hela tiden eftersom de som sitter högst upp tjänar på att ordningen inte ändras (Connell, 1995).

Enligt Connells teori innebär det fördelar för dem som sitter högst upp i hierarkin och att de som är högst upp inte vill ändra på ordningen. I denna studie kommer det relateras till de unga män som värderar en traditionell maskulinitet och som inte vill diskutera sina känslor eller har mestadels negativa tankar när det kommer till att söka vård för psykisk ohälsa. Det kan också medföra långsiktigt konsekvenser för både de unga männen och deras omgivning. Fortsättningsvis innebär det också att dessa unga män inte alltid får den hjälp som de behöver.

3.3.4. Hälsa och välbefinnande

Mäns medellivslängd är 3,6 år kortare i jämförelse med kvinnor. De uppges söka vård för både psykiska och fysiska besvär senare än kvinnor gör. Maskulinitet och förväntningar har en avgörande roll och är något som lyfts i flertalet EU-rapporter. Detta belyser relationen mellan kvinnors och mäns ojämlikhet i hälsa samt att det inte endast är ett nationellt fenomen eller problem och är av vikt att studera. Hälsoskillnader återfinns inte enbart mellan män och kvinnor utan flera påverkansfaktorer återfinns också mellan män såsom utbildning, ålder, socioekonomisk bakgrund, sexualitet, utländsk bakgrund och geografisk utgångspunkt där tidigare kartläggning visar att skillnader även återfinns mellan olika regioner i Sverige (SOU 2014:6).

Det faktum att män inte söker vård eller söker vård sent bidrar både till en försämrad situation för individen, samhällsekonomiska kostnader och en högre dödlighet hos män. För att förbättra folkhälsan ses detta som en viktig utgångspunkt att åtgärda, det vill säga nå ut till män och få dem att söka hjälp i ett tidigare stadie än i nuläget, speciellt män med psykisk ohälsa för att få bukt med underdiagnostisering av depressioner (SOU 2014:6).

Agenda 2030 har sammanställts för att främja hållbar utveckling ur sociala, ekonomiska och miljömässiga perspektiv och den svenska regeringen ämnar inta en ledande position för att nå ett hållbart samhälle. Det globala målet nummer tre berör hälsa och god hälsa. Målet beskrivs som en grundpelare för att människor ska kunna nå full förmåga och erhålla ett välbefinnande (Regeringskansliet, 2018; Regeringskansliet, 2017). I propositionen 2017/18:249 beskrivs hälsa som "Hälsa är en mänsklig rättighet, var och en har rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa" (Prop. 2017/18:249, s.7) och att fokus inom social hållbarhet är att arbeta mot ett samhälle som förverkligar de grundläggande mänskliga rättigheterna (Prop. 2017/18:249). Detta är en grundsten i ett demokratiskt samhälle och behövt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. I ett samhälle med hög social hållbarhet har alla människor rätt till samma vård oavsett kön, etnisk tillhörighet, social status eller funktionsvariation och en god hälsa hos invånarna är viktigt för ett fungerande samhälle (Folkhälsomyndigheten, 2018).

4. Metod och Material

Val av metod baserades på studiens syfte. Inriktningen för studien är att tolka uppfattningar och därmed ansågs en kvalitativ forskningsstrategi passande då den lägger vikt vid att förstå den sociala verkligheten utifrån deltagarnas uppfattningar av den i en viss kontext (Bryman, 2011). Kvale och Brinkmann (2014) beskriver kvalitativ forskningsintervju som ett medel för att

undersöka hur världen upplevs utifrån intervjupersonernas synvinklar samt skapa förståelse och mening av erhållna erfarenheter. För att besvara studiens frågeställningar användes därav kvalitativa intervjuer. Eftersom kvalitativa intervjuer inte är lika tydligt strukturerade som kvantitativa intervjuer ger det utrymme för en mer rörlig intervju där informanterna kan styra in sig på vad de anser är av relevans. Det ger också intervjuaren utrymme att ställa följdfrågor beroende på vad informanterna berättar, vilket bidrar till en flexibilitet som är önskvärd för att nå informanternas olika uppfattningar. Bland de olika typer av kvalitativa intervjuer som finns valdes semistrukturerade intervjuer för insamling av data baserat på att studien ämnar svara på specifika frågeställningar. Till hjälp konstruerades en intervjuguide baserad på tre teman som behövde beröras för att besvara studiens frågeställningar (Bryman, 2011). Intervjuguiden (Bilaga) utformades utifrån följande teman; maskulinitet, psykisk ohälsa och social hållbarhet. I början av intervjuerna ställdes även bakgrundsfrågor till exempel hur länge informanten jobbat på mottagningen eller när mottagningen grundades.

4.1. Avgränsningar

Avgränsning gjordes till ungdomsmottagningar och mottagning för unga män. Stöd kring psykisk ohälsa går att finna på fler ställen än dessa men denna avgränsning gjordes för att båda typerna av mottagningar använder sig av åldersgränser samt är frivilliga att söka vård hos. De riktar sig främst till unga personer medan exempelvis barn- och ungdomspsykiatri, BUP, som också riktar sig till barn och unga som mår dåligt även har ett fokus på familjen (UMO, u.å.-a) och exkluderades därmed i denna studie.

4.2. Urval av organisationer

Ett målinriktat urval valdes till studien för att intervjua personer som är väsentliga för studien och för att få ta del av deras upplevelser (Bryman, 2011). Urvalet gjordes utifrån sökningar på webbplatsen www.umo.se eftersom samtliga mottagningar som är riktade till ungdomar och unga vuxna i Sverige finns samlade där (UMO, u.å.-b). Inkluderingskriterier för denna studie har varit mottagningar för unga män, men då det finns ett begränsat antal av dessa i Sverige omfattar även inkluderingskriterierna ungdomsmottagningar. Fokus har varit på de verksamheter som har någon slags inriktning på unga män, exempelvis att de har specifika tider som unga män får komma till mottagningen. Därefter kontaktades tretton mottagningar för att få ett bredare urval. Urvalsprocessen fortsatte med att de utvalda mottagningarna kontaktades via mail eller telefon, en beskrivning av studien gavs och vid intresse att frivilligt ställa upp bestämdes tid för en intervju. Fyra personer intervjuades, två informanter från ungdomsmottagningar och två informanter från mottagning för unga män. De sistnämnda intervjuades genom en par-intervju. På grund av tidsmässiga och ekonomiska begränsningar, samt att urvalet av mottagningar och intervjupersoner är belägna i olika regioner i Sverige, genomfördes intervjuerna via telefon.

4.3. Informanter

Informanternas arbetslängd på nuvarande arbetsplatser varierar. Informant 1 har arbetat på ungdomsmottagning i tolv år. Informant 2 och 3 har arbetat fyra år på mottagning för unga män

och informant 4 har arbetat fem år på ungdomsmottagning. Könsfördelningen hos informanterna är en man och tre kvinnor. Informanterna har olika expertis inom mottagningarna och ämnesområdet vilket ger en bredare inblick och förståelse. Informanternas professioner innefattar kurator, barnmorska och sjuksköterska, varav de två senare även har en utbildningsbakgrund inom andrologi. Mottagningarna som informanterna 1, 2 och 3 arbetar på ligger i anknytning till två av Sveriges största städer och mottagningen som informant 4 arbetar i en av de största tätorterna i Småland.

4.4. Procedur

Samtliga intervjuer spelades in med informanternas samtycke för att kvalitetssäkra insamling av data. Inspelning av intervjuerna underlättar även för intervjuerna eftersom fokus kan läggas på att ställa relevanta följdfrågor istället för att fokusera på att anteckna (Bryman, 2011). Till inspelningarna användes en mobilapplikation för samtalsinspelning på en av författarnas telefon. Närvarandet vid intervjuerna varierade från två till tre personer med konstellationerna en intervjuperson och en intervjuare, två intervjupersoner och en intervjuare, samt en intervjuperson och två intervjuare. Anledningen till att båda författarna till studien inte deltog i samtliga intervjuer berodde på yttre omständigheter såsom sjukdom. Samtliga intervjuer ägde rum i lugna miljöer, antingen i en tom lägenhet eller i ett grupprum på Jönköping Universitys bibliotek för att minimera yttre distraktionsmoment. Transkribering av det inspelade materialet genomfördes så snart som möjligt efter varje avslutad intervju. Intervjuerna begränsades till att inte överstiga 60 minuter för att erhålla en hanterbar mängd data inom tidsramen för studien och med hänsyn till att Bryman (2011) beskriver att det inte är bra att hålla för långa telefonintervjuer.

4.5. Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitetskriterierna är viktiga komponenter inom kvantitativ forskning men kan inte appliceras lika enkelt inom kvalitativ forskning. Den främsta anledningen till det är att dessa kriterier förutsätter att samhällsforskare har en möjlighet att komma fram till en definitiv social verklighet, vilket är målet för forskaren att upptäcka. Forskare inom samhällsvetenskapen menar dock att det kan finnas flertalet skildringar av den sociala verkligheten och därför används istället tillförlitlighet och äkthet som kriterier inom kvalitativ forskning och även för denna studien. Personliga åsikter och värderingar lades medvetet åt sidan i den mån det går under genomförandet för att öka tillförlitligheten i studien. Efter varje intervju får informanterna möjlighet att lägga till eller ändra sina åsikter kring ämnet som har diskuterats, här finns det även möjlighet för intervjuerna att ställa följdfrågor eller fråga om eventuella otydligheter som uppstått under intervjuens gång. Detta är ett viktigt steg för att öka tillförligheten. För att styrka äktheten i studien är urvalet av informanter varierande gällande expertis för att studien ska få en så rättvis bild som möjligt samt att informanterna får tillgång till studien när den är avslutad, för att på så sätt kunna ta del av studiens resultat och analys (Bryman, 2011).

4.6. Forskningsetik

Vid varje mail- och telefonkontakt under urvalsprocessen, samt vid varje intervjutillfälle skedde ett så kallat informerat samtycke där informanterna informerades om studiens syfte och vad som ämnas undersökas. Intervjun skedde frivilligt och konfidentialiteten för informanterna stärks genom att anonymitet försäkrades. Konsekvenser med genomförandet av studien övervägdes och risken för eventuell skada som kan åstadkomma informanterna bedömdes mycket liten i relation till de fördelar deras deltagande för studiens forskning medför (Kvale & Brinkmann, 2014).

4.7. Analysmetod

Insamlad, transkriberad och utskriven data analyserades genom tematisk analys. Tematisk analys valdes som analysmetod för att kunna finna både semantiska eller latenta mönster i data och kunna identifiera och tolka mönster utifrån olika teman. Enligt Lyons och Coyle (2016) passar tematisk analys till studier med frågeställningar som riktar in sig på förståelse, uppfattningar och påverkande faktorer. Såsom personliga uppfattningar av vissa fenomen men även vilka sociala och individuella faktorer som ligger till grund för dessa (Lyons & Coyle, 2016) vilket stämmer bra överens med studiens frågeställningar och ligger till grund för valet av analysmetod. En tematisk analys kan genomföras på olika sätt och genomförandet följde i denna studie Victoria Clarke och Virginia Brauns sexstegs process som inkluderar (1) datakännedom, (2) datakodning, (3) sökande av teman, (4) granskning av teman, (5) definiering och namngivning av teman och (6) skriva ihop tematisk analys.

Den utskrivna data bestod av två kopior och lästes först igenom i sin helhet för att lära känna materialet. Därefter lästes det noggrant igenom av båda författarna som var för sig strök under de delar, meningar eller nyckelkomponenter som författarna fann var av intresse för att besvara frågeställningarna. Författarna gick sedan igenom materialet tillsammans och skapade koder utifrån de understrukna meningarna och delarna. Materialet bearbetades multipla gånger under denna process både individuellt och tillsammans. Det gjordes för att säkerhetsställa att alla koder av relevans fångats upp och om något missats tidigare då det enligt Clarke och Brauns (Lyons & Coyle, 2016) är vanligt att hur en individ analyserar data utvecklas under processens gång. Koderna fördes in i ett schema och färgkodades efter de teman författarna ansåg vara återkommande i data. De färgkodade koderna fördes samman efter färgordning och preliminära teman som identifierats sågs över för att se om de stämmer överens med det koderna representerade och hela data i sig men även i relation till frågeställningarna. I detta stadie togs även underteman fram för att lyfta särskilda aspekter av huvudtemat och för att skapa en viss struktur inför presentation av resultatet. Detta arbete fortsatte in i steg sex, när resultatet skrevs ihop för att kvalitetssäkra att de valda teman och underteman fortfarande motsvarade den kodade data samt studiens frågeställningar.

Teman	Underteman
Tema 1. Normer och psykisk ohälsa	Samhälleliga faktorer till psykisk ohälsa
	Maskulinitetsnormer
	Individuella orsaker till psykisk ohälsa
	Beteenden kring ohälsa
Tema 2. Söka till en mottagning	Könsfördelning
	Olika ingångar
	Förbättringar inom vården
	Förändringar av maskulinitet

Figur 1. Teman och underteman som påträffades i kodningen av materialet.

5. Resultat och analys

I detta avsnitt presenteras resultatet utifrån de två huvudteman, *Normer och psykisk ohälsa* och *Söka till en mottagning*, som identifierades under den tematiska analysen av den data som intervjuerna genererade i. De två temana presenteras i sin tur utifrån totalt åtta underteman. De presenteras efter områden som är närliggande och de citat som används i detta avsnitt har valts ut för att förtydliga informanternas tankegångar och exemplifiera både utmärkande händelser men även sådant som författarna anser är av extra värde att påpeka för att förklara specifika fenomen eller beteenden.

Resultatet kommer att presenteras utifrån informanternas perspektiv angående de frågor som ställdes för att besvara studiens frågeställning. Deras perspektiv grundar sig i en expertis inom deras professioner, deras kompetens knuten till de som besökt mottagningarna och den erfarenhet som detta innebär. Deras uttalanden kring de som inte har besökt mottagningarna, samt förändringspotentialer i samhället kan därav problematiseras eftersom detta inte är områden inom deras erfarenhet och expertis vilket är centralt att ta med sig genom detta avsnitt.

5.1. Tema 1. Normer och psykisk ohälsa

Nedan följer fyra underteman till studiens första huvudtema.

5.1.1. Samhälleliga faktorer till psykisk ohälsa

Informanterna beskriver att det definitivt pratas mer om psykisk ohälsa idag jämfört med vad det gjordes för tio år sedan, både i skolan och i det offentliga rummet. Några av informanterna beskriver att unga mår sämre idag och att det finns ett behov för unga män att kunna prata om sina känslor. Varför mår egentligen unga sämre idag? Ett problem som tas upp av informanterna är att vårt samhälle har skapat en bild där individen måste vara bra på allt vilket kan skapa press som i sin tur kan leda till psykisk ohälsa.

Samtliga informanter uppger att sociala konstruktioner av manlighet genomsyrar förskola, skola och hemmet. Alla dessa delar kan påverka och bidra till unga mäns psykiska ohälsa.

Konstruktionerna skapar omänskliga ideal hur en man ska vara som i princip är omöjliga att leva upp till. Idealerna återkommer även i olika typer av medier och filmer vilket gör att unga män blir matade med hur de ska vara och det påverkar dem indirekt. Det går i linje med vad Giddens och Sutton (2013) beskriver som könsocialisation och hur människor lär sig kopplingen till sitt specifika kön genom medier, sociala interaktioner samt vad som förväntas av en utefter det kön man har.

Informanterna är eniga om att en förändring inom machokulturen måste ske men att det är en komplex situation som kräver en förändring på flera olika plan i samhället. I enlighet med socialkonstruktivismens kritiska perspektiv är det av vikt att ifrågasätta de ageranden som idag anses naturliga, i detta fall manliga beteenden (Wenneberg, 2001). Det kritiska perspektivet erbjuder inget nytt att byta ut de traditionella tankarna mot men socialiseringsprocesser för anpassning till samhällets normer sker enligt Berger och Luckmanns teori främst i sin nära omgivning och i skolan under uppväxten (Berger & Luckmann, 1966; Wenneberg, 2001). De kan därför ses som viktiga utgångspunkter i förändringen av den socialt konstruerade machokulturen.

5.1.2. Maskulinitetsnormer

Samtliga informanter uppger att den rådande machokulturen formar pojkar från att de är små, detta kan leda till att de tidigt får lära sig att de inte ska gråta och visa sig sårbara. Vissa unga män beskriver sig själva som en mjukis för att man gråter och informant 2 beskriver en av sina besökare:

Jag vet en kille för många år sen som, det har jag reflekterat över också att, som sa såhär att 'ja men du vet att jag är uppvuxen i ett mjukisgäng' sa han, 'så vi kan prata om känslor och gråta och så' och då bara att han bara tänkte mjukis, alltså förstår du, en egen benämning, bara det säger så mycket om hur det verkligen är för killar kan jag känna generellt... (Informant 2).

Likt hegemonisk maskulinitet där Connell (1995) beskriver att det finns olika typer av maskuliniteter men att vissa är mer accepterade än andra i samhället. En analys av citatet påvisar en problematik där den unga mannen refererar att gråta och prata om känslor så är man en 'mjukis'. Han belyser att det är accepterat i sitt eget gäng och därav i en viss kontext och en egen benämning kan ha konstruerats då det inte anses som ett maskulint drag inom den hierarkiska ordningen att visa sig sårbar. Genom att benämna sig som mjukis så tar han ett avstånd från att refererar det som ett manligt beteende, då mjukis inte korrelerar med de vanliga maskulinitetsnormerna, tuff och självständig. Informant 1 beskriver att de maskulina normerna i många fall inte är till fördel för unga män utan är övertygad om att de är hämmande och begränsande. Detta är något som också tas upp av Brooks (2001) som återger detta som 'the dark side of masculinity' där förväntningar på män begränsar deras känslor.

Informant 2 påpekar att det är viktigt att bredda manligheten så att alla får vara som de vill och nämner vikten av att ha manliga förebilder både under uppväxten och runt omkring sig som är ett bra föredöme och kanske utmanar normen. Hegemonisk maskulinitet beskriver att maskulinitet inte är något statiskt utan är i ständig förändring och vad som ansetts som maskulint tidigare har tagit nya former idag (Jämställ, 2014). Med hjälp av förebilder som utmanar normer kan maskuliniteten ifrågasättas i enlighet med det kritiska perspektivet (Wenneberg, 2001). Ett ifrågasättande kan ge upphov till en förändring i nya socialiseringsprocesser, vilket Berger och Luckmanns teori menar är vad som gör att vi rättar oss efter normer från första början (Berger & Luckmann, 1966; Wenneberg, 2001). Detta går i sin tur att återkoppla till en breddning av manligheten som informanterna tar upp.

Informant 3 beskriver att de unga männen som kommer till mottagningen indirekt problematiserar normerna kring manlighet men påpekar också att det är vissa som vill ha kvar mansnormen och trivs med den. Hen beskriver en besökare ”Han tycker, asså när man pratar om känslor, han tycker det bara är bullshit liksom”. Dessa unga män vill inte heller svara på frågor om sitt mående och stänger istället helt av. Informant 1 beskriver att i många fall diskuteras inte specifikt normerna men delade med sig av sin erfarenhet: ”I de yngre åldrarna är det inte lika vanligt men när man kommer upp i, 19, 20 och uppåt, då finns det en annan reflektion också kring den delen av identitet och så. Och vissa problematiserar åå... en del är också stolta över att vara någon som skiljer sig från normen”. Detta kan delvis kopplas till den hegemoniska maskulinitet som Connell (1995) beskriver där de som gillar machokulturen och vill bevara den är de som gynnas mest av den hierarkiska ordningen. Beteendet kan även förklaras inom socialkonstruktivismen kanske främst att vissa beteenden, som att inte prata om sina egna känslor, anses naturligt för unga män och är något som de har blivit lärda att inte göra sedan de var små barn (Wenneberg, 2001). Det är därför inte konstigt att vissa unga män börjar fundera kring sin egen identitet först när de närmar sig tjugooårsåldern eftersom det kan vara skrämmande att börja fundera kring sin identitet och börja ifrågasätta ting som alltid har varit självklara för en.

Informant 3 beskriver att de sociala konstruktionerna kring manlighet inte bara har konsekvenser för de unga männen på lång sikt utan även för deras omgivning. Omgivningens påverkan diskuteras i tidigare forskning där en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (2018) beskriver att om vården skulle prioritera psykisk ohälsa hos unga män skulle det bland annat kunna leda till minskat våld, övergrepp och sexuella trakasserier.

Vidare diskuterade informant 2 och 3 att utbildning generellt har betydelse för hur man ser på machokulturen, vilket ger olika utgångslägen för individer. Informant 3 menar att utbildning också ger en möjlighet att kunna utveckla hur man uttrycker sig men att det även kan skapa ojämlikhet mellan män och kvinnor då vissa utbildar sig länge och andra inte alls. Detta fenomen är något som tas upp i flera EU-rapporter om de hälsoskillnader som finns mellan män och kvinnor och de påverkningsfaktorer som finns och skapar ojämlikhet (SOU 2014:6).

5.1.3. Individuella orsaker till psykisk ohälsa

Informanterna är eniga om att det är viktigt att hitta de bakomliggande orsakerna till att vissa unga män mår psykiskt dåligt. Informant 2 beskriver att händelser som mobbning under skoltiden och att de inte får den hjälp som de behöver i ung ålder kan leda till långsiktiga problem. Informant 1 beskriver att en del unga män samtalar om de olika utvecklingsstadierna i att bli vuxen, att det finns ett behov av att prata om det som sker, men att många inte gör det.

Frågor som unga män kommer med är ju kopplat till utvecklingstiden som ung vuxen. Och det, vuxenblivandet, att separera, och att bli en egen mer självständig individ. Det är ju ett nedslag i utvecklingstiden på vissa ställen, lite beroende på hur det ser ut så får det ju lite olika konsekvenser. Det blir ångestfyllt, det blir nedstämt eller avstängt. (Informant 1)

Detta kan sättas i ett perspektiv där om det hade pratats mer och öppnare kring psykisk ohälsa och vilka orsaker som kan leda fram till ett psykiskt dåligt mående redan under utvecklingstiden, så hade det kanske kunnat bidra till att fler unga män kan känna i igen sig i varandras tankar och mående. I en förlängning hade detta eventuellt kanske kunnat bidra till mildare konsekvenser för vissa individer.

Informant 4 redogör för att psykiska problem som inte bearbetas kan även leda till fysiska problem såsom exempelvis tidig utlösning. Ett sådant problem kan bidra till att vissa unga män blir ledsna och besvikna eftersom det krockar med bilden av att vara en potent man. De kan då bli så upptagna av det fysiska problemet att det kan leda till ytterligare problem i relationen. Detta är något som beskrivs i the gender role strain (GRS), att förväntningarna som män har på sig själva är begränsande för dem, både gällande känslor och beteende.

Informant 3 berättar att många bär på sorg från spruckna relationer hemifrån, med kompisar eller partner, vilket kan påverka dem i flera år efteråt. Informant 1 beskriver också att en del av de som söker hjälp har svårt att hantera olika känslolägen som leder till ångest och att en del av att de har ångest är att de inte kan sätta ord på sina känslor.

Det finns ju ingångar hit som är jag har jättemycket ångest, jag har dödsångest, jag fattar inte vad det är liksom. Eller vissa skulle kanske inte benämna det som dödsångest utan jag var på akuten och trodde jag hade hjärtattack och de sa det finns inget fel på mig fysiologiskt, du vet, det här psykologiskt, jaha, så då kommer de hit kanske då och undrar vad är det här? Ångest vad är detta? Och dom, om det är en sån beskrivning, ja då skulle man kunna säga att jaa det här är, det här handlar, skulle man kunna tänka, kan vi utforska det, att det här rör sig om att det blir svårt för dig att hantera olika känslolägen och då hamnar det i kroppen som ångestuttryck. Dom skulle ju, där är det ofta svårare att tala om känslor. Det är ju en del av därför de har ångest. (Informant 1)

Det diskuteras i tidigare forskning att vissa unga män har svårigheter att uttrycka sina känslor. Sådana drag kan anses feminina, vilket gör att en del unga män istället håller känslorna inne

och att det i sin tur kan leda till psykisk ohälsa (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Det finns alltså ett behov av att uttrycka sig men killar och tjejer tenderar att göra det på olika sätt samt att vissa har svårare och andra lättare att beskriva sina känslor. Här syns även skillnaden mellan unga män, vissa har full koll på att de har ångest, vad det är för något och andra har ingen aning. En analys som kan göras utifrån detta är vikten av att prata om ångest, att det är viktigt att prata om sina känslor för att det i ett senare skede inte ska behöva leda till ångest.

5.1.4. Beteenden kring ohälsa

Ett generellt beteende som berördes under alla intervjuer är att män överlag, unga som gamla, är dåliga på att söka och konsumera vård. Det återfinns i tidigare forskning där Sveriges Kommuner och Landsting (2018) beskriver detta som en skadlig konsekvens av maskulinitetsnormer som medför att män inte söker vård i tid eller inte alls, vilket i sin tur kan leda till att de inte erhåller den vård de är i behov av. För att nå en bättre folkhälsa uppger SOU 2014:6 att detta område är av vikt att åtgärda då det kan minska lidandet för individer, sänka samhällsekonomiska kostnader och ett fokus på psykisk ohälsa kan bidra till lägre antal självmord.

Informant 1 uppger att hos somliga unga män finns det en beslutsamhet kring att söka hjälp för psykisk ohälsa, när de väl besöker mottagningen är de inställda på att få hjälp för sitt mående, och att samtal är vägen att gå för att må bättre. De är villiga och intresserade av att reflektera kring sig själva, sin identitet och sitt mående. Flera av informanterna beskriver även att när tröskeln till mottagningen äntligen är passerad så kommer alla känslor på samma gång. Informant 4 återger att ett hjälpmedel för vissa att passera tröskeln är kvinnliga partners som har egna erfarenheter av ungdomsmottagningar och uppmanar sina manliga partners att söka när de upplever att behovet finns. Informant 2 och 3 uppger att för flera unga män kan detta vara det första tillfället de pratar och berättar om hur de faktiskt mår för någon överhuvudtaget, de sätter ord på sina känslor och uppskattar att få frågor kring sitt mående. Flera tycker att vissa saker har varit pinsamt att prata om innan på grund av de maskulinitetsnormer som råder.

Man beskriver att man aldrig har pratat om det men att man blir glad att man blir tillfrågad. När man kommer för att testa sig eller någonting eller att man, ja men det här, asså dom har ju haft problem jättelänge många, både med självkänsla, det kan vara whatever alltså för problem. Och det kan ju vara såhär att man kanske, att genom att man ställer frågorna så kan det ju vara så att man öppnar upp känslorna va, så att dom vågar ta fram det just där och då. Fast dom kanske inte hade tänkt sig det från början, för då kanske dom aldrig hade gjort det. Men i och med att man kommer ju nära varandra genom samtalet också och då, och att vi också visar att det är okej att prata om allt, om vad som helst här hos oss liksom (Informant 3).

Här exemplifieras vikten av att våga ställa frågor och att prata om unga mäns psykiska mående. Att ha med sig i bakhuvudet att det kan vara svårt för unga män att sätta ord på sina känslor och att själva försöka få dem att inse att det inte ska behöva må psykiskt dåligt. Det är också tydligt att vissa unga män inte får frågor om sitt psykiska mående och det då är viktigt att i alla fall

vården ställer dessa frågor till dem. Detta kan även ses som ett exempel på de förväntningar som Pattyn et al. (2015) beskriver finns på män att hålla sina känslor kontrollerade.

Informant 2 påpekar att det varierar i både ursprung, grupper och klasser hur det pratas om psykisk ohälsa, hur skamfyllt det är och vad det finns för tilltro till en läkare respektive en psykolog eller kurator. Hen uppger att för vissa unga män är en tablett och en quick fix den givna lösningen även om det inte löser det psykiska problemet på lång sikt. Likt det kritiska perspektivet inom socialkonstruktivismen beskriver Wenneberg (2001) att vår verklighet varierar mellan kulturer, en analys kan då göras att det som anses vara psykisk ohälsa eller behandling för det inte ser samma ut för alla grupper och kulturer.

Informant 2 och 3 beskriver att vissa unga män tenderar att ha ett mer utåtagerande beteende istället för att känna sina känslor men kan inte utifrån egen erfarenhet säga att det är ett vanligare beteende. Dock påpekar hen att vissa av de unga männen som bokas in för samtalsstöd är introverta gällande sina känslor och att de istället har levt ut sin ångest på andra sätt. Informant 4 har stött på unga män med psykisk ohälsa som utvecklat ett självskadebeteende och ger exempel på en individ som varit väldigt rädd och medveten om sjukdomar men bryr sig inte utan har oskyddat sex ändå. Detta är något som diskuteras i tidigare forskning av Brooks (2001) där studier visar på att män med psykisk ohälsa tenderar att ha ett mer utåtagerande och riskbeteende i jämförelse med kvinnor.

5.2. Tema 2. Söka till en mottagning

Nedan följer fyra underteman till studiens andra huvudtema.

5.2.1. Könsfördelning

Enligt informant 1 har andelen unga män som besökt ungdomsmottagningar historiskt sett varit låg, både på den medicinska sidan och samtalsidan och unga kvinnor har varit i majoritet. Hos en av ungdomsmottagningarna var fördelningen av besök 416 män och 4119 kvinnor under 2018. Innan mottagningen för unga män startades märktes det att unga män började dyka upp på ungdomsmottagningen även när de var äldre än åldersgränsen. Unga män började också dyka upp på drop-in tider hos barnmorskemottagningen vilket tydliggjorde behovet som fanns hos de unga männen.

5.2.2. Olika ingångar

Ur informanternas perspektiv anses möjligheten att söka vård för psykisk ohälsa vara jämställd hos ungdomsmottagningarna, alla inom de satta åldersgränserna kan söka dit och drop-in tiderna exkluderar inte någon. Det som informanterna tar upp som skapar en ojämförbar vårdssituation är, som tidigare nämnt, maskulinitetsnormerna som bidrar till att unga män söker vård sent eller inte alls. En av ungdomsmottagningarna samt mottagningen för unga män uppger att de tagit just detta i beaktning, ungdomsmottagningen har en högre ålder för unga män än unga kvinnor och mottagningen för unga män har åldersgräns på 29 år. Det motiveras med att

unga kvinnor vid 23 års ålder börjar med cellprovtagning och fortsätter då naturligt vidare i vårdssystemet och en motsvarighet finns inte för unga män men ett tydligt behov av kontakt har syntts hos unga män i de högre åldrarna.

Samtliga informanter uppger att bakom hjälpsökande finns dock en komplex problematik och ingången för att besöka en mottagning kan upplevas mer naturlig för unga kvinnor då de kan ha ett behov av ett besök med kopplingar till exempelvis preventivmedel, reproduktion och sin sexuella hälsa. Informant 1 menar på att många unga män däremot kan uppleva att de behöver ha ett 'problem' för att besöka en mottagning, som återigen krockar med bilden av mannen och att man ska kunna ta hand om sina egna problem. Samtliga informanter beskriver att unga män söker stöd kring psykisk ohälsa i mindre utsträckning än unga kvinnor på grund av detta. De menar på att den generella bilden av mannen är att vara självständig och tuff och enligt den bilden ska män inte må psykiskt dåligt vilket resulterar i svårigheter att erkänna ett dåligt mående och söka hjälp för det. Detta resonemang går i linje med Pattyns et al. (2015) forskning som visar att män förväntas kunna kontrollera sina känslor och vara självständiga. Holzingers et al. (2012) forskning visar även att den socialt konstruerade mansrollen hindrar män från att söka hjälp då det associeras med svaghet. Denna socialt konstruerade bild av mansrollen kan vara svår för unga män att skjuta ifrån sig då Berger och Luckmanns teori belyser hur barn lär sig att anpassa sig efter de samhällseliga normer som råder. Att följa samhällets givna normer kan ge unga män en känsla av meningsfullhet som de har socialiserats in i vilket försvårar för individen att stå emot normerna (Berger & Luckmann, 1966; Wenneberg, 2001).

Detta måste förändras då informanterna också uppger att unga män har mycket frågor precis som unga kvinnor, vilket kan ses som en bidragande faktor till de hälsoskillnader som enligt SOU 2014:6 finns mellan könen. Informanterna från ungdomsmottagningarna uppger att unga kvinnors besök kopplade till prevention skapar fler möjliga tillfällen för mottagningar att fånga upp dem om de mår psykiskt dåligt, då de genom att svara frivilligt på rutinfrågor kan komma in på psykiskt mående även om det inte var därför de sökte från början. På den medicinska sidan av vården upplever informanterna en annan ojämlikhet då det till viss del inriktas mycket mot prevention och då mer riktad mot unga kvinnor. Fortsättningsvis beskriver informant 2, 3 och 4 att gynekologi är allmänt känt i samhället medan andrologi, som är läran om mannens könsorgan och hormonsystem, inte är lika välkänt. Antalet yrkesverksamma med andrologisk utbildningsbakgrund, som alltså har en särskild kompetens om mäns könsorgan och hormonsystem, verkar vara begränsat generellt och särskilt begränsad utanför storstäderna vilket även bidrar till en geografisk ojämlikhet.

Samtliga informanter nämner att en vanlig ingång för unga män att besöka en ungdomsmottagning eller mottagning för unga män är att testa sig för könssjukdomar, men ett besök som börjar med ett test för könssjukdomar kan sluta i att det kommer fram mycket kring hur besökarens psykiska mående ser ut. Informant 4 beskriver att det är som att de eventuellt "vill kolla av oss lite först" och tror att det är en högre tröskel för unga män att komma på besök än för unga kvinnor, vilket övriga informanter instämmer i. En analys av detta beteende kan kopplas till att rädslan för stigmatisering i samband med att söka hjälp för psykisk ohälsa är

större hos män än kvinnor (Holzinger et al., 2012), speciellt för de som värderar machokulturen högt (Pattyn et al., 2015).

5.2.3. Förbättringar inom vården

Informant 1 uttrycker att det är svårt för vården att förändra de sociala konstruktioner och strukturer som råder i samhället. För att få unga män att prata mer om psykisk ohälsa uppger samma informant att ett sätt kan vara att skapa fler mottagningar för unga män då de beskrivs vara välbesökta och behovet av dem är tydligt. Informant 2 och 3 tror även på att arbeta mer grundligt med psykiskt mående inom vården, att ställa rutinfrågor kring måendet oavsett vad individen söker hjälp för kan öppna upp för en dialog kring känslor och skapa rutiner för att skicka vidare patienter till lämpligare professioner samt boka in återbesök. Samma informanter uppger även att medvetenheten kring psykisk ohälsa måste öka, både inom sjukvården och skolan samt att man vågar ställa frågor.

Att man jobbar grundligare i sjukvården. Det tycker jag att vi har fått bekräftat så många gånger själva när vi har gjort det. Just att de kommer för något annat och sen visar det sig att de mår jättedåligt psykiskt och kanske gråter och känner sig förtvivlade och vi har kunnat boka vidare till läkare för bedömning och kanske till kurator för samtal, under tiden kanske återbesök till oss, och sen kanske de kommer ett halvår senare såhär och säga tack så jättemycket för att nu mår jag så bra. Alltså det kan ändra en hel människas livssituation faktiskt, med bara enkla frågor. (Informant 2)

Och jag tror att liksom genom alla instanser på olika sätt vågar fråga såna här saker gör att man blir medveten om att det finns ett problem och jag tror man måste bli det först innan man kan få åtgärderna liksom. Men det är ju komplext. Det är svårt, det är så många delar i det där. Ja vi har ju ingen kardinal, gör såhär så blir det bra. (Informant 3)

Både informant 2 och 3 har tydligt sett att en grundligare vård ger resultat, att kunna ge den där extra tiden till någon kan förändra en persons liv. Även om detta är en fråga om resurser och personal så borde det ingå att ställa en extra fråga för att ge, i detta fallet unga män möjligheten att prata om sitt mående.

Detta kan vara ett sätt att få upp både mäns och vårdens ögon för mäns mående då män enligt Ogrodniczuk och Oliffe (2010) själva ofta förbiser indikatorer på att de mår psykiskt dåligt. Informant 4 uppger även att arbetet kring psykisk ohälsa kan förbättras genom att resurserna till samtalssidan och den medicinska sidan på mottagningar blir mer jämnt fördelade och att väntetider för att träffa en kurator hålls låg. Speciellt då hen uppger en känsla av att unga män som kommer till mottagningen inte kommer tillbaka om de inte får en närliggande tid. Informanten fortsätter med att det är viktigt att skapa en bättre tillgänglighet för att kunna fånga upp dem när de väl dyker upp. Förbättringar likt dessa kan hjälpa till i strävan att skapa ett socialt hållbart samhälle genom att tillgodose en god hälsa och individens rätt till bästa möjliga psykiska hälsa, som är i linje med mål nummer tre i Agenda 2030 (Prop. 2017/18:249; Regeringskansliet, 2018; Regeringskansliet, 2017).

5.2.4. Förändringar av maskulinitet

För att förändra de begränsande delarna av de sociala konstruktionerna av maskulinitet tar informant 1 upp att förändring bör ske i de nära kretsarna och i relationerna till andra människor. Hen beskriver att det finns en förändringspotential där genom att vi kan försäkra oss om att alla runt omkring oss mår bra, tänka på hur vi talar med varandra och hur vi uttrycker vad vi behöver för att må bra. Hur en familj samtalar kan påverka ett barn och vad det barnet får med sig vidare ut i livet. Likt tidigare forskning angående könsrollsinnläring och könssocialisation där Giddens och Sutton (2013) beskriver att social interaktion är en viktig del i lärandet av könsroller. Därför spelar familjen en viktig roll i upprätthållandet eller förändringen av sociala konstruktioner.

Samtliga informanter diskuterar skolans roll och att det är viktigt att börja prata tidigt och mer om psykisk ohälsa för att kunna motverka det på lång sikt. De beskriver också behovet av att unga män behöver förebilder och någon som de kan identifiera sig med som pratar om psykisk ohälsa, speciellt eftersom den äldre generationen inte pratar särskilt mycket om det. Vikten av att ha förebilder att identifiera sig med är inte något som beskrivs i tidigare forskning men kan kopplas till Connells (1995) hegemoniska maskulinitet som beskriver en hierarki mellan män i samhället. Genom en analys av detta kan en parallell dras till att om fler män i den övre delen av hierarkin börjar prata om psykisk ohälsa och visar sig sårbara kan detta skapa en ny typ av manlighet och på så sätt även bredda manligheten som informanterna anser är nödvändigt. Detta tankesätt kan förstärkas med hjälp av Berger och Luckmanns teori som redogör för att människor kan skapa sig vanor som sedan förs vidare till andra personer i samhället (Berger & Luckmann, 1966; Wenneberg, 2001).

Samtliga informanter är eniga i att det håller på att ske en förändring kring hjälpsökande hos unga män, varav informant 1 uttrycker följande. ”Alltså, om jag jämför, nu har jag jobbat i tolv år på ungdomsmottagning och jag har aldrig haft så här många pojkar och män som jag har nu faktiskt. Så för min del, personligen, så är det en ökning i hur det ser ut i mitt arbete”. Informant 4 uppger att unga män har börjat ta sällskap av varandra till ungdomsmottagningen i en större utsträckning än tidigare och informant 1 beskriver att en bidragande faktor till förändring kan ligga i att maskulinitetsnormen har lyfts och synats på olika sätt. Informant 4 upplever även att en förändring sker genom att yngre killar pratar mer om sitt psykiska mående.

6. Diskussion och slutsatser

Studien ämnade att belysa hur informanterna på ungdomsmottagningar och mottagning för unga män ser på sociala konstruktioner av manlighet och psykisk ohälsa, men även att undersöka hur arbetet kring psykisk ohälsa kan förbättras utifrån ett jämställdhets- och hållbarhetsperspektiv. Nedan följer först en metoddiskussion, en resultatdiskussion för att knyta an till studiens frågeställningar, förslag på framtida forskning och avslutningsvis en slutsats.

6.1. Metoddiskussion

Kvalitativ forskningsmetodik kan kritiseras för att vara subjektiv eftersom personliga band kan bildas mellan forskare och deltagare samt att forskarens egna uppfattningar kan färga resultatet.

Detta tas hänsyn till i största möjliga mån och eftersom endast en intervju hålls med varje deltagare anses personliga band inte hinna bli avgörande för studien eftersom ingen av författarna heller har någon tidigare relation till deltagarna. Kvalitativ forskning kritiseras för svårigheter att generalisera resultat men denna studie ämnar inte generalisera resultatet till en hel population och inte heller representera uppfattningarna hos alla medarbetare på ungdomsmottagningar och mottagningar för män. Generaliserbarheten ligger istället i de teoretiska slutsatser som kan dras utifrån data. Kritik kan även riktas mot problem med att replikera en studie då forskningsmetodiken bygger på interaktion och därmed har troligtvis forskaren ett visst inflytande över deltagarna med sina personliga egenskaper. En forskares uppfattning av vad som är av mest betydelse under en studies gång kan även skilja sig mellan olika forskare. Kritiken angående svårigheter att visa transparens har tagits i beaktning och har försökt motverkas genom att redogöra för proceduren i största möjliga mån (Bryman, 2011).

Båda författarna är förstagångsintervjuare vilket kan kritiseras med tanke på att Bryman (2011) beskriver att förstagångsintervjuare kan ha svårare att hantera oväntade beteenden, ha tydliga förväntningar som influerar intervjufrågorna samt problem med att hålla fokus och kunna ställa relevanta följdfrågor. För att förbereda sig medvetandegörs författarna sig om detta och tar till sig av följande tolv kriterier som beskrivs för att bli en framgångsrik intervjuare, (1) insatt, (2) strukturerad, (3) tydlig, (4) visar hänsyn, (5) sensitiv, (6) öppen, (7) styrande, (8) kritisk, (9) kommer ihåg, (10) tolkar, (11) balanserad och (12) etiskt medveten (Bryman, 2011).

6.2. Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis anser samtliga informanter att sociala konstruktioner av maskulinitet har en påverkan på unga män då de genomsyrar hemmet, skola och hela samhället i stort. Resultatet visar att olika personer påverkas olika mycket och att det finns olika inställningar till de maskulina ideal som finns i samhället. Vissa tar medvetet avstånd från dem och andra omfamnar dem men vad som verkar kunna sammanfattas är att för många unga män är sociala konstruktioner hämmande och påverkar hur lätt de har att prata om känslor. Sociala konstruktioner av maskulinitet skapar även en stor påfrestning på unga män att leva upp till olika former av ideal, vilket kan påverka deras psykiska hälsa negativt om de inte når upp till dem. Detta svarar till studiens första frågeställning genom att konstatera att informanterna ser att sociala konstruktioner av maskulinitet kan bidra till psykisk ohälsa hos unga män. En ytterligare aspekt som kan besvara denna frågeställning är att de sociala konstruktionerna av maskulinitet hindrar unga män från att söka hjälp när de behöver någon att prata med, som exempelvis efter ett uppbrott. Uppbrottet i sig behöver inte stå i korrelation till psykisk ohälsa men att inte prata med någon om det eller inte tillåta sig själv vara ledsen över det kan bidra till det.

Resultatet visar att det finns utvecklingspotential inom arbetet kring psykisk ohälsa hos unga män. Informanterna påpekar att mottagningarna är tillgängliga för alla och att det dessutom finns högre åldersgräns på vissa mottagningar är bra ur ett jämställdhetsperspektiv, men vissa mottagningar och framförallt vården generellt har utvecklingspotential ur ett

hållbarhetsperspektiv. Där ett mer grundligare arbete vore önskvärt, där rutinfrågor om psykisk mående ställs oavsett vad patienten söker för och ett arbete för att skicka vidare patienter till rätt professioner. Men som påpekas i tidigare forskning (SOU 2014:6) är det en stor problematik att män inte söker vård i tid eller inte alls, men det är också tydligt att det inte bara handlar om vården. Även om vården hade varit perfekt utformad så hade de maskulina normerna i vårt samhälle begränsat unga män från att söka vård och visa sig svaga. Det är ett ämne med en komplicerad bakgrund med många olika faktorer som spelar in och frågan är i vilken ordning en förändring borde ske först.

Flera av informanterna beskriver att förändring sker olika snabbt i olika grupper. Hur man pratar om psykisk ohälsa varierar samt vilket förtroende det finns för läkare respektive kuratorer. Med ett sådant utgångsläge är det ännu viktigare för vården att kunna identifiera unga mäns dåliga mående trots att de har problem med att beskriva sina symtom och att vården hellre ställer för många frågor än för få. Detta är även något som informanterna belyser, vikten av att vården ska jobba grundligare och bredare för att kunna fånga upp unga män som mår psykiskt dåligt, för att på så sätt göra vården mer jämställd. Dock är det tydligt inom den tidigare forskningen Ogrodniczuk och Oliffe (2010) att psykisk ohälsa hos unga män inte är något som prioriteras utan hamnar i skymundan, kanske för att de sociala konstruktionerna av manlighet har gjort att män inte ska må psykiskt dåligt.

Studien bidrar till ett perspektiv i hållbarhetsdebatten och visar på att sociala konstruktioner av maskulinitet och machokulturen står indirekt i vägen för Agenda 2030s globala mål nummer tre genom sitt bidragande till psykisk ohälsa. För att nå ett hållbart samhälle där alla har rätt till en god hälsa måste mäns psykiska ohälsa prioriteras mer än vad det görs idag, speciellt med tanke på att psykisk ohälsa beräknas vara den kommande ledande utmaningen år 2030 för folkhälsan både nationellt och globalt. Sveriges Kommuner och Landsting (2018) beskriver att flertalet samhällsproblem skulle reduceras om ett arbete kring psykisk ohälsa hos unga män prioriteras, vilket även kommer fram i studiens resultat. Det är tydligt att resurser måste sättas in för att reducera självmordsstatistiken och att det skulle leda till fördelar både för männen, deras omgivning och övriga samhället.

En problematik som både tas upp av informanterna och i tidigare forskning är att många unga män inte själva upptäcker när de mår psykiskt dåligt (Ogrodniczuk & Oliffe, 2010). Varför förbiser många unga män sitt eget psykiska mående? Hur kommer det sig, att i ett samhälle där unga mår allt sämre kan vissa inte förstå att de mår dåligt eller ser de symtom som tyder på ett sämre psykiskt mående. Är det de sociala konstruktionerna som har den största påverkan eller är det stigmatiseringen kring psykisk ohälsa? Informanterna pratar om vikten av manliga förebilder, en större öppenhet kring psykisk ohälsa samt skolans roll. Något som också uppmärksammas i tidigare forskning är vikten av vår omgivning och att kanske det första steget för en förändring är att våga ifrågasätta och utmana normer kring maskulinitet även om det känns jobbigt.

Resultatet visar att unga män som söker sig till en mottagning ofta gör det för att testa sig för könssjukdomar även om de ibland är i behov av annan hjälp. Detta reagerade författarna på och vill sätta det i relation till de normer som sociala konstruktioner av maskulinitet har skapat. Säger normerna att det är mer socialt accepterat för unga män att ha en könssjukdom än psykisk ohälsa? Är detta en maskulinitetsnorm eller genomsyrar detta hela samhället, oavsett kön?

Att maskulina normer reproduceras genom socialiseringsprocesser är något som Giddens och Sutton (2013) diskuterar, hur en individs omgivning påverkar hur personen ser på de olika könen samt sin egen manlighet. En av informanterna beskriver att en besökare återger sin situation som att han är uppvuxen i ett 'mjukisgäng'. Hur stor inverkan har den jämnåriga umgängeskretsen på hur normer efterföljs samt vilken syn en individ har på maskulinitet? Ska unga män behöva stämpla sig själva som mjukis för att de gråter eller pratar om sina känslor? Kanske är det helt enkelt så att det första steget för att förändra maskulinitetsnormerna börjar med männen själva?

6.3. Framtida forskning

Det hade varit av intresse att genomföra en studie av samma slag men inkludera fler mottagningar eftersom reliabiliteten ökar vid en studie med fler informanter. Det kan även ge en bättre bild av hur personal från ungdomsmottagningar och mottagningar för unga män uppfattar situationen gällande sociala konstruktioner av maskulinitet och kopplingen till psykisk ohälsa för unga män ser ut runtomkring i landet och om det finns någon variation mellan städer. En större och mer omfattande studie hade kunnat leda till framställandet av ett material som mottagningar senare hade kunnat använda sig av, för att på så sätt kunna ta lärdom av varandra och eventuellt ändra sina egna rutiner för att fånga upp flera unga män med psykisk ohälsa.

I samband med denna studie har avsaknaden av forskning kring ickebinära och transsexuella personers upplevelser av sociala konstruktioner av maskulinitet och hur de påverkar dem uppmärksamats. Den tidigare forskningen ses som främst representativt för de delar av befolkningen som vuxit upp och identifierar sig som man eller kvinna. I denna exkludering finns en kunskapslucka som både vore intressant och viktig att studera i framtiden.

Under studiens gång har också en kunskapslucka angående hur olika kulturer ser på manlighet upptäckts. I takt med att vårt samhälle blir allt mer multikulturellt anses detta vara ett ämne som bör forskas mer inom. Att utgå från endast en manlighetsnorm kan leda till framtida problem där män som exempelvis har invandrat till Sverige känner att deras version av manlighet inte får plats i vårt samhälle eller att de blir missförstådda.

6.4. Slutsats

Slutsatser som kan dras från studien är att sociala konstruktioner av manlighet påverkar unga mäns psykiska ohälsa. Det skapas ideal i en tidig ålder som är svåra att leva upp till och maskulinitetsnormerna kan vara hämmande och begränsande för unga män. Det är tydligt att även om det i dagsläget pratas mer om psykisk ohälsa så mår unga överlag sämre och det är en komplex fråga som inkluderar allt från invånare till olika institutioner i samhället. Om psykisk ohälsa inte prioriteras kan det leda till ett samhälle som inte är socialt hållbart och med en befolkning som inte får den vård som de behöver. En ökad medvetenhet kring psykisk ohälsa behövs för att kunna skapa en förändring i samhället. Likaså en breddad bild av manlighet där män tillåts vara som de vill och istället för att bli lärda att inte gråta bör de uppmuntras att prata om sina känslor. Avslutningsvis behövs en vård som är grundlig, som är bättre på att fånga upp unga män som eventuellt mår psykiskt dåligt och framförallt att män i alla åldrar använder sig av den vården som finns tillgänglig.

7. Referenser

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3), 226–236.

doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality – A treatise in the sociology of knowledge*. London, England: Penguin Books.

Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *En kunskapsöversikt. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriskt tillstånd hos barn och unga*.

Hämtad från <https://forte.se/app/uploads/2014/12/kunskapsoversikt-begrepp.pdf>

Brooks, G. R. (2001). Masculinity and Men's Mental Health, *Journal of American College Health*, 49(6), 285-297. doi:10.1080/07448480109596315

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2. uppl.). Stockholm, Sverige: Liber AB.

Connell, R.W. (1995). *Maskuliniteter*. Göteborg, Sverige: Daidalos AB.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Vad är social hållbarhet för oss?* Hämtad 5 april 2019, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Giddens, A., & Sutton, P. W. (2013). *Sociologi*. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 73–85. doi:10.1017/S2045796011000552

Jämställ. (2014). *Genus och maskulinitet*. Hämtad 10 april 2019, från <http://www.jamstall.nu/wp-content/uploads/2014/01/Maskulinitetsteori-pdf.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.) Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.

Lyons, E. & Coyle, A. (2016). *Analysing qualitative data in psychology* (2. uppl.). Los Angeles, CA: SAGE.

Mötesplats social hållbarhet. (2018). *Vad är social hållbarhet för oss?* Hämtad 4 april 2019, från <http://www.motesplatsocialhallbarhet.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Ogrodniczuk, J. & Oliffe, John. (2010). Manning up for men's mental illness. *Australian Family Physician; Melbourne*, 39(12), 931-932.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569). doi:10.1016/S0140- 6736(07)60368-7

Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089–1095. doi:10.1007/s00127-015-1038-x

Prop. 2017/18:249. God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/god-och-jamlik-halsa---en-utvecklad_H503249

Regeringskansliet. (2016). *Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Hämtad 8 april 2019, från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/>

Regeringskansliet. (2018). *Handlingsplan Agenda 2030*. Hämtad 5 april 2019, från <https://www.regeringen.se/rapporter/2018/06/handlingsplan-agenda-2030/>

Regeringskansliet. (2017). *Hälsa och välbefinnande*. Hämtad 5 april 2019, från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/>

SOU 2014:6. *Män och jämställdhet*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2014/02/sou-20146/>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Maskulinitet och psykisk hälsa – strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*. Hämtad 8 april 2019, från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-608-7.pdf?issuusl=ignore>

UMO. (u.å.-a) *Bup, barn- och ungdomspsykiatri*. Hämtad 29 april 2019, från <https://www.umo.se/att-ta-hjalp/andra-du-kan-fa-hjalp-av/bup-barn--och-ungdomspsykiatri/>

UMO. (u.å.-b) *Hitta mottagning*. Hämtad 29 april 2019, från <https://www.umo.se/hitta-mottagning/>

Under kevlaret. (u.å.). *Vadå "machokultur"?* Hämtad 12 maj 2019, från <http://underkevlaret.se/machokultur>

Unizon. (2015). *Normer för maskulinitet*. Hämtad 14 april 2019, från <http://unizon.se/node/5794>

Wenneberg, B. S. (2001). *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. Helsingborg, Sverige: Liber AB

Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., [...] Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6

Bilaga

Intervjuguide

Introduktion/Bakgrundsfakta om informanterna

1. Mottagning
2. Stad
3. Har ni ett stort antal besökare till er mottagning?
4. Hur länge har du jobbat med din profession?

Varför valde ni att starta MUM? (till mum-ställen)

Vad ligger till grund för att ni har mottagning för tjejer upp till 23 men killar upp till 25? (ungdomsmottagningar som har detta)

Huvuddel

Tema 1. Psykisk ohälsa

Kategori 1. Unga mäns psykiska ohälsa

Fråga 1. Hur vanligt är det att unga män söker hjälp för psykisk ohälsa hos er?

Fråga 2. SKL hävdar att unga män i mindre uträkning än unga kvinnor söker stöd för psykisk ohälsa, hur ser det ut hos er?

Fråga 3. Hur kan man få unga män att prata mer om psykisk ohälsa?

(Ser ni en ökad trend av psykisk ohälsa bland unga män?)

Tema 2. Maskulinitet

Kategori 1. Konstruktion av maskulinitet

Fråga 1. Vilka sociala konstruktioner anser du bidrar till unga mäns psykiska ohälsa?

(Studier visar på att sociala konstruktioner av manlighet är en bidragande faktor till unga mäns psykiska ohälsa)

Fråga 2. De unga män som söker hjälp hos er - diskuterar de normer kring manlighet i vårt samhälle?

(Om ja, på vilket sätt? Om inte, tar ni upp det som ett ämne som bör diskuteras?)

Fråga 3. Om ni möter unga män som uttrycker svårigheter med att söka hjälp för sin psykiska ohälsa hur hanterar ni detta?

Tema 3. **Social hållbarhet**

Vad behöver förändras i samhället för att bidra till unga mäns psykiska välbefinnande?

- Ex inom vården, sexual undervisning, politik osv?

Skulle ni säga att vården för unga med psykisk ohälsa är jämställd?

- om nej: hur skulle den kunna bli mer jämställd?
- Om ja, på vilket sätt är den jämställd? - exemplifiera gärna

Avslutning

Har ni något mer som ni vill lyfta kring detta ämnet?