



Institutionen för Psykologi
Psykologexamensuppsats VT 2007

GENUSPERSPEKTIV INOM VÅRD OCH OMSORG
En intervjustudie med psykosdiagnosticerade brukare samt deras personal

Cecilia Hellgren & Sara Thulin

Handledare: Mats Fridell

Abstract

The purpose of the study was to examine the experiences of people in contact with psychiatric healthcare and social service through a gender perspective. In addition to gender, the conceptions used to understand the experiences of service users and staff members, included life quality, recovery, power and stigmatization. Commissioned by The Milton Projects, the study was implemented in three districts in the South of Sweden. The population was 76 service users with psychosis and functional psychological disorder. A random sample of 42 was drawn and 17 individuals were interviewed face-to-face plus 13 staff members working within psychiatric healthcare or social service. A majority of the male and female users were content with the help provided as well as life satisfaction. Women were dissatisfied to a larger extent than men on variables measuring recovery, fulfilled expectations, motivation and influence on the planning of nursing and treatment. Women showed to be more satisfied than men on variables concerning the maintenance of social networks and relationships. The results of the staff interviews indicated that members of this group treated men and women differently in certain areas, but more so based on individual differences than gender belonging.

Keywords: Gender, Health Care, Psychosis, Life Quality, Recovery, Service Users.

Sammanfattning

Syftet med studien var att ur ett genusperspektiv undersöka upplevelserna hos individer i kontakt med psykiatri och/eller socialtjänst. Förutom genus användes begrepp som livskvalité, återhämtning, makt och stigmatisering för att förstå brukarnas och personalens upplevelser. Studien, som var en tilläggsstudie till Milton Projektet, utfördes i tre kommuner i södra Skåne. Populationen var 76 brukare ur vilken ett slumpmässigt sample på 42 personer drogs, varav 17 brukare deltog. Utöver brukarna intervjuades 13 personer ur personalgruppen. Majoriteten av brukarna visade sig vara tillfredställda med den hjälp som erbjöds samt den livskvalité de hade. Män var mer nöjda än kvinnor då det gällde variabler som mätte återhämtning, uppfyllda förväntningar, motivation och inflytande över planeringen av vården. Kvinnor var mer nöjda än män då det gällde den variabel som mätte bibehållandet av relationer och socialt nätverk. Personalen bemötte manliga och kvinnliga brukare på olika sätt då det gällde vissa områden, men skillnader i bemötande berodde mer på brukarnas individuella skillnader än deras genustillhörighet.

Nyckelord: brukare, genus, livskvalité, psykos, psykiatri, socialtjänst, återhämtning.

Förord

Då vi fick erbjudande om att göra en tilläggstudie till ett av Miltonprojekten kändes genusperspektivet relevant. Vi ville göra en studie som främst grundade sig på brukarnas egna upplevelser, tankar och synpunkter. Att en grupp med psykosdiagnos valdes ut till studien berodde på att vi tidigare arbetat med denna grupp och att dessa personers livsöden kändes engagerande och viktiga.

Vi har i första hand i denna studie velat undersöka brukares upplevelser inom vård och omsorg idag. Det har också varit av intresse att ta del av personalens syn på sin och brukarnas situation. Det är våra förhoppningar att ett genusperspektiv i detta sammanhang kan leda till nya frågor om hur genuskonstruktion kan utvecklas, där man kanske kan synliggöra ojämlikt bemötande och/eller särbehandlande baserat på könstillhörighet.

Det har varit givande och lärorikt att få ta del av alla de berättelser och synpunkter som framkommit under arbetets gång. Vi vill särskilt tacka alla de brukare som delgett oss sina personliga skildringar. Vi vill också tacka all personal som hjälpt till att möjliggöra studien. Slutligen vill vi tacka Mats Fridell, vår handledare som har ställt upp och hjälpt oss med allehanda problem som uppkommit, samt bidragit med ovärderlig sakkunskap.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	1
Bakgrund	3
Psykiatrireformen och Miltonprojekten	3
Psykiskt funktionshinder och psykosdiagnos.....	4
Genusperspektivet	7
<i>Definition av genusforskning</i>	7
<i>Allmänt om genusforskning</i>	8
Forskningsöversikt	12
Genus	12
<i>Skillnader i kvinnors och mäns allmänhälsa</i>	12
<i>Genus och psykisk problematik</i>	13
Makt	17
Stigmatisering	19
Livskvalitet	20
Återhämtning	22
Syfte och frågeställningar	27
Metod	28
Implementering av studien.....	28
Urvalsförfarande av intervjupersoner.....	29
Kommunerna	30
<i>Brukare</i>	31
<i>Personal</i>	34
Utformning och genomförande av intervjuer.....	34
<i>Utformning av brukarintervjuerna</i>	34
<i>Provintervjuer</i>	35
<i>Utformning av personalintervjun</i>	37
Material och miljö	37
<i>Närmandet av brukarna och den psykiska miljön</i>	38
Statistik	39
Etik	40
Resultat	41
Representativitet	41
Brukarnas resultat	42
Personalens resultat	49
Förändringsperspektiv	54
Sammanfattande kommentarer.....	56

Diskussion	58
Livskvalité, återhämtning och förväntningar	58
<i>Livskvalité</i>	58
<i>Återhämtning</i>	62
<i>Förväntningar</i>	66
Andra mönster	66
<i>Synen på eget och andras arbete</i>	67
<i>Strukturerade och öppna frågor</i>	68
Diskussion angående metod, bortfall och organisation.....	71
<i>Begreppsvaliditet</i>	71
<i>Intervjusituationen</i>	72
<i>Metod</i>	72
<i>Bortfall</i>	73
<i>Organisations- och samhällsperspektiv</i>	75
<i>Generaliserbarhet</i>	77
Framtida forskning	78
Referenser	79
Appendix	82

Inledning

En mänsklig tendens är att kategorisera och etikettera vår omgivning (Björkman, 2005). Då människans kategoriska tänkande är aktiverat kan en roll dominera uppfattningen om en viss individ, på bekostnad av alla hennes andra roller och mänskliga sidor. Samma fenomen kan ske på gruppnivå då de företeelser som särskiljer gruppen från andra, blir mer markanta än de som är gemensamma med andra grupper. Av denna anledning kan det vara svårt att tydliggöra de båda könens förhållanden då det gäller personer med psykiskt funktionshinder och psykisk problematik. Det faktum att individen har en psykisk problematik tar ofta överhand och det är som om individerna osynliggörs med sina andra mänskliga sidor som kvinnor och män, speciellt då det gäller samhällsinsatser (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). För att inte generalisera resultat i hälsoskillnader mellan kvinnor och män är det även viktigt att poängtera att kvinnor är olika sinsemellan och män likaså.

En anledning till att denna undersökning genomfördes med ett genusperspektiv, var att försöka att se förbi några av de generaliseringar som finns då personer med psykisk problematik och funktionshinder beskrivs. Ytterligare en anledning till varför studien genomgående sätter genusperspektivet i centrum, är att alla människor befinner sig i en kontext som genomgripande påverkar dem. Sociala normer och värderingar genomsyrar vårt dagliga liv, på arbetsplatser, i privatlivet och genom media vilket påverkar oss (Barron, 2004). Därför är det viktigt att se hur samhällsstrukturer och normer också kan tänkas påverka de vårdssituationer individen befinner sig i. Diskussionen om kvinnor och män med svår psykisk problematik riskerar att bli ofullständig, om man inte tar hänsyn till att villkoren, situationerna och upplevelserna redan från början skiljer sig åt på olika sätt för kvinnor och män (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8).

De vårdtagare som ingick i studien var personer med en psykosdiagnos och psykiskt funktionshinder. Benämningen brukare används genomgående i studien för att beskriva denna grupp då andra beteckningar, till exempel patient eller klient främst används inom antingen psykiatrin och kommunen. Bland dem som medverkade i studien var det många som hade kontakt med båda instanserna. Då studien främst grundade sig på brukarnas egna upplevelser, tankar och synpunkter är det också passande att använda benämningen brukare då det är den som valts ut av landets brukarföreningar.

Gruppen som valts ut för studien riskerar ett utanförskap i relation till övriga samhället. De befinner sig också i en sårbar position i vårdsystemet och gentemot behandlarna och därför har deras och personalens upplevelser förutom genusperspektivet också undersökts utifrån begreppen makt och stigmatisering. De begrepp som legat som grund för beskrivandet av deras upplevelser har varit livskvalité och återhämtning då dessa begrepp på ett meningsfullt och allomfattande sätt beskriver en människas mående.

Bakgrund

Psykiatrireformen och Miltonprojekten

För att ge en kort beskrivning av hur sammanhanget till studien såg ut och till viss del även det större system i vilket dagens psykiatri och omsorg verkar, följer här en kort beskrivning av den samhällsliga och organisatoriska kontexten.

Psykiatrireformen trädde i kraft 1995 som ett försök att undanröja det utanförskap som tidigare indirekt eller direkt drabbat personer med psykisk ohälsa. De åtgärder som företogs skulle leda till ett öppnare vårdklimat, vilket skulle få dessa utsatta personer att bli mer delaktiga i samhället och kunna leva som andra (Lundin & Ohlsson, 2002). I och med denna reform så delades ansvaret för brukarnas livskvalitet upp mellan kommunen och psykiatrin. Kommunen övertog huvudansvaret för den service och det stöd som de psykiskt funktionshindrade behövde. I detta ansvar ingick att erbjuda boendeformer, boendestöd, daglig sysselsättning, en meningsfull fritid samt rehabilitering. Landstingets och psykiatris ansvar innefattade att förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar samt ansvara för den somatiska vården (Andrén & Toft, 2006; Lundin & Ohlsson, 2002).

I det stora hela försökte psykiatrireformen värna om den enskilde brukarens integritet och rättigheter. Det fanns dock också nackdelar och svårigheter med reformen. Kritik har bland annat riktats mot att reformen genomförts för snabbt och att öppenvårdspsykiatri och de sociala insatserna inte varit tillräckligt utbyggda vid genomförandet, vilket resulterat i isolerade och problematiska förhållanden för brukarna. Även om förbättringar skett de senaste åren kvarstår det problem, bland annat inom den samverkan och samordning som behövs mellan psykiatri och kommun, för att uppnå ett gott behandlingsresultat (Lundin & Ohlsson,

2002). På hösten år 2003 tillsatte regeringen en nationell psykiatrisamordnare, Anders Milton, vilken fick till uppgift att se över bristerna inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen. I uppdraget ingick bland annat att tillsammans med berörda aktörer, till exempel landsting och kommuner, se över och verka för förbättringar inom frågor som rör personer med psykiska funktionshinder (Andrén & Toft, 2006; Nationell psykiatrisamordning 85/06). Även psykiatrin i Ängelholm, samt kommunerna Båstad, Åstorp och Klippan gick med i ett av dessa projekt som hade till uppgift att inventera verksamheter, samordning och organisation av insatser till personer med psykosdiagnos och ett funktionshinder. Ett mål var också att på sikt förbättra samverkan mellan instanserna och på så sätt förbättra formerna för omhändertagande av dessa långvarigt psykiskt funktionshindrade (Andrén & Toft, 2006).

Psykiskt funktionshinder och psykosdiagnos

De personer som valdes ut till att delta i intervjuundersökningen hade ett psykiskt funktionshinder. Detta är en grupp som ofta är beroende av hjälp och stöd från samhället för att kunna leva ett liv på samma villkor som alla andra i Sverige. Det var också en grupp som diagnosticerats med en schizofreni- eller psykosproblematik. Detta påverkar både hur själva problematiken hanteras och hur den vård och omsorg de får ser ut.

Den definition av begreppet psykiska funktionshinder som nationell psykiatrisamordning (2006:5) ger lyder som följer: "En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning"(s.6). Med livsområden menas områden där en person anser sig ha en delaktighetsinskränkning. Dessa områden kan sträcka sig från mer

basala behov som boende, arbete, relationer samt fritid, till mer individinriktade anspråk på delaktighet i det religiösa och själsliga livet samt sexuella relationer (Nationell psykiatrisamordning, 2006:5). De personer som oftast drabbas av så svåra problem att de uppfattas som psykiska funktionshinder, är personer som har en psykossjukdom, personlighetsstörning eller något allvarligare affektivt syndrom (Nationell psykiatrisamordning, 2006:5). Det som framkommer då man ser på psykiska funktionshinder är att problematiken hos brukare kan se väldigt olika ut beroende på diagnos, problemställning och på personliga behov och intressen. Enligt Lundin och Ohlsson (2002) är det viktigt att skilja mellan ett psykiskt funktionshinder och ett handikapp, då ett psykiskt funktionshinder är ett faktiskt fenomen som till exempel överkänslighet för ljud och ljus. Ett handikapp är ett fenomen som skapas i relation till omvärlden och ger sociala konsekvenser. Ett exempel på ett sådant handikapp är således svårigheter att ta kontakt med andra. Det här är viktigt då det är svårt att se orsakssammanhanget bakom en persons beteende om det är handikappet och inte funktionshindret som står i fokus.

Då den grupp som valts ut till undersökningen har en psykosdiagnos och ett psykiskt funktionshinder redogörs här för några av de psykiska funktionshinder som är förekommande efterverkningar av ett insjuknande i en psykosrelaterad sjukdom. Dessa är vanligen tanke-, kontakt-, varseblivnings- och jagstörningar. Rent praktiskt kan de visa sig som svårigheter att skapa struktur i vardagen, att föra ett fungerande socialt liv, minnesstörningar och svårigheter med det abstrakta tänkandet (Lundin & Ohlsson, 2002). Psykiska funktionsnedsättningar kan leda till ett handikapp då dessa personer kan ha svårare än andra att leva ett gott liv på de villkor som erbjuds.

Psykos och schizofrenisyndrom är ett vidsträckt begrepp där flera olika sjukdomar räknas in (Ottosson, 2003). Dessa kan vara väldigt olika i såväl symptom som problemställningar. Det har funnits många olika förklaringsmodeller till varför en person drabbas av en psykos eller insjuknar i schizofreni. Det som nu ses som den troligaste förklaringen är att det är ett samspel mellan genetiska sårbarhetsfaktorer och att personen ifråga utsätts för en hög stressnivå (Ottosson, 2003). Detta kallas för stress/sårbarhetsmodellen och kan förklara varför vissa personer tål en större stressbelastning än andra utan att insjukna. Schizofrena syndrom och psykosor kan också uppkomma genom skador och sjukdomar som påverkar hjärnans strukturer och genom ämnen som påverkar hjärnan via blodet. Insjuknandet i schizofreni sker för det mesta i ganska unga år, mellan 20-30 är vanligast och en debut före 16 års ålder och efter 45 års ålder är ovanligt (Sedvall, 1997).

Då sjukdomen beskrivs, talas om positiva symptom vilket bland annat innefattar tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar respektive negativa symptom vilket omfattar självförsjunkhet, passivitet och känslomässig avflackning (Sedvall, 1997). Den vanligaste behandlingsformen av schizofrenier och psykosor är genom att medicinera med antipsykotika eller neuroleptika (Ottosson, 2003). Ofta har dock medicinering en större effekt på de positiva symptomen än på de negativa symptomen och det finns även många starka biverkningar som kan sänka livskvalitén för den behandlade (Ottosson, 2003). Då varje nytt återfall i psykos ofta leder till kvarstående funktionsförsämringar och försvårad rehabilitering (Lundin & Ohlsson, 2002), är det viktigt att motverka återinsjuknande. Ofta är det stressande omständigheter eller livshändelser som leder till ett återfall men med hjälp och stöd kan dessa ibland undvikas. Om rätt behandling ges och rätt förutsättningar finns behöver ett schizofrent restillstånd inte ses som stationärt. I en långtidsuppföljning efter 40 år visade det sig att 68 % av de kontrollerade personerna inte längre uppvisade några schizofrena symptom (Ottosson,

2003). Detta är dock en siffra som kan variera mellan olika studier. Då en person befinner sig mitt i ett psykotiskt skov kan verkligheten te sig mycket skrämmande och ångestfylld och intryck tolkas utifrån psykosens tankar och föreställningar (Lundin & Ohlsson 2002). Han eller hon upplever oförklarliga tillstånd eller intryck som är svåra att passa in i verkligheten och förklara. Personen kan se, höra och känna saker som inte finns, tro att han/hon är en annan person eller ge föremål eller händelser en speciell ibland magisk betydelse. Problem kan ibland uppstå då omgivningens verklighet inte sammanfaller med den psykotiska personens (Lundin & Ohlsson, 2002).

Genusperspektivet

Definition av genusforskning. Under senare år har genus blivit ett vedertaget begrepp i Sverige. Det används i sammanhang där man studerar sociala relationer mellan kvinnor och män. Begreppet genus skiljer sig från kön på så sätt att det ger en möjlighet att studera sociala, kulturella och historiska dimensioner, utan att direkt relatera till könets biologiska eller fysiologiska karaktär. Trots att termerna kön och genus har olika betydelser inom genusforskningen, används de ofta som synonymer inom medicinen (Hammarström, 2002).

Först och främst utgår genusforskning från våra sociala föreställningar om olikheter. Vi har ett dualistiskt sätt att tänka i genuskategorier och även då vi tar avstånd från traditionella förhållningssätt och värderingar, vad det gäller kvinnor, män, flickor och pojkar, förhåller vi oss fortfarande till en dualistisk genuskategorisering (Barron, 2004). För att tydliggöra vad ett genusperspektiv innebär, och utöka kunskapen om detta, vilket exempelvis behövs inom den medicinska forskningen, kan man med hjälp av olika kriterier definiera forskningen i tre olika kategorier:

1. Genusforskning.

Med denna första kategori menas forskningsprojekt som vilar på genusteoretisk grund och/eller genusinriktade maktanalyser. Denna typ av forskning kan också inbegripa en kritisk genusinriktad granskning av befintlig forskning.

2. Forskning med fokus på genus.

Denna kategori syftar till forskning om kön eller genus som analytiska kategorier. Till skillnad från den tidigare nämnda kategorin vilar inte denna typ av forskning på genusteoretisk grund och/eller så saknar den genusinriktade maktanalyser.

3. Annan forskning om kön och genus.

Denna tredje kategori handlar om projekt där kön och genus betraktas som en av flera variabler. Det kan vara projekt där det inte framgår av projektbeskrivningen att man tittar på kön och genus eller projekt där man nämner män och kvinnor utan att kön och genus står i fokus för analyserna. (Hammarström, 2004). Denna tredje kategori beskriver bäst den typ av forskning som ligger som grund för denna studie.

Allmänt om genusforskning. Då diskussionen tog vid kring det som idag kallas genusforskning och som ursprungligen var kvinnoforskning, uppkom termen könsroll. Denna term avsåg att betona den sociala sidan av frågan till skillnad från den biologiska. Tonvikten i genusforskningen ligger på social konstruktion, vilken är beroende av omvärlden och möjlig att förändra, i motsats till biologiskt, genetiskt eller av naturen betingade mönster. I motsats till det deterministiska synsättet, där människan styrs av förväntningar och föreskrifter vilka är oföränderliga, förklarar man inom genusforskning människan som en aktiv varelse som skapar sin egen historia utifrån sina samhällsliga förutsättningar. Man tittar på de olika

förutsättningarna för män och kvinnor. Dessa förutsättningar består av både yttre materiella omständigheter, såväl som inre värderingar och uppfattningar. Mänskligt beteende måste övervägas utifrån relations-, kultur-, och identitetstänkande. Inom genusforskningen förklarar man också förhållandena utifrån samhällshistoriska aspekter, där mäns och kvinnors roller förändras i och med att strukturen i samhället också förändras. Makt och konfliktförhållanden har också en central del i genusforskningen och man tittar på hur dessa företeelser påverkar förtryck och bristande jämställdhet. (Dahlström, 1992).

Margaret Mead (1996) skriver: ”Den mänskliga naturen är otroligt formbar och kan anpassa sig i helt motsatta riktningar alltefter kulturförhållandena. ... Standardiserade särdrag för de olika könen är sociala skapelser, vilka varje generations manliga och kvinnliga individer tränas att efterlikna” (s.126). Mead (1996) tillför tidigt ett sociokulturellt perspektiv till forskningen om kvinnor och män. Hon presenterar studier som bland annat redogör för kulturer där traditionellt ansedda feminina drag likt passivitet, medkänsla och vilja till att omvårda, sätts upp som en maskulin förebild efter vilken barnen tidigt formas. Därav finns det inte heller enligt Mead (1996) någon grund för att anta att människors sådana beteenden är ärftligt könsbundna. De personlighetsdrag som vi i dagligt tal kallar maskulina och feminina, till exempel aggressivitet och passivitet, är inte förbundna med vårt biologiska kön, utan snarare med vårt sociala kön, vilket hänsyftar till den kulturella och sociala miljö i vilken individen lever. Då de sociala strukturerna är uppbyggda av människor, återstår också frågorna kring varför vi skapar dessa olikheter (Mead, 1996).

Kanske är det lättare att se hur dessa strukturer bevaras i samhället, än att försöka förklara hur de uppkom. Bilden av personen vid makten, eller den som skrivit i historieböckerna har genom tiderna varit den av en man, med få undantag. Mannens godtagna roll har och är

kanske fortfarande beskriven i termer av rationell, objektiv, dominant, med tendenser att kunna konstruera gränser mellan jaget och den andre (Forsberg, 1992). Men möjligen har de kulturella mönster vi skapat klämt in både kvinnor och män in i stereotypa sätt att vara (Gislason & Gullvåg-Holter, 2007). På många sätt har jämställdhetsdiskussionen inneburit ökade krav på både kvinnor och män. Kvinnorna förväntas delta i arbetslivet och konkurrera om de mest efterfrågade jobben samtidigt som de ska uppfostra barnen. De får inte prioritera jobbet mer än barnen och samtidigt som moral och ork förväntas, sliter dubbelarbetandet både fysiskt och psykiskt. Även för männen har kraven och arbetsbördan höjts. Det manliga står kvar som normen, men denna norm är samtidigt kraftigt ifrågasatt. Utveckling ställs mot moral, tillväxt mot livskvalité. Männen slits även de mellan de dubbla budskapen kring att dels vara framgångsrika inom sina yrken och dels ansvarsfulla familjemedlemmar (Forsberg, 1992). De förstärkta jämställdhetsdebatterna har gjort att både män och kvinnor fått ett mer gemensamt intresse för att dölja personligt förtryck (Holter, 1992). Både kvinnor och män har en motvilja till att framstå som offer respektive förtryckare (Hammarström, 2002).

Enligt Susan Faludi (1999), befinner sig den västerländska manligheten i kris.

Industrisamhällets manlighetsideal, med betoning på arbetsförmåga, självkontroll och ansvar har börjat ersättas av en annan typ av manlighetsideal. Det nya idealet är istället uppkommet ur efterkrigstidens konsumtions- och mediasamhälle och präglas snarare av egoism, aggressivitet och sexuell utstrålning (Faludi, 1999). Dessa manlighetsideal främjar knappast familjeliv, kärleksrelationer och relationen till barn och länge har också flykten från faderskap och nära relationer varit en trend generellt sett bland män. Samtidigt finns tendenser i samhället som visar på att de förändrade relationerna mellan könen leder till att männen blivit mer familjeorienterade och att de tar större del i omsorgen av barnen (Ekenstam, 2007).

Hittills har forskningen visserligen visat att kvinnorna är den grupp som drabbats mest negativt av segregeringen i samhället (Forsberg, 1992). Faludi (1991) tar upp en del exempel på ett ojämställt samhälle där nästan dubbelt så många amerikanska kvinnor som män tjänar under 20 000 dollar om året och dubbelt så många kvinnor som män saknar folkpension. Vidare är endast en halv procent av alla företagschefer kvinnor och i tre fjärdedelar av delstaterna har männen fortfarande laglig rätt våldta sina hustrur (Faludi, 1991). Det finns en distinkt skillnad även i Sverige, då det gäller den genderiserade uppdelningen av arbete, resurser och kontroll. Till exempel så genderiseras yrken på arbetsmarknaden då de kategoriseras efter kvalitéer, attribut och beteende som tillskrivits män och kvinnor. Vidare existerar samtidigt en horisontell segregation på arbetsmarknaden vilken innebär att män oftast arbetar inom mans dominerade domäner, medan kvinnor arbetar inom kvinnodominerade domäner. En annan struktur i samhället, vertikal segregation, karaktäriseras av den genderiserade uppdelningen av makt, beslutstagande, myndighet och tvång. Män är överrepresenterade på de högsta nivåerna då det gäller status, makt och inkomst (Forsberg, 1992). Svensk statistik från 2002 visar att kvinnor har lägre lön än män, även då de gör samma jobb och har samma grad av utbildning (SOU, 2005:66). Dessa trender tycks även gälla för den grupp som är aktuell i denna studie (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8).

Forskningsöversikt

Genus

Det har skrivits och forskats en hel del om genus och görs i denna studie inga försök till att återge en helhetsbild av vare sig forskningshistorien eller nuvarande teorier. I denna forskningsöversikt följer endast en liten redogörelse av genusforskningen och då främst i relation till människor med psykisk problematik.

Skillnader i kvinnors och mäns allmänhälsa. De som haft den sämsta hälsoutvecklingen under 1990-talet är kvinnorna. Kvinnor är överrepresenterade bland de som får sin försörjning från sjukförsäkringssystemet på grund av psykisk ohälsa (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8; SOU, 2005:66). Detta kan relateras till att stora nedskärningar drabbade kvinnodominerade arbetsplatser under samma period. Under denna tid minskade personaltätheten på skolor med 20 procent och motsvarande minskning inom fritidsverksamhet låg på 45 procent. Denna lågkonjunktur kan ha bidragit till den stora sjukfrånvaron bland kvinnor samt deras försämrade hälsa (Hammarström, 2004). Det är fortfarande betydligt fler kvinnor som är sjukskrivna från sina arbeten på grund av psykisk ohälsa. Långtidssjukskrivningar gör det svårare med rehabilitering eller återhämtning för kvinnor (Hammarström, 2002). Specifika skillnader i insatser till män och kvinnor har dokumenterats avseende personlig assistans, förtidspension, arbetsträning, handikappersättning och hjälpmedel. Kvinnor med funktionsnedsättning har större ekonomiska problem än män med funktionsnedsättning, kanske på grund av att de oftare står utanför arbetsmarknaden (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8).

Genus och psykisk problematik. Kvinnans underordnade position i ett samhälle där mannen ses som normen, innebär en risk att kvinnor osynliggörs. Detta kan te sig i form av att kvinnor kanske inte får rätt hjälp, att de får psykiatrisk diagnos och läkemedel istället för att erbjudas rehabilitering i samma utsträckning som män (Hammarström, 2002). Ett osynliggörande av flickors och unga kvinnors särskilda livsvillkor kan leda till ätstörnings- och självskaideproblematik.

Samtidigt osynliggörs också pojkar och män. Om mäns depressioner uppmärksammades bättre kanske antalet suicid skulle minska. Bristen i att ta mäns depressioner på allvar, har delvis sin grund i vår genusstruktur. De till synes existerande hälsoskillnaderna mellan könen, är beroende av vårt sätt att konstruera vår verklighet. Till exempel lider dubbelt så många kvinnor som män av depression, vilket kan ha att göra med skilda reaktionsmönster och trösklar för män och kvinnor. Men det kan också ha med det faktum att göra, att depressionskriterierna är starkt kopplade till stereotyp kvinnlighet, och då blir det också tydligt att det kanske behövs ett mer stereotypt manligt depressionssyndrom (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). Dessa kriterier skulle kanske istället baseras på aggressivitet och bristande impuls kontroll. I sådana fall skulle depression bli uppmärksammat hos fler män och kanske skulle också kvinnors inåt- och utåtriktade aggressivitet tas på större allvar, och insatser skulle därmed vidtas i tidigare skeden. Detta resonemang skulle också kunna gälla för fler psykiatriska diagnoser än depression (Hammarström, 2004). I vår konstruktion av manligt och kvinnligt, faller lätt människan och individen någonstans utanför. Vi behöver i ljuset av detta, ompröva de värderingar som rotat sig i vårt samhälle och komma tillrätta med den stigmatisering som leder till diskriminering av både män, kvinnor, flickor och pojkar med psykisk problematik. Betydelsen av begrepp som identitet och norm behöver revideras utifrån de förändringar som sker i samhället. Inflytande måste sättas i relation till makt och kön, både

då det gäller brukarens makt över sitt eget liv och de insatser som erbjuds (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8).

Finns det då belagda skillnader mellan hur män och kvinnor med psykiskt funktionshinder och psykisk problematik har det i sin tillvaro? Undersökningar har visat att den kumulerade risken att drabbas av psykisk problematik före 60 års ålder är så hög som 43 procent för män och 73 procent för kvinnor. Risken att insjukna eller återinsjukna stiger för män fram tills 30 års ålder, för att sedan vara konstant till 75 års ålder då den åter stiger. För kvinnor är risken att insjukna högre än för män från 15 till 60 års ålder och särskilt betydande är skillnaden mellan 25 och 55 års ålder. Precis som för män ökar risken för kvinnor återigen efter 75 års ålder. De vanligaste psykiska störningarna är depression och ångesttillstånd för kvinnor, medan det är alkoholberoende för män (Hällström, 1996).

Skillnaderna i mäns och kvinnors mående är alltså många. Kvinnor upplever mer stress, ångest, oro och sömnsvårigheter (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). Ettårsprevalensen för paniksyndrom, agorafobi, social fobi och generaliserad ångest är ungefär dubbelt så hög för kvinnor som för män. Även tvångssyndrom i form av tvångstankar och/eller tvångshandlingar är något vanligare förekommande hos kvinnor (Hällström, 1996). Åldern för de flickor och unga kvinnor som känner sig kränkta, trötta och otrygga sjunker ständigt väsentligt medan självskadebeteendet ökar kraftigt bland tonåringar (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). Ätstörningar som Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa är 10 till 20 gånger vanligare hos kvinnor än hos män (Hällström, 1996). Vidare tar dubbelt så många kvinnor som män antidepressiva läkemedel (Socialstyrelsen, 2001). 30 % män och 70 % kvinnor söker psykoterapi inom offentliga sektorn och på det stora hela söker och får kvinnor vård och behandling för psykisk ohälsa oftare än män (Nationell

psykiatrisamordning, 2006:8). Då det gäller relationer och den sociala delen av livet, tenderar kvinnor med psykisk problematik att stöta på diskriminering i form av att bli stämplade som otillräckliga eller skuldbelagda mödrar. Detta handlar om bristen hos andra, exempelvis anhöriga och personal, i att kunna se individen ur ett integrerat perspektiv, där den är både förälder och en kvinna med psykiskt funktionshinder. Då sjukrollen tar över och kvinnorna uppfattas som könlösa, blir de också berövade något väsentligt. Detta i och med att det blir svårt att se dem som mödrar till barn eller som individer med ett sexliv. Likaså är känslan av ensamhet, då personal eller boendestöd inte kan ersätta de sociala kontakter man ofta förlorar vid insjuknandet, en ständigt närvarande realitet (Brunt, 2005). Det ligger nära till hands att tänka sig att känslan av ensamhet är gemensam för båda könen, liksom känslan av att bli berövad sin sexuella identitet.

Det finns en risk att det fokuseras mer på kvinnors än mäns situation i denna typ av diskussion, kanske för att kvinnor riskerar att utsättas för en dubbel diskriminering, på grund av både genus och funktionshinder. Ett genusperspektiv på medicinen och folkhälsan innebär också att vi måste titta på mäns hälsosituation. I Sverige har män i genomsnitt en 4 år kortare livslängd än kvinnor (Hammarström, 2004). Detta trots att män har högre generella levnadsvillkor vad det gäller ekonomi, arbetsmiljö och politiskt inflytande. Detta väcker frågor kring vad mäns strukturella överordning innebär, även för mäns hälsa, och inte bara för kvinnors (Hammarström, 2004). Dubbelt så många män som kvinnor tar sitt liv, trots att fler kvinnor än män gör försök till suicid. Fler män missbrukar, dock far fler kvinnor illa av sitt missbruk. 2/3 av de människor som är hemlösa är män. Dock är det vanligare med psykisk ohälsa bland de hemlösa kvinnorna jämfört med männen. Statistiken visar också att färre män än kvinnor får hemtjänst (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). Då det gäller schizofreni vilket är den vanligaste av psykossjukdomarna tenderar kvinnor att insjukna fem år senare än

män. Insjuknandet sker vanligen mellan 20 och 30 års ålder (Sedvall, 1997). Kvinnor och män löper samma risk att insjukna i schizofreni, dock ser situationen olika ut för de båda grupperna. Pojkar har vanligen haft symptom en längre tid innan insjuknandet och män har också mer negativa symptom i form av känslomässig avtrubning, intresselöshet, bristande engagemang och allmän passivitet. Prognosen ser bättre ut för kvinnor då det gäller symptomlindring och social funktion. Relationskillnader mellan könen då det gäller schizofreni visar sig i att män i större utsträckning förblir ogifta, jämfört med kvinnorna. Kvinnorna har också oftare barn än männen. I en undersökning som gjorts med personer med långvarig funktionell psykos, där schizofreni utgjorde 70 procent av fallen, har man kunnat se att 64 procent var ensamboende. Två tredjedelar var utan förvärvsarbete och tre fjärdedelar hade ett eget boende. Kvinnor hade i alla avseende bättre levnadsvillkor än män, förutom att männen hade bättre inkomst (Hällström, 1996).

Orsakerna till varför kvinnor då de får schizofreni insjuknar senare och enligt en del studier uppvisar bättre behandlingsresultat samt bättre prognos är inte klargjorda. Troligen har detta att göra med en samverkan mellan biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer. Skillnaderna existerar både då det gäller sårbarhets-, risk- och skyddsfaktorer och man tror att dessa faktorer tillsammans med biologiska faktorer påverkar utvecklingen. Till exempel är ärftlig sårbarhet vanligare hos kvinnor och det kan också tänkas att det kvinnliga könshormonet östrogen är en biologisk skyddsfaktor för kvinnor, på så vis att det har en neuroleptikumliknande påverkan på dopaminneuron i hjärnan (Hällström, 1996). Då det gäller den manliga fosterhjärnan, myeliniseras den långsammare än kvinnors och är därför eventuellt känsligare vid förlossningsskador. En del skillnader i psykosocial påverkan diskuteras också. Man tänker sig att pojkar och flickor reagerar olika i relationen till modern och fadern då det gäller att etablera nära relationer, separera och etablera självständig

identitet. Det är svårt att veta hur dessa tidiga skillnader i relaterandet till föräldrar påverkar prognosen. En förklaring till mäns sämre prognos skulle kunna vara att de utsätts för en stress som är föranledd av samhällets höga krav på mansrollen. Att vara man inbegriper självständighet, yrkesmässigt förverkligande, konkurrensförmåga och ansvar för familjen. Dessa mål och kriterier är inte så lätt förenliga med de kognitiva och emotionella störningar som svår psykisk problematik innebär (Hällström, 1996).

Makt

Det blir tydligt att genusperspektivet i första hand handlar om en ojämlig maktrelation, där makt inte förstås som en individuell egenskap, något man har eller inte har, utan som en pågående och föränderlig process. Det har riktats kritik mot tanken att män skulle vara överordnade kvinnor, vilket många genusteorier hävdar. Kritiken handlar om att man låser fast sig i denna dikotomi av makt och vanmakt, med risk att missa nyanserna och variationerna vad det gäller maktförhållandena kvinnor och män emellan. Oavsett vilket synsätt man väljer att utgå ifrån, behöver dessa maktförhållanden problematiseras. Jämlikhet existerar då medborgare på lika villkor, oavsett genus och funktionshinder, har tillgång till offentliga välfärdstjänster som skola, sjukvård och omsorg. Det gäller också att ha samma möjlighet till arbete, utbildning, relationer och makt över sitt eget liv (Barron, 2004).

Det är inte endast i relationen mellan män och kvinnor, medborgare till medborgare, som makt är ett centralt begrepp i detta sammanhang. Psykiska funktionshinder kan se olika ut från person till person men innebär ofta svårigheter både i att föra ett vardagligt liv och att upprätthålla meningsfulla sociala relationer. Denna utsatthet gör det också svårare för personerna ifråga att söka och begära den hjälp från samhället som de har rätt till (Lundin & Ohlsson, 2002). Detta innebär att gruppen i det stora hela kan bli ganska beroende av den

personal som den kommer i kontakt med. Både ifråga om att få den hjälp som den behöver och genom att personalen ofta är den som vet mer om vilken hjälp som kan komma ifråga och hur den skall sökas. I detta är det ju heller inte enbart personalen som är inblandade utan även ekonomiska resurser och riktlinjer från högre nivåer inom samhällsorganisationen/hierarkin (Lundin & Ohlsson, 2002). Vården och omsorgen utformas och bedöms genom förfaranden, där både samhället och de enskilda organisationerna är medverkande. Samhället påverkar vårdgivarna genom lagar och bestämmelser. Vårdgivarna kan i sin tur påverka samhället genom att praktiskt bestämma hur den vård som ges skall se ut och genomföras, vilket kan påverka hur omgivningen ser på dem som behandlas, till exempel vid tvångsomhändertagande eller ej (Björkman, 2005; McCabe & Priebe, 2002). Kanske blir brukarna ganska utsatta i sin position som vårdtagare, då det är ett förlopp som har både öppna och dolda regler och normer, och där de har att förhålla sig till de avvägningar som görs på auktoritär nivå. Det har visat sig genom erfarenheter av miljöterapi, att maktstrukturen inom en institution återverkar på behandlingen. Samtidigt styrs institutionerna av rådande regler och samhällsnormer. Om psykiatrin ska förändras behöver också samhället förändras, då psykiatrin på många sätt avspeglar samhället. När det gäller diagnostisering och beslut om tvångsvård är en väsentlig fråga att ställa sig hur dessa ställningstaganden påverkas av rådande samhällsstruktur (Crafoord, 1987). Införandet av neuroleptika på femtiotalet ledde till att institutionsvården reducerades till ungefär hälften. Men skillnader i förekomst av institutionsvård kan också påverkas av strukturförändringar i samhället, till exempel i form av en ökad automatisering och/eller ett minskat behov av arbetskraft. I sådana lägen blir de med psykisk problematik hårdast drabbade (Ottosson, 2003). Schizofrenins förlopp har blivit mildare under 1900-talet. Då det gäller akuta psykotiska faser har ett tillfrisknade blivit vanligare. Risken för insjuknande verkar dock vara oförändrad (Hällström, 1996). Tyder dessa tendenser på förändringar i den schizofrena problematikens natur, på en bättre

behandlingsmetod eller medicinering eller tyder de på förändringar i samhällets och medicinens synsätt på kroniskhet då det gäller schizofreni? Alain Topor diskuterar psykiatrins roll i "Vad hjälper" (2004) och menar att den står inför ett dilemma på så sätt att den i sin strävan att vara en medicinsk specialitet på naturvetenskaplig grund, likväl grundar sina diagnoser på mänskligt samspel. Topor (2004) menar också att det inte finns objektiva mått att ta till i samspelet mellan psykiatern och brukaren. Många forskare menar dock att det i behandlingssituationen finns objektiva mätbara faktorer som kan påverka en behandling positivt eller negativt (McCabe & Priebe, 2002; Ottosson, 1999). Topor (2004) diskuterar vidare behandlaren, brukaren och sammanhanget kring mötet dem emellan och menar att maktförhållandena och deras respektive handlingsutrymme inte är neutralt. Reglerna och normerna för vad som är tillåtet att göra inom den verksamhet där de båda parterna möts är inte heller neutrala. På så sätt blir också diagnosen en bedömning av samspelet mellan psykiatern och brukaren, men sett utifrån den ena partens perspektiv. Alltså är det en tydligt ojämlik relation. Beroende av situationen samt av vem som gör utredningen, kan en och samme brukare få olika diagnoser och/eller olika behandlingar (Topor, 2004).

Stigmatisering

I den samhällsdebatt som förs idag framställs emellanåt personer med en psykiatrisk problematik som farliga och opålitliga. Då den uppfattning som andra människor och samhället i stort har om en person kan påverka den upplevda livskvalitén, är stigmatisering ett viktigt begrepp att ta upp.

Stigmatisera betyder enligt Egidius (2002) "Stämpla, märka genom att åsätta någon en viss stämpel som t ex kriminell, sinnessjuk, sinnessvag, prostituerad" (s.523). Lundin och Ohlsson (2002) menar att psykiskt sjuka alltid varit diskriminerade historiskt sett. Men att det nu är

samhällets skyldighet att se till att nödvändiga resurser ges till psykiskt funktionshindrade i form av stöd, vård och service (Lundin & Ohlsson, 2002). Den riktning som psykiatrireformen eftersträvat inom vård och omsorg har varit att den som är i behov av vård och stöd, på grund av psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder, skall få detta så att de skall kunna få samma förutsättningar till ett bra liv som andra (Nationell psykiatrisamordning, 85/06). För att detta skall kunna uppnås behövs dock även att de attityder som finns generellt i samhället förändras så att den stigmatisering som finns till följd av psykisk sjukdom minskar. Lundin och Ohlsson (2002) menar att det trots psykiatrireformen inte är lätt att bryta de fördomar som funnits under en lång tid. Det finns fortfarande ett motstånd, ibland öppet och ibland dolt, mot att släppa in psykiskt sjuka och funktionshindrade i samhället. Enligt Nationell psykiatrisamordning (85/06) behöver åtgärder vidtas mot stigmatisering och för ett förbättrat bemötande i hela samhället av människor med psykiska funktionshinder. Till exempel behöver brukar- och anhörigrörelserna stärkas för att bidra till ett ökat brukarinflytande och en minskad stigmatisering (Nationell psykiatrisamordning, 85/06). Nationell psykiatrisamordning (85/06) menar också att brukarnas inflytande i samhället kan påverkas genom att psykiatrin och andra som arbetar med brukare präglas av en större respekt, där brukare inte endast ses som mottagare av vård och omsorgsinsatser utan även som aktiva medaktörer.

Livskvalitet

Hur kan man då bedöma den vård och omsorg som ges till kvinnor och män med psykiska funktionshinder? Det är många faktorer som måste bedömas då man ser på en faktor som vårdkvalitet och livskvalitet. Både att det kan finnas en skillnad mellan vad som av givaren ses som kvalitet och av mottagaren ses som kvalitet. Samt att kvalitetsbegreppet ofta påverkas av vad det finns för förväntningar på det som ges. Att begreppet livskvalitet är det som tas

upp här, är för att det är ett centralt begrepp för att kunna beskriva en brukares subjektiva uppfattning.

Då man ser på begreppet livskvalitet får man enligt McCabe och Priebe (2002) ta i beaktande att kvalitet är ett uttryck som förändras över tid. Som det numera ser ut menar de att vården av idag har som ideal att uppnå en optimal livskvalitet för vårdtagarna. Detta skall ses till skillnad mot hur vården sett ut innan då den sett mer till reducering av symptom och inläggningar på kliniker. Även Bengtsson-Tops och Hansson (1999) menar att vården av idag har en mer holistisk inställning än den tidigare haft. Denna mer enhetliga syn på behandling har gjort att både vården och den sociala omsorgen som brukaren tar del av får en stor betydelse i förhållande till hur livskvaliteten bedöms. Då man skall förklara vad livskvalitet är, finns det flera olika livsområden som har betydelse och som interagerar med varandra på ett komplext sätt (McCabe och Priebe, 2002). De områden i livet som brukar räknas in är hälsa, finanser, sociala relationer, relationer till familjen, arbete och fritid. Då en jämförelse görs mellan brukarens subjektiva bedömning och personalens bedömning av livskvalitén, visas att dessa ofta är ganska lika även om brukaren fokuserar mer på hälsa och det sociala i livet och personalen mer på frånvaro av symptom, frånvaro av biverkningar och möjlighet till att få vård (McCabe & Priebe, 2002). Enligt Bengtsson-Tops och Hansson (1999) var emellertid det största missnöjet med livskvaliteten hos schizofrena brukare inom det ekonomiska området. Hög nivå av sjukdom samt depressiva tendenser och ångestsymtom, höjde också missnöjdheten med livskvaliteten inom alla livsområden. Vad som inte påverkade livskvaliteten nämnvärt enligt denna studie var ålder, kön, arbete, familjeförhållanden, sociala relationer eller socialt fungerande. En studie av Lehman et al. (1992) visade dock på att det finns genusmässiga skillnader i värderandet av livskvaliteten hos mentalt långtidssjuka personer. Hos dessa personer så försämrades den objektiva kvaliteten, i detta fall

familjekontakt, sociala relationer och fritidsaktiviteter med åldern hos både män och kvinnor. Kvinnor hade emellertid över hela livsrykeln fler sociala relationer än män och män hade en bättre ekonomi än kvinnor (Lehman et al., 1992). En skillnad mellan könen var att männen var mest nöjda med sitt liv i fyrtioårsåldern medan kvinnorna var minst nöjda med sitt liv vid denna ålder. Efterhand höjdes kvinnornas tillfredsställelse med livet enär männens sänktes eller stannade på samma nivå. I studien menades att det skulle kunna vara olika genus förväntningar, framförallt ifråga om föräldraskap och yrkeskarriär, som påverkar dessa mönster. Som jämförelse kan sägas att i den genomsnittliga populationen är yngre kvinnor mer tillfredsställda än unga män och äldre kvinnor mindre tillfredsställda än äldre män. Ett annat skäl till att mönstren ser annorlunda ut i den undersökta gruppens liv är att deras sjukdomar påverkar den brukliga följden av händelser i livet. Många i denna grupp gifter sig inte, skaffar sig inte ett socialt kontaktnät eller får ett heltidsarbete, de fortsätter också ofta vara beroende av sina familjer och av ett socialt stöd (Lehman et al., 1992).

Återhämtning

William Anthony (Topor, 2004) skriver angående återhämtning som följer: "Återhämtning beskrivs som en djup personlig, unik förändringsprocess av ens attityder, värden, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen skapar. Återhämtningen kräver att man utvecklar en ny mening med livet och nya livsmål, samtidigt som man lämnar mentalsjukdomens katastrofala effekter bakom sig" (s. 28). Att återhämtning är ett begrepp som allt fler använder sig av idag är ingen slump, vilket Topor (2004) menar. Det finns ett stort behov av begreppet då människor som förr ansågs kroniskt sjuka, idag många gånger lever bland andra, utanför de slutna institutionerna. Schizofreni sågs förr som obotligt, men nästan 70 % av en grupp brukare med schizofreni visade i en långtidsuppföljning på en stor

förbättring (Ottosson, 2003). Att det numera är så kan bero på att de psykotiska episoderna blivit kortare och mindre svåra med den nuvarande medicinska behandlingen och att resttillstånden blivit mindre invalidiserande (Ottosson, 2003). Ett avgörande sätt på vilket återhämtning skiljer sig från bot och rehabilitering, begrepp som används inom medicinen, är att de senare är följder av professionellas insatser medan den förra erkänner brukarens egna, aktiva och avgörande medverkan i sitt eget liv (Topor, 2004). Återhämtningen är ett ömsesidigt kommunikationsmedel, där fokus inte ligger på den subjektiva bedömningen utan istället mäter begreppet två sidor, nämligen individen med psykiska problem, samt den instans där denne söker hjälp. Medan bot är fokuserat på symptomen och rehabilitering på olika bristande funktioner, handlar återhämtningsprocessen om en helhetssyn på människan och det sammanhang i vilket hon befinner sig. Det handlar om att hitta sig själv och hur man relaterar till sig själv. Exempelvis kan symptom finnas kvar fortfarande, men man har kanske genom återhämtningsprocessen hittat ett bättre förhållningssätt till dem. Viktigt här är också återerövringen av vissa funktioner. Möjligheterna att få tillbaka det sociala livet, umgänget med andra, samt att unna sig att ha det bra ses som centrala delar av denna process. Man skaffar sig åter makt över sitt eget liv, både i förhållande till symptomen, de egna önskningarna om utformandet av det fortsatta livet, samt till vårdinsatserna, personalen inom psykiatri, socialtjänsten och anhöriga (Topor, 2004).

När är man frisk från svåra psykiska problem? Det är inte en enkel fråga att besvara, men återhämtning ska kanske snarare ses som en process än ett tillstånd, där upp- och nergångar är en del i den mänskliga utvecklingen. Man har till viss del använt begreppet återfall inom medicinen, vilket antyder ett synsätt där psykiska problem ibland kan ses som kroniska. Individens hjälpbehov blir det centrala och lite uppmärksamhet riktas mot de levnadsomständigheter som kan ha föranlett problemet. Intressant är att Topor (2004) menar

att de sociala faktorerna runt individen, liksom det lokala hjälputbudet, båda har del i att forma problemet. På samma sätt påverkas återhämtningen även av den bild allmänheten har av de personer som haft kontakt med psykiatrin. I samhälle och media talas sällan om återhämtningsbegreppet, utan istället kopplas psykiska problem ofta ihop med våld, oförutsägbarhet, hjälplöshet och övergivenhet. Liksom för vissa andra grupper i samhället syns inte de som det har gått bra för. Topor (2004) menar att det är viktigt att relatera det lidande som människor med psykiska problem lever med, inte enbart till deras inre tillstånd utan snarare till bristerna i det stöd de erbjudits. Hans forskning på området och hans eget synsätt, bringar således en hoppfullhet till diskussionen om psykisk problematik. Då psykisk problematik inte ses som något statiskt utan som något föränderligt, läggs mer ansvar på samhället och dess stödfunktioner, men samtidigt också på individen vars vilja till tillfrisknande är en betydande faktor för återhämtningsprognosen. Topors (2004) studier på området motbevisar också en del vanliga inställningar till psykisk problematik, som hopplöshet, på så vis att de flesta människor återhämtar sig. Detta gäller enligt Topor (2004) personer med psykiatrins mest belastade diagnos schizofreni och undersökningarna har gjorts i olika kulturer, i olika länder och vid olika tider (Topor, 2004). Andra undersökningar har dock visat på att återhämtningsprognosen inte är så god (Ottosson, 2003).

Då ingen människa växer upp och lever i ett vakuum blir det viktigt att se på individen utifrån de olika perspektiv som påverkar henne. Crafoord (1987) beskriver individen som befinner sig inom vården utifrån en grundmodell uppbyggd av olika nätverk:

1. Det känslomässiga nätverket.
2. Det sociala nätverket.
3. Det professionella nätverket.
4. (Den intrapsykiska sfären).

Detta innebär att arbetsplatser, grannskap, föreningsliv och familjeliv finns centralt i vårt tänkande då vi beaktar brukarens problem. Topor (2004) presenterar utifrån intervjuer som gjorts med brukare, några faktorer som anses befrämjande för återhämtningen när det gäller vad anhöriga hjälpt till med. Bland de viktiga faktorerna finner man praktisk hjälp, emotionellt stöd och socialt stöd. Den individuella, intrapsykiska aspekten syftar enligt Crafoord (1987) till det vidgade och betydligt djupare perspektivet på människan, som existerar utöver de tre nätverken. För återhämtning från svår psykisk problematik, då det gäller den intrapsykiska sfären, nämner Topor (2004) ett antal faktorer av central vikt. Dels ses acceptansen av den psykiska problematiken, eller den svaghet man upplever, som ett steg i att överskrida hindren. Viktigt är också att återvinna känslan av att vara sig själv. Det som ofta komplicerar processen är den skam individen kan känna under tiden eller efter det att den varit sjuk. Trycket på samhällsmedborgarna är stort och när det gäller att falla utanför ramarna för de normer som råder, vilket psykisk problematik innebär, är skammen ett bidrag till varför situationen blir svårhanterbar. För att belysa den stora betydelse personens egna ansträngningar har, i kampen om tillfrisknande, kan det vara av intresse att fråga vad personen ifråga gör för att hjälpa sig själv.

Vad som övergripande ses som viktigt, enligt Topor (2004) ifråga om de professionellas roll är bland annat att inte behandla brukaren som en bland alla andra, utan att uppmärksamma den på speciella sätt. Berättelserna från de intervjuer med brukare som Topor (2004) har gjort, vittnar om att det ofta rör sig om vardagliga händelser, där brukare upplevt att de blivit hjälpta. Till exempel återges i många intervjuer att det uppskattas om den professionella gör något annat än det den är direkt anställd för, såsom att den tar en risk för egen del, för den andres skull. Väsentligt är också att den professionelle bemöter brukaren med respekt och en

genuin nyfikenhet. Ofta är det också just en eller några personer och dess eller deras egenskaper som bidragit till återhämtningen, snarare än en särskild behandlingsmetod eller en speciell organisation (Topor, 2004).

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete har varit att ur ett genusperspektiv undersöka hur brukare uppfattar den vård och omsorg de kommer i kontakt med. Fanns det några skillnader i hur kvinnor och män uppfattade den vård och omsorg de erbjöds. I ett större perspektiv har syftet med arbetet varit att försöka bidra till förståelsen för hur brukares vård och vardag skulle kunna förbättras, både ur ett genusperspektiv och utifrån mer generella vård- och omsorgsaspekter.

De frågeställningar som valdes ut handlade om huruvida män och kvinnor upplevde att de hade olika förutsättningar för att uppnå livskvalité inom vård och omsorg.

1. Hur upplevde de sin situation?
2. Hur såg de förväntningar ut som kvinnor och män hade på de insatser som gavs?
3. Fanns det några skillnader mellan kvinnors och mäns önsknings, behov och förväntningar? Fanns det skillnader i hur dessa uppfylldes?
4. Upplevde de att vården hjälpt dem i återhämtningen och i att känna sig friskare?
5. Hur förhöll sig den personalgrupp som arbetar med dessa brukare till frågor kring genus, både då det gällde brukarna och personalen själv?

Metod

Implementering av studien

För att kunna genomföra studien behövdes att ett samarbete mellan författarna, ledningsgruppen som ansvarade för Miltonprojekten och den berörda personalen upprättades. Som första steg i detta samarbete presenterades studien vid ett möte med Miltonprojektens ledningsgrupp den 29 nov 2006 där chefen för psykiatri i Ängelholm närvarade tillsammans med en av de anställda skötarna på sjukhuset, samt psykiatrisamordnaren för Båstads kommun. Författarna presenterade studien tillsammans med handledare under detta möte, ledningsgruppen var positiva och en del bestämmelser gjordes kring etiska riktlinjer och hur den praktiskt skulle genomföras (Bilaga 1). Under januari 2007 presenterades studien för personal på fyra olika ställen med overhead (Bilaga 2) och handouts (Bilaga 3) och förslag på förbättringar togs emot av författarna. Första presentationen hölls på Ängelholms sjukhus för det team som arbetade med individer med psykosproblematik. Vid ett senare tillfälle kom att behövas ännu ett möte mellan författarna och psykosgruppen för att diskutera möjligheter till genomförande. Presentationer gjordes också för personal och psykiatrisamordnare i Klippans, Åstorps och Båstads kommun.

Anledningen till varför de berörda brukarna inte var med vid dessa presentationer, var att de som var slumpmässigt utvalda vid denna tidpunkt inte kunnat bli tillfrågade om medverkan i studien, då personalen som skulle fråga dem ännu inte kände till upplägget eller brukarna. Det var viktigt att ingen brukare blev tillfrågad som ej skulle medverka. Premisserna för studien har alltigenom varit sådana, att brukarna blivit kända inför författarna först efter att de sagt ja till medverkan i intervjun. Intervjuerna med brukare var tvungna att vara igång redan innan alla tilltänkta blivit kontaktade. För att det skulle vara möjligt att hålla presentationer för

brukarna och samtidigt skydda studiens inre validitet, och hindra att man kom till intervjun med skilda förkunskaper, vore önskat att alla brukare i likhet med personalgrupperna, kunde ta del av eventuella presentationer samtidigt vilket alltså var en omöjlighet.

Syftet med presentationerna var att informera personal om studien och diskutera deras eventuella roll i sammanhanget, samt att skapa en god kontakt mellan personal och författare. Det var viktigt att detta samarbete var av kreativ karaktär, då personalen var de som skulle tillfråga och motivera de aktuella brukarna. Personalen var också de som ställde lokaler till förfogande och de skulle även själva finnas tillhands under intervjuerna i närliggande rum eller lokaler, dock inte i samma rum som de berörda under pågående intervju. Syftet med presentationerna var så också att hitta praktiska lösningar för studiens genomförande.

Urvalsförfarande av intervjupersoner

Gruppen av intervjupersoner som intervjuades var alla bosatta i någon av de tre kommunerna Båstad, Klippan eller Åstorp. Att dessa kommuner valdes ut berodde på att det här fanns ett väl dokumenterat material över de personer inom kommunerna som hade en psykosdiagnos och ett psykiskt funktionshinder samt hade kontakt med psykiatri och/eller fick kommunala insatser. Denna brukargrupp användes vid det samverkansprojekt som utfördes av psykiatri i Ängelholm och de ovan nämnda kommunerna och inventerades senast under år 2006 (Andrén & Toft, 2006). Genom att få ta del av detta brukarunderlag erhöles en möjlighet att utföra detta arbete på en grupp av brukare som hade kontakter med personal inom olika delar av vård- och omsorgssystemet. I realiteten hade flera av de intervjuade endast kontakt med en av dessa instanser.

Tabell 1 *Olika demografiska variabler för kommunerna Båstad, Klippan och Åstorp (antal invånare, eftergymnasial utbildning och förtidspensionerade i procent samt medelinkomst i svenska kronor)*

	Invånare	Eftergymnasial- utbildning	Medelinkomst	Förtids- pension
Klippan	15998	15,2%	197000 kr	14 %
Åstorp	13389	13,7 %	199000 kr	13 %
Båstad	14022	26,7 %	214000 kr	9%

Kommunerna. De kommuner där brukarna var bosatta och intervjustudien till största del utfördes var Klippan, Båstad och Åstorp. I samverkansprojektet (Andrén & Toft, 2006) ges en översikt med kommunfakta om de olika kommunerna, vilken gjorts på siffror från 2004 (Tabell 1). Kort kan sägas att Klippan var den personrikaste kommunen med nästan 16000 invånare, Båstad hade lite mer än 14000 och Åstorp hade nästan 13400 invånare. I alla kommuner var de största näringarna bland annat tillverkningsindustri, handel och sociala tjänster. Skillnader syntes i antalet eftergymnasialt utbildade, i Båstad hade 26 % eftergymnasial utbildning, vilket är mer än 10 % fler än vad som fanns i Klippan och Åstorp. Även medelinkomsten var högre i Båstad än i Klippan och Åstorp. Klippan och Åstorp hade också en högre frekvens än Båstad av personer som var förtidspensionerade under 64 år (Andrén & Toft, 2006).

De kommunala vård- och omsorgsinsatserna var organiserade på olika sätt i de tre kommunerna (Andrén & Toft, 2006). Kort kan sägas att det i alla kommunerna fanns en psykiatrisamordnare som ansvarade för samordningen av de insatser som gavs, men att dessa lydde under olika omsorgsförvaltningar. Det såg också olika ut med vilka möjligheter till daglig sysselsättning och organiserat boende som stod till buds för brukarna i kommunerna.

Även möjligheten till engagemang i och stöd från brukarorganisationerna, Fontänhuset och RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) skiljde sig åt mellan kommunerna. För att tillgodose behoven av psykiatriska öppenvårdsinsatser var Ängelholms psykiatri, sektor två, ansvariga. Vid behov av akutvård var Helsingborgs lasarett ansvariga (Andrén & Toft, 2006).

Brukare. Sammanlagt hade kommunerna 76 personer som passade in under betingelserna psykosdiagnos och ett psykiskt funktionshinder. Materialet, vilket var ganska stort gav en möjlighet att göra ett obundet slumpmässigt urval bland informanterna. Detta gjordes för att i största möjliga mån uppnå en likhet mellan den slumpmässigt utvalda gruppen och populationen den dragits från. För att i någon mån upphäva effekten av bortfall i den utvalda gruppen som skulle intervjuas drogs ett överskott (oversampling) av informanter, vilka skulle hoppa in då personer från den lilla gruppen inte kunde eller ville delta i intervjun.

Tabell 2 *Andelen tillfrågade personer och data rörande dessa (antalet personer visas både i procent och antal, medelåldern visas i år och andelen kvinnor och män visas i antal)*

	Procentandel	Personer	Medelålder	Kvinnor	Män
Samtliga	100 %	42	49	25	17
Klippan	45 %	19	47	11	8
Båstad	34 %	14	50	7	7
Åstorp	21 %	9	46	7	2

Av de 76 intervjupersoner som sammanlagt fanns att tillgå lottades 48 personer ut till den större gruppen och 42 av dessa ingick i det slutgiltiga samplet. Då kommunerna var av olika storlek och hade olika antal personer som kom ifråga valdes ett procentuellt antal personer ut från varje kommun, så att det skulle bli en så objektiv representation som möjligt. Vilket

framgår av Tabell 2 bidrog Klippan med fler informanter än Båstad och Åstorp. I antal intervjupersoner sett innebar detta att det i Klippan fanns 19 personer som kunde intervjuas och tre personer stod som reserver. I Båstad var det 14 personer som kunde intervjuas och två reserver. I Åstorp var siffrorna nio personer som kunde intervjuas och en stod som reserv. I hela urvalsgruppen fanns det något fler kvinnor än män, procentuellt sett var 53 % kvinnor och 47 % män. Efter lottningen fanns det i den lilla gruppen som skulle tillfrågas om intervju 24 kvinnor och 18 män, vilket innebar att i denna slumpmässigt utvalda grupp var 57 % kvinnor och 43 % män. Alla i populationen var vuxna, den yngsta var 23 år och den äldsta 85 år. Medelvärdet på åldern i hela populationen var 49 år. Detta skiljer sig inte nämnvärt från medelvärdet på åldern i grupperna i de olika kommunerna.

För att bevara sekretessen hos de deltagande brukarna var de enda uppgifter som användes under inledningsstadiet och urvalsprocessen deras initialer, kön och födelseår. Proceduren kring tillfrågandet av brukarna började med att en person som stod brukaren nära, antingen en personal från psykiatrin eller en från kommunen, frågade om det fanns ett intresse för att delta i undersökningen. Personalen blev i detta skede ombedd att inte agera alltför övertalande mot brukaren, då det viktigaste var att brukaren inte kände sig pressad att ställa upp utan gjorde det av egen fri vilja. I de fall brukaren svarade jakande ordnades, antingen genom kommunens eller genom psykiatrins försorg att brukaren blev inbokad till en intervju som de också ställde lokaler till förfogande för. I ett fall hölls intervjun i hemmet hos informanten. När brukarna var inbokade meddelades författarna tid och plats för intervjuerna.

Tabell 3 *Fördelningen av jakande och nekande svar samt persondata till de jakande svaren (alla svar redovisas i antal personer utom medelålder som redovisas i antal år)*

	Jakanden	Nekanden	Medelålder	Kvinnor	Män
Samtliga	18	27	49	8	10
Klippan	12	9	49	7	4
Båstad	4	11	43	0	4
Åstorp	2	7	54	1	1

Då bortfallet bland de brukare som tillfrågades var högt frågades även de brukare som stod som reserver. Tre brukare kunde inte tillfrågas, en på grund av personliga skäl, en var ej anträffbar och den tredje hade ingen kontakt med psykiatrin eller kommunen. Sammanlagt tillfrågades alltså 45 personer, varav 18 svarade ja och 27 svarade nej (se Tabell 3). Av de som svarat jakande intervjuades alla utom en som på grund av kommunikationsproblem mellan författarna, psykiatrin och kommunen inte blev kallad till intervju. Av brukarna i Klippan var det 11 personer som blev intervjuade, vilket är 65 % av det sammanlagda svarsmaterialet. I Båstad blev 4 personer intervjuade, vilket är 24 %. Åstorp bidrog med 2 personer, vilket är 12 % av det sammanlagda materialet. Ett åldersgenomsnitt på alla de brukare som deltog i intervjun låg på 48 år. I hela svarsgruppen var det 8 kvinnor som deltog och 9 män, alltså 47 % kvinnor och 53 % män.

Tabell 4 *Data om den personal som deltog i intervjustudien (medianåldern visas i år och kvinnor och män i antal personer)*

	Medianålder	Kvinnor	Män
Psykiatrin	50-59	3	3
Kommunen	50-59	5	2

Personal. Då den personal som skulle intervjuas valdes ut användes i första hand brukarnas egna uppgifter om vilken personal som stod dem närmast. Detta gjordes för att upptäcka eventuella likheter eller skillnader i svaren hos en brukar/personal konstellation. Det gjordes också för att få undersökningen mer sammanhållen på så sätt att författarnas förståelse för vad brukare och personal talade om i intervjuerna ökade. Det blev därigenom lite lättare att förstå exempel som gavs och begripa omständigheterna kring det som sades. I de fall där brukaren av olika anledningar inte kunde uppge någon närmaste personal utgicks från de uppgifter som personalen hade. Detta var dock bara fallet hos två personer. Eftersom vissa av personalen var den närmaste personen hos flera brukare blev personalintervjuerna något färre än brukarintervjuerna. Som visas i Tabell 4 intervjuades 13 personal, av dessa arbetade 6 inom psykiatri och 7 inom kommunen. Åldersmedianen hos dessa (8 av 13) var mellan 50 och 59 år, 8 stycken var kvinnor och 5 stycken var män. Personalens utbildningar och yrken skiljde sig åt, då de som intervjuades var läkare, psykolog, skötare, sjukskötare, boendestödjare och psykiatrisamordnare. De hade också skilda arbets- och ansvarsområden. Kortfattat kan sägas att den personal som arbetade inom psykiatri var mer ansvarig för brukarnas psykiska och somatiska hälsa och den personal som arbetade för kommunen hade ett större ansvar för boende, sysselsättning och rehabilitering (Andrén & Toft, 2006).

Utformning och genomförande av intervjuer

Utformning av brukarintervjuerna. Studien utfördes genom semistrukturerade intervjuer, på både personal och brukare inom psykiatrisk och/eller kommunal öppenvård. Huvudfrågorna har haft fasta svarsalternativ och dessa har följts av frågor med öppna svarsalternativ. Intervjun har hållit en relativt låg standardisering. Fasta formuleringar har visserligen funnits för alla frågor, men samtidigt har det funnits en frihet för intervjuaren att omformulera sig, använda ett eget tonfall samt ändra ordning i frågoföljd, för att nämna några exempel.

Standardiseringsgraden är också relativt låg på grund av att intervjuerna skett på olika platser och i varierande omgivning (Trost, 1997) Reliabilitetsarbete har kontinuerligt legat som grund för hanteringen av materialet, på så vis att de två intervjuerna fortlöpande koordinerade sina bedömningar av de olika intervjuerna som gjordes.

Då brukarintervjuerna (Bilaga 4) har en mer central del i studien, har dessa intervjuer varit utförligare på så sätt att de innehållit fler frågor. Brukarintervjuerna innehöll slutligen åtta stycken övergripande frågor, medan personalintervjuerna (Bilaga 5) innehöll sex stycken. Brukarintervjuerna har också haft ett bredare omfång samt ett större djup. Exempel på detta är att dessa frågor handlat om relationer till viktiga andra, egna upplevelser av bemötande från vårdpersonal och liknande, medan personalintervjuerna kretsat kring reflektioner angående genusperspektivet inom vård och omsorg. De senare har alltså inte på samma sätt uppmuntrat till lika personliga och ingående berättelser. Mer tid och fokus har lagts på förarbetet kring brukarintervjuerna. Första steget i utformandet av frågorna har varit att författarna har utgått utifrån det egna intresset för, samt de egna föreställningar kring, vad som kan tänkas vara av vikt för brukare i kontakten med personal. Som grund för frågornas utformning låg dels författarnas egna erfarenheter från arbete med brukare inom psykiatrisk öppenvård dels tidigare gjord forskning bland annat angående genus, återhämtning, och livskvalité. Som modell för utformandet av frågorna i intervjun, användes ett tidigare sammanställt formulär. Detta hade använts vid en brukarutvärdering av psykiatrin i Halland, som genomfördes av Lars Hansson och Bengt Svensson på Institutionen för hälsa, vård och samhälle vid Lunds Universitet. Frågorna från detta formulär användes inte direkt för denna studie, men däremot kom strukturen att ligga som grund för uppbyggnaden av frågorna.

Provintervjuer. Pilotstudier har också varit en del i utformandet av frågorna. En intervjumall med tio frågor, innehållande ett antal följdfrågor vardera, sammanställdes och denna testades

på två personer med anställning inom psykiatrisk öppenvård. Dessa två tillfrågades efter intervjun om sina synpunkter på frågornas innehåll och vikt. Tanken var också att de skulle använda sin egen erfarenhet av möten med brukare och försöka resonera kring om frågorna kunde tänkas vara av vikt för brukare i allmänhet, samt om något eventuellt skulle kunna väcka anstöt hos den intervjuade. Någon enstaka fråga omformulerades efter att dessa två intervjuer gjorts.

Efter provintervjuerna gjordes besök på RSMH och Fontänhuset i Malmö, då möte hade bestämts med dessa två brukarföreningar per telefon. Där diskuterade författarna frågorna i intervjumallen tillsammans med en liten grupp brukare på de båda ställena. Syftet med detta var att få nya perspektiv på intervjumallen, från människor som själva hade erfarenhet av möten med personal inom antingen landstiget, kommunal vård och omsorg eller både och. Var det väsentliga frågor det handlade om? Fanns det något här man inte borde fråga om? Utelämnade intervjun sånt som kanske borde vara med, och i sådana fall vad? Dessa gruppsamtal ledde till att någon fråga omformulerades, men framför allt gav de många tips kring hur man kunde gå tillväga under själva intervjun. Till exempel tycktes det viktigt att man under intervjun specificerade vilka ställen det var man frågade om. Var det vård och omsorg inom landsting eller kommun det handlade om? Det framkom också intressanta åsikter kring sekretess. I detta begrepp fanns en dubbelhet på så sätt att det var viktigt att påpeka att innehållet i intervjun var skyddat av sekretess, men samtidigt kunde det kännas konstigt att sådant som det handlade om, på något sätt måste hemlighållas. Sekretessen var bra men kunde samtidigt ge indikationer på att det var skamliga ämnen man pratade om, då samtalet inte kunde föras i det öppna. Även andra synpunkter framkom under dessa gruppsamtal, vilka delvis påverkat författarnas förhållningssätt till frågorna och intervjun, men frågorna som de var utformade kändes vid det här laget adekvata.

Då några intervjuer gjorts kortades frågemallen ner till åtta huvudfrågor istället för tio. Detta gjordes på grund av att intervjun upplevdes vara för lång och dessutom var någon fråga så snarlik en annan att den uppfattades som en upprepning och tycktes därför vara överflödiga. Någon fråga förtydligades också, efter att dessa första intervjuer genomförts. Möjligtvis har även den förkortade versionen av intervjun upplevts som lång, då svarsfrekvensen varit lägre på de frågor som ligger senare i intervjun. Bortfallet över tid har till största del drabbat frågorna om återhämtning och uppfyllda förväntningar, vilka alltså ligger i ett sent skede av intervjun.

Utformning av personalintervjun. När det gäller personalintervjun, utgick den kreativa processen i detta hänseende från brukarintervjun och dess centrala teman. Även i detta fall var också den tidigare forskningen, samt författarnas egna föreställningar och erfarenheter grundläggande. Personalintervjun testades även den på de två personer, med anställning inom psykiatrisk öppenvård, som också genomgick brukarintervjun. Små justeringar gjordes i frågorna efter att pilotstudien var genomförd. Förutom de sex huvudfrågor som behandlades i personalintervjun, innehöll denna liksom brukarintervjun en stor del öppna frågor.

Material och miljö. Det material som behövdes för studiens genomförande omfattade intervjuformulär, overhead och informationsblad till presentationerna samt bekräftelsebrev (Bilaga 6) som skickades eller delades ut till brukare som sagt ja till medverkan. Dessutom gjordes mottagningslistor vari bokning av tider, rum, samt namn på brukare fylldes i. Förutom pappersmaterialet var även fikabröd och kaffe en del av de praktiska ting som underlättade genomförandet. Viktigt för studien var också, som nämnts tidigare, att de praktiska arrangemangen fungerade så optimalt som möjligt. Att den psykiska miljön är av stor vikt i denna typ av intervjuer står klart, med detta menat den intervjusituation intervjuaren skapar, men den fysiska miljön har också sin betydelse (Carlsson, 1991). Det är viktigt att den

intervjuade känner att den kan tala fritt och obehindrat och här spelar lokalerna en viss roll. Carlsson (1991) menar förvisso att det inte nödvändigtvis är institutionslokaler, läkarmottagningar och liknande som inspirerar till de mest otvungna samtalen, men här har man i studien fått rätta sig efter lokalåtkomst samt ännu viktigare, brukarnas och intervjuarnas känsla av trygghet. Hembesök har gjorts i de fall där brukare känt att de endast kan medverka om intervjun sker i hemmets välbekanta sfär. Rörelsehinder har också varit en av anledningarna till varför hembesök setts som bästa lösningen i något fall. De flesta intervjuer har tagit plats på dagcenter, framförallt Ängsvillan i Klippan, men även Ungdomens Hus i Båstad och Träffpunkten i Åstorp. Några har gjorts på vårdcentraler i Åstorp och Klippan och ytterligare några på Södra Sjukhuset i Ängelholm. En central del i den fysiska miljön är också vilka andra som är närvarande. Förutom vid en intervju då tolk var med och en då föräldrar var närvarande, har personal eller andra personer av etiska skäl vistats i närliggande rum, men utom hörhåll för intervjun. Både för intervjuarens och den intervjuades känsla av trygghet. Detta är ännu en anledning till varför viss flexibilitet har krävts då det gäller rum och plats för intervjun. Man har anpassat sig till var det finns, för brukarna välkänd personal till hands.

Närmandet av brukarna och den psykiska miljön. Närmandet av brukarna har skett i olika etapper. I det första ledet har personal informerat de utvalda brukarna om studien och tillfrågat dem om villigheten inför att medverka. Psykiatrins representanter valde att en bit in i projektet avvika från den ursprungliga modellen för hur studien var upplagd. Den ursprungliga tanken var, att de som stod närmast brukarna också skulle tillfråga dem och alltså behövde även den kommunala personalen få veta vilka brukarna var. Detta skulle enligt den ursprungliga planen delges den kommunala personalen vid presentationerna. Men den personal som representerade psykiatrin, valde istället att personal från psykiatrin inte skulle lämna ut någon information om det slumpmässiga urvalet, det vill säga kön, initialer och

födelseår. Detta kunde ske först efter att psykiatrin själv tagit första kontakt med brukare eller eventuellt avgjort att kommunen skulle kunna kontakta brukaren ifråga. Då brukarna svarat jakande har de blivit inbokade av personal i kommunerna som sedan meddelat intervjuerna så snart man noterat på mottagningslistorna. Därefter har brukarna anlänt till de platser och de rum som varit tillgängliga, där träffat intervjuaren och intervjuerna har tagit vid.

Viktigt har varit att skapa en god psykisk miljö, vilket den fysiska miljön också kan medverka till då den optimalt tillför en god atmosfär. Fokus i den psykiska miljön ligger på samspelet mellan intervjuare och intervjuad. Intervjuaren har en stor del i hur intervjun utvecklar sig, då denna utveckling är avhängig av hur pass väl man lyckas skapa ett gott samspel. Allmänna riktlinjer för skapandet av ett välfungerande samspel har tillämpats, vilket inbegriper användandet av trattprincipen, där man alltså inleder samtalet med ofarliga och lättsamma meningsutbyten. Efter mjukstarten rör sig samtalet successivt neråt till mer detaljerade och känsliga frågor. Intervjuerna har fortlöpande under själva intervjun skrivit ner meningar och stolpar som sedan utvecklats direkt efteråt till intakta samtal. Användandet av bandspelare för protokollföring av materialet ansågs olämpligt, då eventuellt vissa paranoida personer inom gruppen, kunde tänkas reagera negativt på ett sådant hjälpmedel. För att konstanthålla de kontextuella faktorerna togs beslutet att inga intervjuer spelades in, utan nedskrivningsmetoden användes genomgående (Carlsson,1991).

Statistik

Data från intervjuerna har lagts in i SPSS version 12.0. Då underlaget inte varit så stort har deskriptiv statistik valts som redovisningsform. För att levandegöra resultatdelen och förstärka eventuella mönster eller motsatser i resultatet har vissa citat som brukare och vårdpersonal presenterat valts ut som komplement.

Etik

Studien och intervjuerna har följt de etiska riktlinjer som finns i HSRF (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet). Detta har bland annat inneburit att sekretessen och konfidentialiteten varit av hög prioritet, till exempel har intervjuerna inte tagit del av några namn innan brukaren gett ett klart jakande till att bli intervjuad. Av vikt har också frivilligheten varit, alltså att brukarna inte känt sig tvingade att delta i intervjun. Var någon skeptisk eller tveksam har det inte skett några försök till övertalning. Under intervjun poängterades också att det var fritt att svara på alla frågorna och att det inte var nödvändigt att fullfölja intervjun om man av någon anledning inte ville detta. Det betonades också att ett medverkande i intervjun inte påverkade den normalt förekommande vården, detta för att motverka en känsla av beroendetillstånd hos brukaren. Etiskt sett har det varit en fördel att intervjuerna gjorts på personer som haft ett skyddsnet av personal kring sig, som kunnat hjälpa till och lindra om intervjuerna skulle få jobbiga följder.

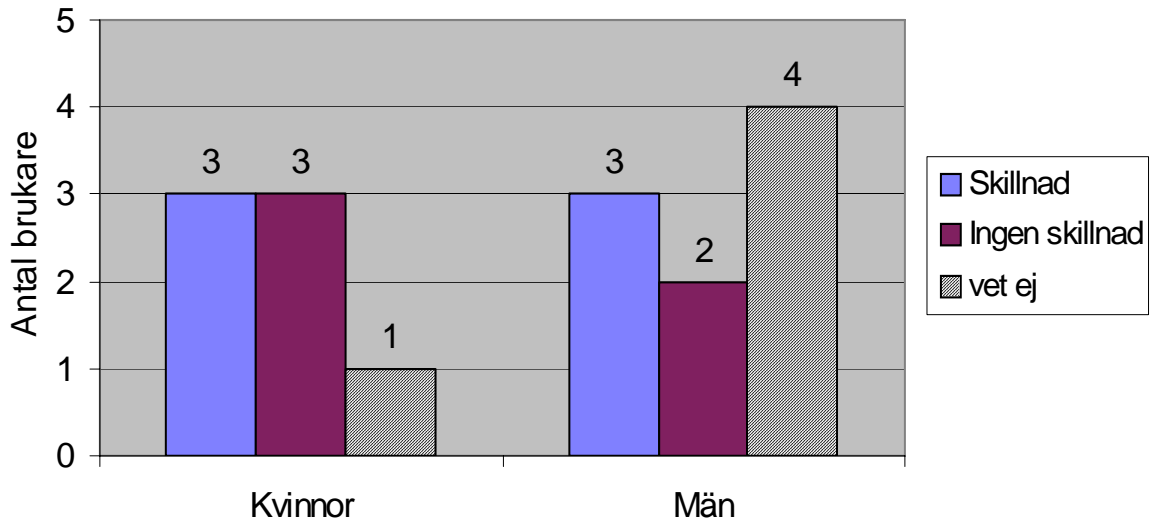
Resultat

Resultatredovisningen bygger på uppgifter från de 17 brukare som deltog i intervjun. Av dessa var åtta kvinnor och nio män (Tabell 3). Alla personer svarade inte på alla frågor i intervjun och en kvinnlig brukare svarade inte på någon av frågorna. Redovisningen bygger också på personalintervjuerna där 13 personer deltog, varav åtta var kvinnor och fem män (Tabell 4). Även här fanns ett mindre bortfall i svarsfrekvensen.

Representativitet

Då representativiteten i brukarundersökningen var viktig valdes i urvalsprocessen att göra ett obundet slumpmässigt urval bland brukarna. Då antalet brukare som kunde och ville ställa upp på att bli intervjuade inte var så stort minskades möjligheterna att generalisera resultatet till hela gruppen. Dock tyder de likheter som finns i ålders- och könsfördelning på att det kan vara ett representativt urval som deltagit i undersökningen. Tyvärr kunde inte diagnos och vårdtid jämföras mellan de som valde att delta i undersökningen och de som valde att avstå. Detta på grund av att psykiatri i Ängelholm inte ansåg sig kunna lämna ut dessa uppgifter ens på gruppnivå och under skydd av anonymitet. Det finns en skillnad i deltagande mellan de olika kommunerna som inte enbart berodde på att antalet brukare i varje kommun var olika. I alla kommuner fanns det en större frekvens av jakande svar till intervjuerna hos de brukare som tillfrågades av kommunen. Sammantaget så fick kommunerna uppskattningsvis 13 jakande svar och 5 nekande. Psykiatri hade enligt beräkning 5 jakande svar och 22 nekande. Orsakerna till bortfallet kan ha varit både individuella och generella. Några av de nekanden som kom författarna tillkänna berodde på misstro mot intervjun, en person tyckte att det inte kändes bra att bli betraktad som potentiellt farlig då personal skulle finnas i närheten. Några personer sa ja vid en första tillfrågan men ångrade sig sedan.

Brukarnas resultat



Figur 1. Brukarnas upplevelse av skillnader i personalens bemötande som beror på kön (n=17).

I den första figuren visas de svar som framkom på frågan om brukarna trodde att det bemötande som de fått inom vård och omsorg hade varit annorlunda om de varit av motsatt kön. Av svaren framkommer att hälften av kvinnorna trodde att det hade varit en skillnad i bemötandet om de varit män. Bland männen är det en person mer som tror att det hade inneburit en skillnad i bemötandet om han varit kvinna. En något större skillnad mellan män och kvinnor syns i svaret vet ej, där det är betydligt fler män än kvinnor som inte tyckt sig kunna ta ställning i frågan. Några av de svar som brukarna gav följer nedan:

Man: ”Hela samhället bygger på mannens premisser. Det är männen som bestämmer över allt så det är svårare att vara kvinna. Kvinnor har ingen makt. Om en man är snäll mot en kvinna så blir hon behandlad som en man ungefär.”

Kvinna: ”Ja det tror jag. Många män har svårt att sätta gränser. Lätt hänt att det blir attraktion mellan man och kvinna.”

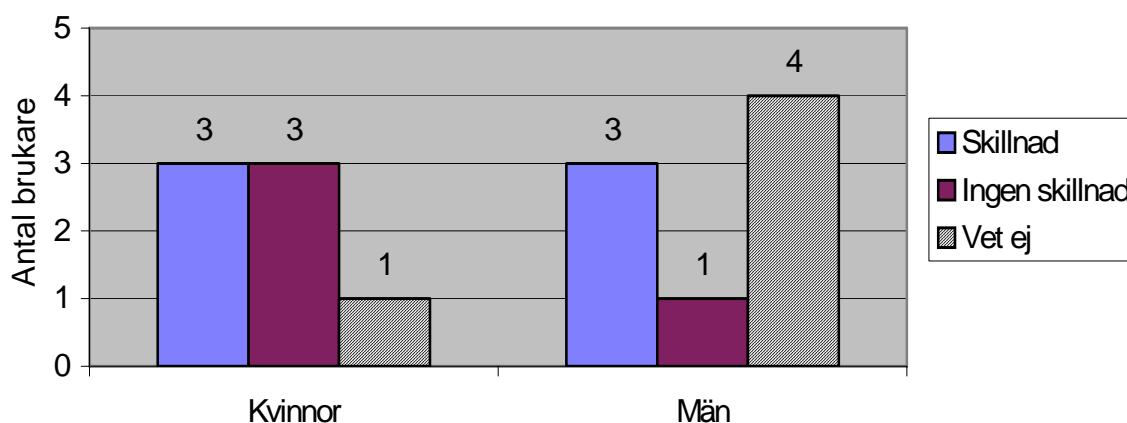
Man: ”Nej, inte egentligen. Men jag tror att man ser på ett annat sätt på det andra könet. Kvinnlig personal har nog lite mer tendens att hitta handikapp och avvikelser hos mig som kille. Det hade varit lättare för dom att förstå mig om jag var tjej.”

Man: ”Kanske, kvinnor får en annan lön.”

Kvinna: ”Nej, men det är mest kvinnlig personal.”

Man: ”Här finns både män och kvinnor. ... Kvinnorna är lite annorlunda. De visar mer humanitet, mer respekt. Männen finns någon annanstans inom organisationen.”

Kvinna: ”Ja. Männen har det lättare än kvinnorna. Vet inte varför.”



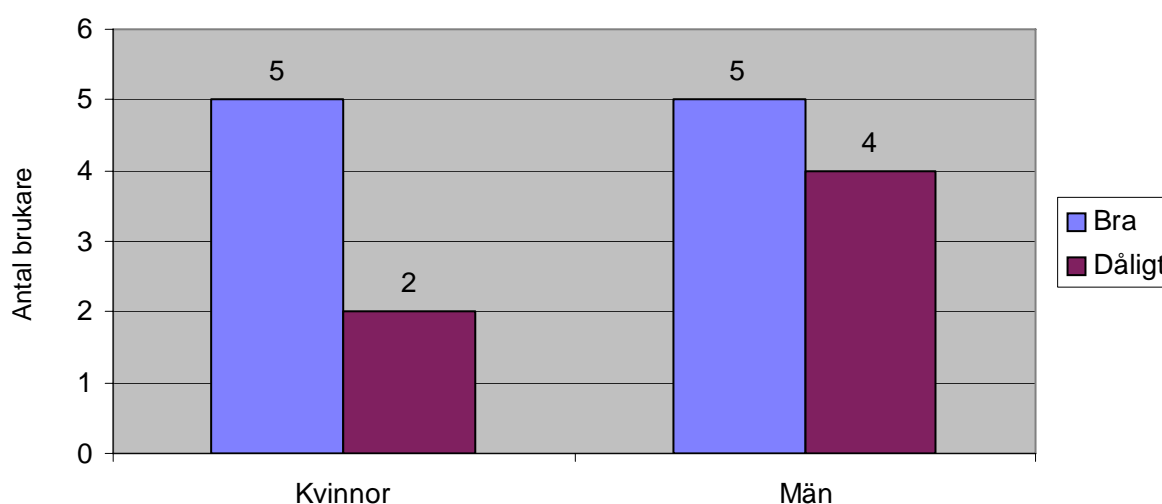
Figur 2. Brukarnas upplevelse av skillnader i respektfullt bemötande från personalen som beror på kön (n=17).

I Figur två syns resultatet på de svar som framkom på frågan om det fanns någon skillnad i hur respekterad man blir som kvinna eller man och om det vore annorlunda om man var av det andra könet. Av resultatet framkom att det är lika många kvinnor som tror att det är en skillnad avseende respekt, som kvinnor som inte tror att det är någon skillnad. Bland männen är det fler män som tror att de hade blivit annorlunda bemötta i hänseende till respekt om de vore kvinnor. Av de som inte kunnat svara på frågan är betydligt fler män än kvinnor. Några av patienternas kommentarer visas i följande stycke:

Man: ”Om jag hade varit en tjej så hade inte den kvinnliga personalen behandlat mig som den lille pojken. ... När det är riktigt svåra problem känns det bra med den kvinnliga personalen. Det känns lite varmare. Dom manliga kan kännas lite kyliga ibland. Men när jag mår bra och vill gå vidare är det bra med dom manliga. Dom är mer sakliga, raka och konfrontativa.”

Kvinna: ”På psykiatrin har de sett mig som en inventarie. Där har jag varit sen 17 års ålder. Men de ser en inte för vad man är nu.”

Kvinna: ”Hade en manlig skötare som inte alls var bra. Han blev för involverad i mitt liv, blev förälskad i mig. Så hade det inte varit så om jag var man.”



Figur 3. Skillnader i den upplevelse av livskvalitet som brukarna kände (n=17).

Livskvalité, som visas i Figur 3 och vilket är en sammansatt variabel (Bilaga 7), skall peka på de implicita skillnader som män och kvinnor upplever. Den skall åskådliggöra de olikheter som kanske finns men som inte är öppet uttalade. Resultatet i figuren som visar livskvalité är sammansatt av frågor som visar hur bra den enskilde brukaren tycker att det bemötande, den respekt, den möjlighet till relationer, motivation och planering är som han eller hon har. De variabler som tagits med för att mäta livskvalitén grundar sig på McCabe och Priebe (2002) resonemang om att det bland annat är relationer, arbete och fritid som kan avspegla ett mått på livskvalité. Det grundar sig också på Ottossons (1999) och flera andras resonemang om att behandlarens bemötande påverkar välbefinnandet hos klienten (McCabe & Priebe, 2002).

Figuren visar att det är fler brukare som tycker att de har en bra livskvalité än de som inte tycker sig ha det. Den visar också att det är lika många kvinnor och män som framför en positiv bild medan det är något fler män som har en negativ uppfattning om sin livskvalité. När de variabler som innefattas i begreppet livskvalité granskas närmare kan man se vissa skillnader. Något som är slående är att männen genomgående är mer positiva i sin bedömning av omständigheterna. Störst skillnad mellan de manliga och kvinnliga bedömningarna finns inom områdena motivation och planering, där många av männen är mycket positiva och kvinnorna mindre. Inom områdena bemötande och respekt är majoriteten av både män och kvinnor nöjda. Inom området som berör relationer är fler kvinnor än män positiva till omständigheterna. Då det var en stor bredd både i ämnesområden och tankar, följer ett antal citat nedan.

Relationer:

Kvinna: "Jag har en son och jag får komma till honom när jag vill. Jag har en möjlighet att hälsa på ibland."

Man: "Jag har inte kontakt med någon och jag vill inte ha det heller."

Kvinna: "Jag hade velat ha nån som är god vän till mig. Om man har en god vän så litar man på den."

Man: "Jag har haft flickvän men har ingen nu. Jag har pratat med dem (*personalen*), om det men de har inte gjort så mycket åt det. ... Jag skulle vilja ha hjälp med sexlivet. Det är dåligt med vänner och bekanta. Det är kärvt."

Man: "Det är rätt mycket tjat (*från personalen*) om att jag sitter ensam. Egentligen är det rätt bra att dom tjar på mig."

Motivation:

Kvinna: ”Jag hade gärna åkt på fler aktiviteter med personalen. Loppmarknad gillar jag och vi hade kunnat åka till hembygdssparken, men det vet dom nog inte ens var det ligger längre, det var så länge sedan vi åkte dit.”

Man: ”Angående jobb så tycker jag att de ser för lite på mina kunskaper. Dom försvinner ju inte bara för att man blir sjuk. Nu vill dom bara att man skall ut och jobba fysiskt fast jag hade velat använda de kunskaper jag har.”

Kvinna: ”Dom har varit trevliga och hjälper mig. NN är bra, vi skojar med varandra. Hon är i samma ålder som jag. Vi brukar handla mat eller promenera.”

Kvinna: ”Jag har inte fått någon kontakt person. Den jag hade hörde inte av sig mer. ... Hade jag haft en kontakt person hade vi kunnat göra utflykter i skog och mark. Åka mer på loppmarknader och handla lite fina kläder. Det är det ingen som gör idag.”

Man: ”Arbetsförmedlingen ville sjukpensionera mig. Men det gick inte läkaren med på. Det kändes som uppmuntran. Jag tycker att det var bra att jag inte sjukpensionerades.”

Man: ”Jag får hjälp med badning, exem, doftegott och tandborstning. ... Man har bara ett liv.”
Respekt/Förståelse:

Man: ”Det känns jobbigt att alltid vara mistrodd. Man är i en så försvarslös position. När personalen tycker att man överreagerar så kan man inte säga emot.”

Man: ”Stödet från personalen har varit bra. Det är bra att dom talar sanning. ... Det är också viktigt att dom kommer när dom lovar, att dom håller tider och ringer när dom inte kan komma.”

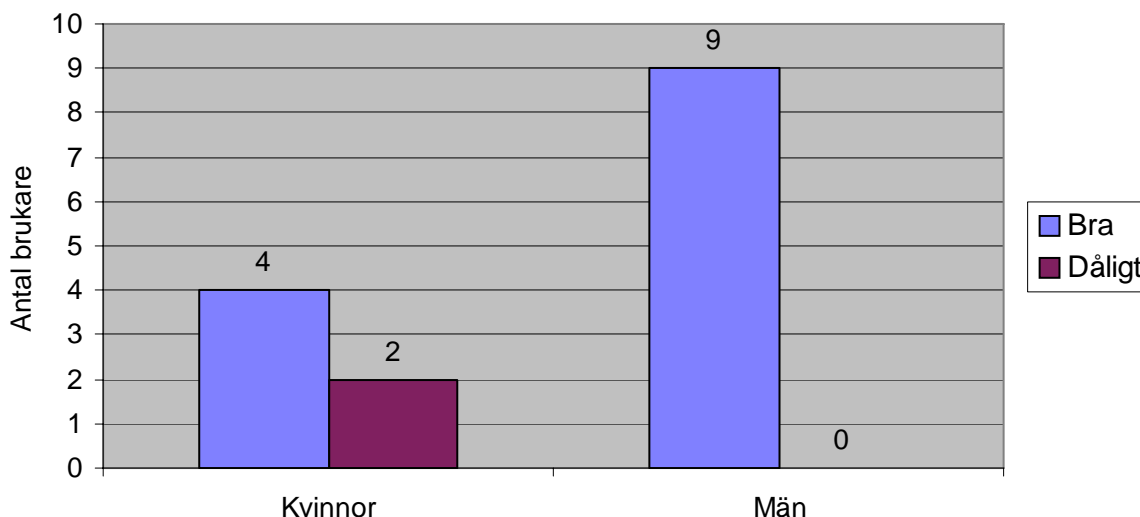
Man: ”Något jag tyckte om var att de visste att jag ville ha en kopp kaffe på förmiddagen och gick och letade upp mig när jag inte var där vid kaffeserveringen.”

Planering:

Man: ”Det känns bra att själv kunna bestämma vilka tider boendestödjarna skall komma. Jag får också bestämma själv hur ofta jag skall gå på mottagningen i Ängelholm på psykiatrin.”

Man: ”Jag hade velat vara med tidigare i beslutsprocessen. Om jag hade fått medicin tidigare så hade hela livet underlättats.”

Man: ”Jag hade velat ha lite mer samtal. Jag hade fått min medicin snabbare om dom hade lyssnat på mig och förstått mig.”



Figur 4. Den upplevda återhämtningen hos kvinnor och män (n=17).

Av Figur 4 framgår att alla 9 männen som varit med i studien, känner sig må bättre och ha blivit friskare. Betydligt färre, nämligen bara hälften av alla kvinnorna i studien, såg sig som friskare. Bland kvinnorna finns det också ett par stycken där det blir uttalat att det varit dåligt med återhämtning. Två kvinnor svarar inte på denna fråga, vilken ställs i ett senare skede av intervjun. Patienternas svar illustreras av följande kommentarer:

Man: ”Nu har jag känt mig friskare. Har fått komma tillbaks till livet och känna att man lever. Det har hjälpt.”

Kvinna: ”Tid är viktigt, tycker jag fått det under de senaste åren.”

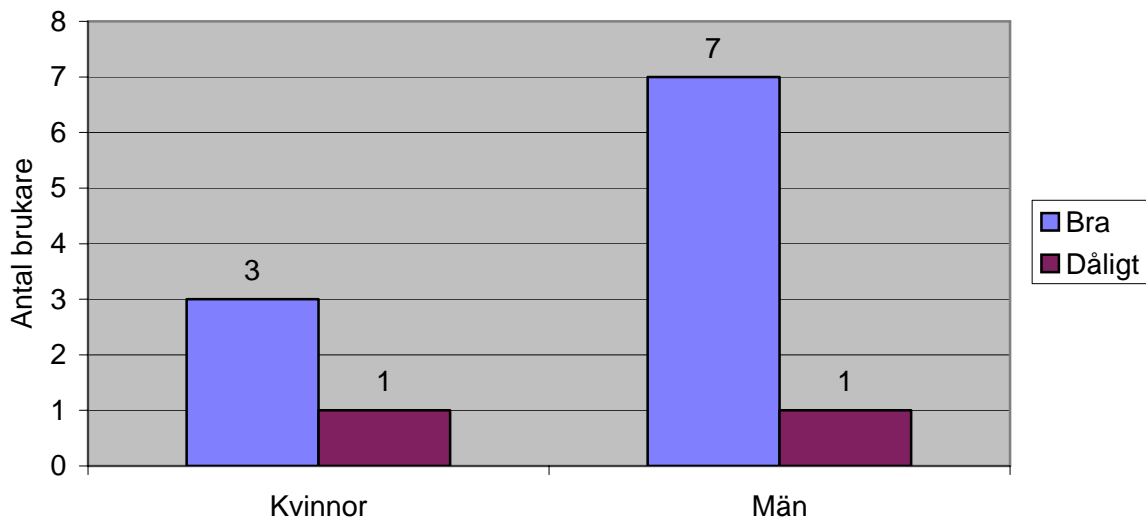
Kvinna: ”Det har varit bra. Jag har slutat med tableterna.”

Man: ”Jag skulle aldrig hamnat i det här om jag hade fått bestämma själv. Jag är inte den jag var förut, nu är jag ingenting. Alla mina drömmar har slocknat.”

Kvinna: ”Det har varit mindre bra. Det är medicinen och sånt jag får, vet inte, blir trött av det. Ibland är det bättre, ibland sämre.”

Man: ”Idag kan jag skjuta upp till morgondagen vad jag inte måste göra idag. Det är bra, det kunde jag inte innan.”

Man: ”Medicinen har hjälpt mycket. Den har gjort att jag känner mig bättre, men jag har biverkningar. Huvudvärk, ont i magen och ont i käkarna. Men jag får medicin mot det också.”



Figur 5. Den upplevda uppfyllelsen av de förväntningar som fanns hos kvinnor och män (n=17).

När det gäller kvinnors och mäns förväntningar visar svaren som syns i Figur 5, att betydligt fler män än kvinnor har fått sina förväntningar på vården uppfyllda. Några kvinnor tyckte att deras förväntningar blivit uppfyllda, medan en kvinna inte ser att hennes förväntningar uppfyllts alls. På frågan om förväntningar finns också ett bortfall, där hälften av alla kvinnor som varit med i studien inte svarat på denna fråga som också ligger som en av de sista i intervjun. För att illustrera de resultaten följer några citat från brukarna:

Kvinna: ”Trodde att man skulle bli friskare, men det blir man inte, tror jag inte i alla fall. Jag har varit sjuk i all min tid.”

Kvinna: ”Man har inte förväntningar. Är man kass så är det bara så. Man följer medicineringen och kan inte påverka. Tar en dag som den kommer.”

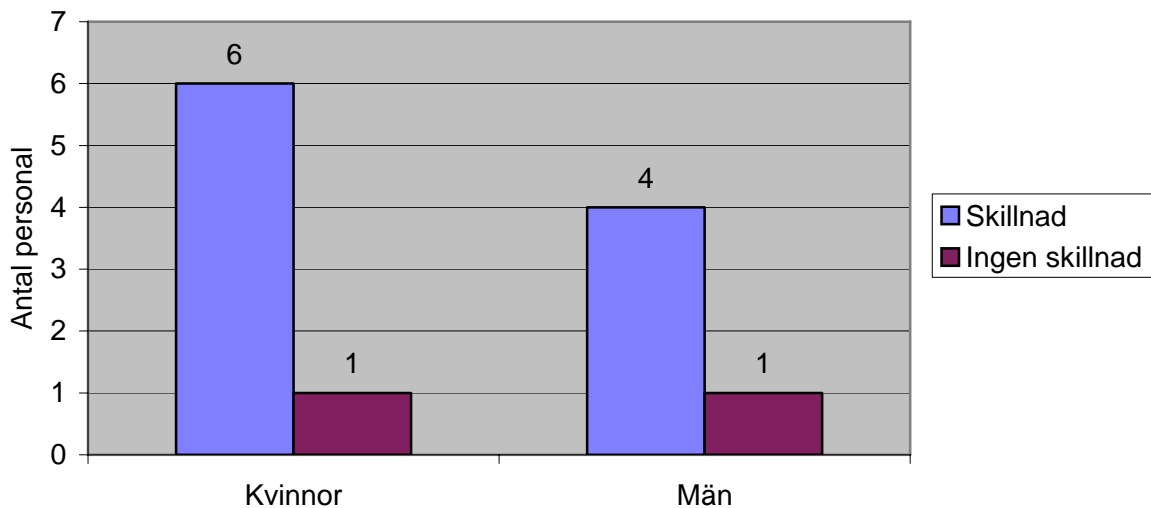
Man: ”Har varit ungefär som jag trodde. Tror att de klarar varken mer eller mindre. Psykos kan ju vara svårt att ta sig ur.”

Kvinna: ”Dåligt. Jag trodde man skulle få en chans att prata och öppna sig då man fick kontakt inom psykiatrin.”

Man: ”Jag hade inga förväntningar. ... Och mitt läge är ganska hopplöst. Jag har inga förväntningar för framtiden heller.”

Man: ”Jag har inga förväntningar på vård eller eftervård eller situationen i samhället.”

Personalens resultat



Figur 6. Personalens upplevelse av skillnader i hur det bemötande som ges kvinnliga respektive manliga brukare påverkas av brukarens kön (n=13).

Då det gäller personalens syn på bemötandet av brukarna, framgår av Figur 6 att övervägande delen av dem tycker det är en skillnad i hur personal generellt sett bemöter kvinnliga och manliga brukare. Man tycker alltså att vårdpersonal i allmänhet bemöter manliga och kvinnliga brukare på olika vis. Av de som inte tycker det görs någon skillnad i hur personal bemöter brukare med olika kön, finns lika många kvinnor som män. Denna fråga har besvarats av all personal förutom en kvinna. En del av personalens kommentarer illustreras nedan:

Kvinna: ”Vi hade en kvinnlig brukare som behövde hjälp med att städa sin lägenhet. Det blev bestämt att hon anlidade ett städföretag och att hon kunde hjälpa till själv. Hon fick betala det själv. När det är manliga brukare är det mer självklart att de inte kan städa själv och de får istället städbolag. Och de slipper betala det själv.”

Kvinna: ”Det här är egentligen personligt, men i det stora hela bemöts det motsatta könet till skötaren mer lyhört. ... Det är inte så uppenbart som jag arbetar idag, men om jag tänker tillbaka så är man tuffare om en manlig brukare är aggressiv än en kvinnlig. Speciellt tuff är man mot samma kön.”

Man: ”Det beror på brukaren och individuella skillnader. ... På gruppboenden behandlar du inte en kvinna som en man. Är mjukare på rösten kanske med kvinnor. Kvinnlig personal är mer daltande med brukarna. Kvinnor är mjukare.”

Kvinna: ”Vi har fler män än kvinnor som överflyttats till enheten för särskilt vårdkrävande. Annars är det lika många manliga som kvinnliga brukare i tvångsvård. Undrar om det beror på att man är mer rädd för aggressiviteten hos män. Varför flyttas inte kvinnorna i vissa fall har jag tänkt. Kanske var det svårare att härbärgera kvinnors aggressivitet.”

Man: ”Det är ungefär som i samhället i övrigt. Man pratar på ett annat sätt. Pratar med dig (*intervjuare*) lite annorlunda än om du varit man, i alla fall om andra saker. Med män pratar man kanske om fiske och sport och med kvinnor kanske om melodifestivalen.”

Kvinna: ”Kvinnor får inte lika mycket hjälp med praktiska saker. ... Män får fortare sina behov tillgodosedda. Dom har nån hjälplöshetskänsla som vi svarar på. Eller åtminstone värderar vi det så.”

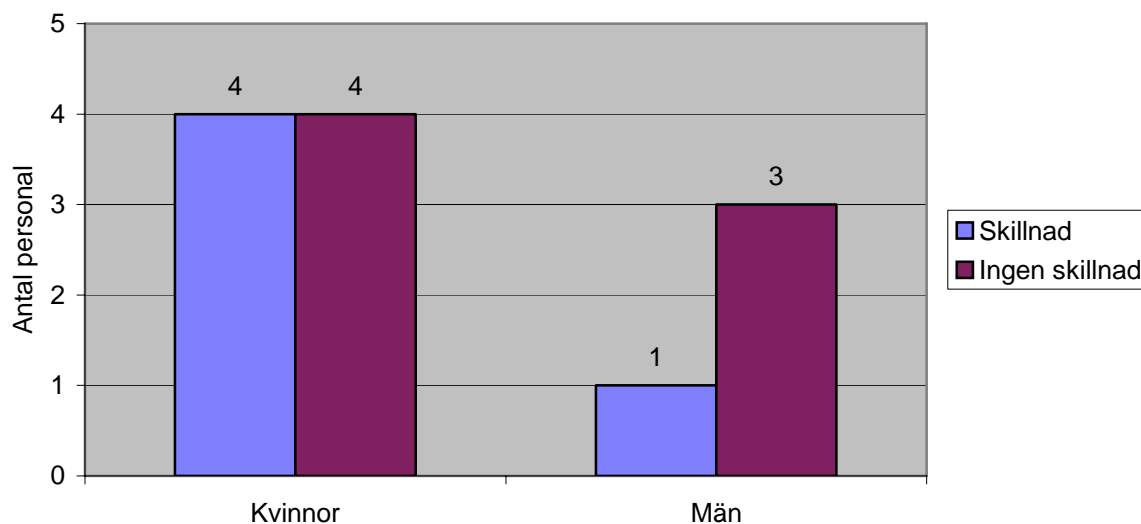
Kvinna: ”Män är mer aggressiva och de får mer hjälp.”

Man: ”Man är mer benägna att tillgodose kvinnliga patienters passiva omhändertagandebehov. ... Man har inte så höga krav på autonoma mål hos kvinnor.”

Man: ”Män bemöts tuffare. Dom skall ju inte gråta. Kvinnor bemöts mjukare och med mer fysisk kontakt.”

Man: ”Kvinnlig vårdpersonal är mer förnedrande mot kvinnor. Man ställer högre krav på de som är av samma kön.”

Kvinna: ”Vi styrs av förväntningar och förutfattade meningar och detta gör att vi har ett annat kroppsspråk och ordval om vi är med män eller kvinnor oavsett om vi vill det eller ej.



Figur 7. Personalens upplevelse av skillnader i hur det egna bemötandet påverkas av brukarens kön (n=13).

När det istället gäller hur man själv som personal, bemöter kvinnliga och manliga brukare, tydliggörs i Figur 7 att övervägande del av personalen inte tycker man själv gör någon skillnad mellan kvinnliga och manliga brukare. Dessa tycker alltså att de bemöter manliga och kvinnliga brukare på samma sätt. De flesta av männen tycker att de inte gör någon skillnad mellan kvinnliga och manliga brukare. Av kvinnorna är det lika många som tycker att de själva bemöter brukarna olika på grund av deras könstillhörighet, som de som inte tycker att de bemöter grupperna på olika vis. Några av personalens kommentarer följer nedan:

Kvinna: ”Nej jag hjälper dem att lösa problem. Men att de får olika lösningar har jag kommit på nu. Att jag kanske gör det, att tankarna blir annorlunda om det är en man eller en kvinna framför en.”

Kvinna: ”Jag försöker att träffa den andra människan förutsättningslöst, men sen finns ju allt det andra med. Men det beror på situationen säkert. Om jag granskar det så är jag kanske på ett omedvetet plan olika.”

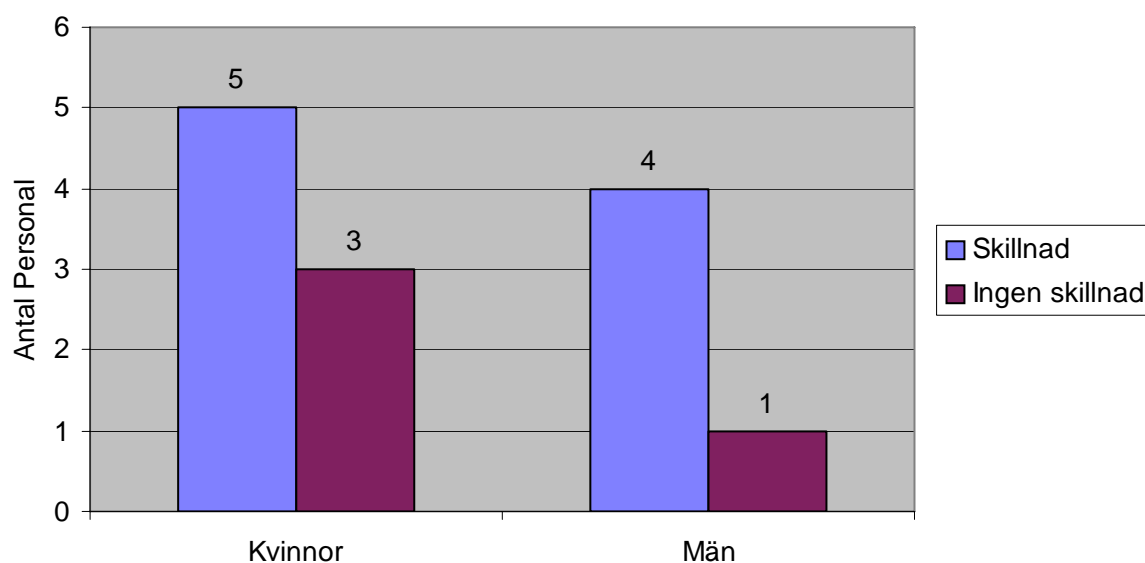
Man: ”Jag gör ingen skillnad på man eller kvinna. Att man skulle ha olika fördelar. Jag försöker vara tydlig med båda.”

Kvinna: ”Jag har lättare för att jobba med männen. Det är lättare att vara rak mot dom. Men jag försöker vara rak, tydlig och ärlig med alla.”

Kvinna: ”Vid behovsbedömningen gör man en individuell bedömning men det finns skillnader mellan könsbundna förmågor också.”

Kvinna: ”Kvinnor har lättare att ta upp sexuella problem. Det finns en djupare förståelse kvinnor emellan.”

Man: ”Jag har lättare för att vara rak med män. Jag har ett annat språk med kvinnor.”



Figur 8. Personalens upplevelse av skillnader i hur det bemötande som ges kvinnliga respektive manliga brukare påverkas av personalens könstillhörighet (n=13).

Figur åtta visar hur personalen såg på de skillnader i bemötandet mot brukarna som berodde på deras egen könstillhörighet ur ett mer generellt perspektiv. Alltså hur de bedömde att vårdpersonal i allmänhet förhåller sig till brukarna. Övervägande delen av de tillfrågade tyckte att det verkar som om det finns en skillnad i hur personal bemöter brukare som beror på att de har ett tänkande som påverkas av den egna könstillhörigheten. Bland kvinnorna fanns det dock även några som inte tyckte sig se några skillnader i bemötande som berodde på det egna könet.

Personalens citat:

Kvinna: ”Det är en skillnad i fingertoppskänslan, lyhördheten. Kvinnor har mer av det, dom är mildare. Män är mer så- Nu ska vi gå ut.”

Man: ”Män är lite mer pådrivande, lätt provocerande och utmanande.”

Kvinna: ”Män motiverar inte lika mycket till uppgifter som skall göras även om de ska det. Dom bryter oftare avtal än kvinnor som följer vårdplaneringen.”

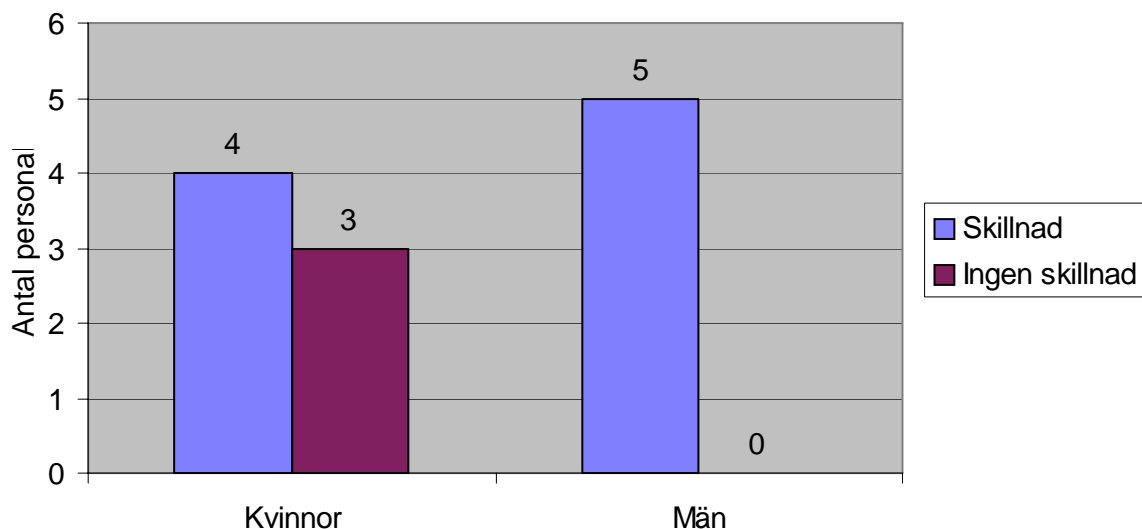
Man: ”Män kan vara trygga i sig själva. Kvinnor är bättre för många möten som är på ett känslomässigt plan. Det bästa är en trygg kvinna.”

Man: ”Det språkliga är en skillnad. Vi talar ett annat språk och pratar om andra ämnesområden”

Kvinna: ”Skillnader i bemötandet beror mer på olika kunskaper och erfarenheter.”

Man: ”Det beror på erfarenheter sen tidigare. Vad man har med sig och var man befinner sig i livet nu.”

Kvinna: ”Män kan vara lite tuffare. ... Män har en annan pondus då någon är hotfullt aggressiv. En del män är inte rädda alls.”



Figur 9. Personalens upplevelse av skillnader i hur det bemötande som ges kvinnliga respektive manliga brukare påverkas av personalens könstillhörighet (n=13).

Synen på den individuella skillnaden i bemötandet som beror på den egna könstillhörigheten visas i Figur 9. Den övervägande delen av de tillfrågade tycker sig se att deras eget kön gör att de bemöter brukare av samma och olika kön på olika sätt. Av männen säger sig alla bemöta kvinnor och män på olika sätt. Bland kvinnorna är det en annan bild då det endast är en persons skillnad mellan dem som säger sig göra en könsrelaterad skillnad och dem som säger sig inte göra det. Vissa av personalens kommentarer följer nedan:

Kvinna: ”Man gör det omedvetet, man tänker inte alltid på det.”

Kvinna: ”Jag är kanske lite mer rädd för med en man då jag blir utsatt för hot. Även om kvinnor också kan få enorma krafter då de är rädda.”

Kvinna: ”Det utgår mer ifrån brukarens problem än från om det är en man eller en kvinna. Det är brukaren som formulerar problemet så det är ju mer individinriktat.”

Man: ”På grund av mitt kön så har jag en annan referensram och helt andra utgångspunkter. Dom flesta av dom vet jag inte ens om.”

Man: ”Jag försöker vara observant men det finns bestämda förväntningar från individen som blir bemött. ... De här förväntningarna kan göra att jag betar mig mer grabbigt med pågarna.”

Man: ”Det är svårt då man jobbar med relationer. Det beror så mycket på vad man har för egna personliga egenskaper och erfarenheter.”

Förändringsperspektiv

Det framkom i intervjuerna att många av brukarna var nöjda med sitt liv och med den livskvalitet de hade. Inom vissa områden ville de dock emellanåt se förändringar. Intervjun som även hade ett förändringsperspektiv och tog också upp i mer generella ordalag vad brukare och personal hade velat förbättra inom vården och omsorgen idag. Det som i stora drag framkom från brukarna var att de efterlyste mer tid från personalen och framförallt mer flexibilitet med tiden, ibland behövdes mer hjälp och ibland mindre, beroende på hur personen mådde. Några påpekade också att somrarna kunde vara jobbiga då den vanliga personalen gick på semester. Några berättade att de verkligen saknade att ha ett jobb att gå till. Här följer några av de tankar som framkom:

Man: ”Jag hade velat vara med tidigare i beslutsprocessen och få vara med och bestämma mer då det gäller medicin och intagning. Jag föredrar medicin tidigt. Då kan jag bryta själv när det blir suddigt. Men det är ju inte accepterat.”

Kvinna: ” Det är svårt att säga, men det hade varit bra om dom kunde ordna ett jobb till mig.”

Man: ” Ibland kan det behövas mer tid. Alla har så bråttom, man har sina 40 minuter och sen får det vara bra med det. Men det finns inte utrymme för mer.”

Man: ” Vissa behöver hjälp när dom behöver det. Hjälpen borde vara mer på patientens villkor.”

Man: ”I början var det jobbigt på somrarna med sommarvikarier och så.”

Man: ”Det är viktigt att bli hörd och lyssnad på. Man kan ju inte veta, och det tror jag inte att de tänker på, att man inte kan känna hur en annan känner.”

Kvinna: ” Man vill bli tagen på allvar, man ljuger inte om sina upplevelser.”

Hos personalen var den övervägande tendensen att vård och omsorg kunde bli mycket bättre än den är. Det som efterlystes var struktur i vardagen med boende och sysselsättning. Även en högre kompetensnivå hos personalen och ett helhetstänkande som främjade samarbete mellan personal inom kommun och psykiatri var efterfrågat. Nedan följer vissa av de synpunkter som personalen hade:

Man: ” Som vården ser ut i dag är det bara upprätthållande verksamhet som håller skutan flytande. Det som erbjuds är stöd och inte behandling.”

Man: ”Det behövs tryggare boenden och sysselsättning. En verksamhet som är anpassad efter behov.”

Kvinna: ”En grundtrygghet i vardagen är nödvändig för att kunna tillfriskna. Annars läggs energin på att hålla sig över ytan.”

Man: ”Vissa områden täcks inte, till exempel ensamhet och utanförskapsproblematik.”

Kvinna: ”Delvis, men ofta för sent. Ju fortare det går att häva ju mindre funktionshinder blir det. ... Sen kommer de ut och det finns inga gruppboenden.”

Kvinna: ” Det får inte bli glapp i kedjan. Det är till exempel bra om vi (*kommunal personal*) kan träffa en person redan på sjukhuset. Så sker det inte alltid.”

Man: ”Jag är inte nöjd, det behövs mer resurser. ...Det vore bra med mer medbestämmande hos cheferna, det är inte alltid de har varit på golvet.”

Kvinna: ”Mer stöd och hjälp runt dem. Sen vill inte alla ta emot hjälp. Men det behövs rätt sorts hjälp för att kunna söka hjälp.”

Kvinna: ”De behöver mer, men ibland kan varken vi eller dom sätta fingret på vad. Till exempel att de behöver en vän. Var hittar man en vän?”

Kvinna: ”Det skulle vara mer lättillgängligt att komma in i en gemenskap de dagar de orkar. De skulle de dagar ha nåt ställe att gå till. Det är inte självfallet att de vill gå dit den och den dagen vid en speciell tid, och det är vad vi erbjuder.”

Sammanfattande kommentarer

Män och kvinnor har till övervägande del visat sig vara nöjda i den helhetsvariabel som mäter deras livskvalité. Tittar man närmare på de olika variabler som tillsammans utgör livskvalitévariabeln, hittar man vissa skillnader inom de tre områdena planering, motivation och relationer. Av resultaten som visat hur personalen uppmuntrat till relationer, kan man se att kvinnor tycks mer nöjda än män med hur de uppmuntras och aktiveras till relationer. Då det gäller hur mycket vården hjälpt och motiverat dem till att ha en aktiv fritid, ett arbete, studera eller ha inflytande över planeringen av den egna vården, tycks de snarare ha hamnat i en passiviserad position. Männerna hamnar i en passiviserad position då det gäller skapandet eller bibehållandet av sociala kontakter, medan de uppmuntras till en aktivare hållning då det gäller fritid, arbete och studier. Resultaten visar också att männen tycks mer nöjda med det inflytande de har över sin egen vård.

När det gäller återhämtning är kvinnorna mer missnöjda än männen. Alla männen känner att de återhämtat sig. Båda grupperna har känt att deras förväntningar har uppfyllts, men kvinnorna visar ett visst missnöje även här.

Gällande personalens syn på arbetet med brukare, menar de flesta att man själv inte påverkas nämnvärt i sitt förhållningssätt beroende på om brukaren är man eller kvinna. Samtidigt tycker de flesta att annan personal bemöter manliga och kvinnliga brukare på olika sätt. Manlig personal tyckte i större utsträckning än kvinnlig att de själva inte gjorde något annorlunda beroende på brukarens könstillhörighet.

Personalens egen könstillhörighet påverkade å andra sidan bemötandet av brukare. Detta fenomen var något man tyckte sig se både i det sätt man själv arbetade samt det sätt på vilket annan personal arbetade. De väsentliga skillnaderna handlade om språkbruk. Man pratade på olika sätt med kvinnliga och manliga brukare och ofta var detta kopplat till att man såg på män och kvinnor som olika.

Diskussion

Livskvalité, återhämtning och förväntningar

Livskvalité. Av resultatet framkom att bland såväl kvinnor som män var majoriteten nöjda med den livskvalité som de hade i sitt liv. Kanske kan detta tyda på att det finns goda förutsättningar för att skapa sig ett bra liv även då psykiskt funktionshinder föreligger. Måhända har vården och omsorgen lyckats få in det helhetsperspektiv på brukaren och dennes livsomständigheter som har eftersträvats i de reformer som företagits de senaste åren (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999). En annan förklaring som eventuellt måste vägas in i tolkningen av resultatet är att personer som har den psykiska problematik som denna intervjuade grupp har, kan ha svårigheter med att föreställa sig en abstrakt verklighet och andra förhållanden än de som personen ifråga rent faktiskt lever i (Lundin & Ohlsson, 2002). Kanske har det varit svårt att jämföra sitt eget liv med andras och verkligen ställa de krav på livskvalité som enligt Psykiatrireformen skall innebära att alla oavsett funktionshinder eller ej skall ha samma förutsättningar att leva ett gott liv (Nationell psykiatrisamordning, 85/06).

I helhetsvariabeln livskvalité var både kvinnor och män mer nöjda än missnöjda. Skillnader i resultaten fanns dock i de variabler som utgjorde begreppet livskvalité. En möjlig förklaring till de variabler där kvinnorna svarade mer negativt än männen, vilket gällde motivation och planering, skulle kunna vara den ålderspåverkan som Lehman et al. (1992) har undersökt. Enligt deras studie var kvinnor med psykiska funktionshinder mindre nöjda med sitt liv i fyrtioårsåldern samtidigt som män var mer nöjda med sitt liv i denna ålder. Då medelåldern på personerna i studien var 48 år och hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen som deltog var mellan 30-50 år, kan detta ha påverkat resultatet. Tänkvärt är att svår psykisk problematik försvårar flödet av livshändelser, till exempel att gifta sig, skaffa barn och att

skaffa ett jobb samt att detta kan påverka hur personen ifråga ser på sig själv. Kanske finns det genusskillnader både i de svårigheter som förekommer i livet, de förväntningar som finns och i den allmänna synen på hur en person skall leva upp till dessa förväntningar (Lehman & al., 1992).

Det kan också finnas andra mer övergripande fenomen som har påverkat i det att kvinnor och män har skattat sig olika. Till exempel menade Bengtsson-Tops och Hansson (1999) att ekonomiska bekymmer avspeglade sig som sänkt välmående inom många olika områden som rör brukarens livssituation. Då kvinnor (Nationell psykiatrisamordning, 85/06) med funktionsnedsättning ofta har en mer ansträngd ekonomi än män med funktionshinder kan detta även synas i det resultat som framkommit i denna studie. Då de ekonomiska omständigheterna inte undersöktes är det dock svårt att dra några slutsatser om detta.

Då det gäller hur mycket hjälp man fått från personalen till att skapa motivation i olika sammanhang, är alltså männen mer nöjda än kvinnorna. Likaså vad det gäller påverkan och inflytande på planeringen av den egna vården. Där är männen också mer nöjda överlag än kvinnorna. Någon i personalgruppen uttryckte att manliga brukare inom vård och omsorg i allmänhet stärks eller aktiveras, medan kvinnliga brukare passiviseras. Detta resonemang tycks göra sig gällande på motivationsvariabeln, vilken alltså mäter hur väl brukarna upplever att vården hjälpt till att motivera och skapa motivation inför aktiv fritid, arbete och studier. Möjligen kan genderiseringsaspekter vidga förståelsen för detta resultat. Unga pojkar uppmuntras till aktiva lekar och självständighet och i vuxenlivet mäts männens vitalitet efter hur väl de kan försörja familjen och prestera i sitt arbete (Hammarström & Hovelius, 1994). Troligen påverkar dessa interaktionsmönster såväl normalpopulationen som denna grupp. Fler kvinnliga brukare uttrycker ett missnöje då det gäller motivation. Kanske brister omgivningen

här i att tillgodose de behov som finns hos kvinnorna. En alternativ förklaring är att kvinnor och män kanske ställer olika krav på personalens roll då det gäller motivation. Kanske kan detta resonemang även gälla för de skillnader som uppmäts på relationsvariabeln och planeringsvariabeln.

Inflytande över planeringen av den egna vården inbegriper medbestämmande och egenkontroll. Skillnaderna mellan grupperna som uppmäts på denna variabel är liksom i övriga variabler svårtolkade. Det kan tänkas att männens större tillfredsställelse vad det gäller påverkan och inflytande har att göra med att större krav ställs på männens självkontroll och självständighet (Hällström, 1996). Det kan tänkas gälla männens egna krav på att kunna påverka den egna situationen och/eller personalens krav på männen att ta ett ansvar inför sin situation. Istället för att se det som krav, skulle man också kunna se det som en större frihet given de manliga brukarna. Denna tolkning ligger i linje med den tidigare forskning, vilken diskuterar en större självständighet förknippad med den manliga könstillhörigheten, samt ett ur maktperspektiv givet övertag (Davies, 2002; Forsberg, 1992). Resultaten kan eventuellt också som nämnts tidigare, tolkas som om kvinnorna har högre krav på medbestämmande än männen, och av den anledningen inte är nöjda med sin situation.

I fråga om relationer skattade sig kvinnor högre än män. Kvinnorna tycktes i större utsträckning än männen uppleva att de var nöjda med den hjälp de får av personalen, vad det gäller bibehållandet av kontakten med andra. Båda grupperna uttrycker däremot i de öppna frågorna, en längtan efter vänner eller viktiga andra. Viss forskning tyder på att kvinnor med psykiska funktionshinder har ett större socialt nätverk än män (Brunt, 2005). Forskningen har också visat att kvinnor med schizofreni har färre negativa symptom och bibehåller de sociala funktionerna intakta i högre grad än män (Hällström, 1996; Lundin & Ohlsson, 2002). En

anledning till de större nätverken kan vara att de vanligen insjuknar senare än männen och därmed har bättre möjligheter att etablera dessa innan själva insjuknandet (Ottosson, 2003). Då det är svårt att fungera socialt när man drabbas av psykisk ohälsa, medför det också svårigheter i att skapa nya relationer. De människor man har kvar kontakten med, kanske till stor del är sådana som kände en innan man insjuknade. Det faktum att män genomsnittligen insjuknar tidigare än kvinnor, kan medföra att de oftare går miste om även andra viktiga faser i utvecklingen såsom gymnasieutbildning och yrkesutbildning (Hällström, 1996).

Andra faktorer som kan spela in då det gäller skillnader i mäns och kvinnors kontakter, kan vara deras olika förutsättningar. Kvinnors sämre ekonomiska situation kan kanske innebära att de blir mer beroende av andra. Unga flickors relationsorienterade genderisering kan kanske innebära att det är lättare och mer accepterat för kvinnor att behöva andra. Kanske är de mer vaksamma på signaler om dessa behov inom sig själva. Likaså kanske den tidiga genderiseringen också för med sig, att det ses som mer adekvat för kvinnor att verbalisera och på olika sätt uttrycka känslor av lust och längtan inför att dela stunderna med andra (Hällström, 1996). Detta leder troligen till att kvinnor också i högre grad söker sig till andra och därför kan de kanske se sig som mer nöjda vad det gäller relationer än män. Nämnvärt är dock att männen i intervjun verbaliserar sin ensamhet och sin längtan efter andra, både vad det gäller vänner och sexuella partners. Kanske finns det då brister i omgivningens förmåga att ta mäns behov av relationer på allvar. Återigen existerar eventuellt ett synsätt på män som mer självgående och självständiga, vilket får negativa följder för männen då det gäller att erkänna deras behov av andra och i att hjälpa dem med deras kontaktskapande i den mån det går.

Explorativa, nyare studier på jämställdhetsområdet inom normalbefolkningen (Gullvåg-Holter, 2007) har visat att det pågår en förändringsprocess avseende de traditionella

könsrollerna. Generellt sett har männen varit mer produktions- och teknikriktade, medan kvinnorna har varit mer person- och relationsinriktade (Gislason & Gullvåg-Holter, 2007). Till viss del återfinns dessa mönster också i nyare studier som gjorts i till exempel Norden, men man kan också se att viss förändring skett. Män tycks på ett nytt sätt i vardagslivets förhållanden, medverka till att aktivt skapa sånt som är avgörande för livskvalitén och de uttrycker att de lägger stor vikt vid omsorg och relationen till de andra. Bredare statistiska förändringar har skett då det gäller mäns ökade arbetstid i hushållet och många män visar öppet på sina arbetsplatser att de har barn. Kvinnor och män praktiserar i allt högre grad jämställdhet som metod och inte bara som mål. I detta tankesätt handlar jämställdhet om livskvalité, välfärd, och värdeskapande. Med nya tankesätt kring traditionella könsroller ser man på välfärd som något som skapas och reproduceras i samhället, det är alltså inget som bara fördelas på de olika samhällsmedborgarna. Därför är det också viktigt att erkänna de förändringar som faktiskt sker. Konsekvensen av den könsklämma som kvinnor och män befinner sig i är kvinnoförtryckande. Men den är också mansförtryckande då den innebär stora sociala och ekonomiska kostnader för män, även för de män som försöker leva jämställda och omsorgsfulla liv (Gislason & Gullvåg-Holter, 2007). Detta tyder på att män av idag, liksom kvinnor, förändras i sina uppfattningar om sig själva och sitt sammanhang. Vid begrundan av deras behov av relationer, och i detta fall deras missnöje med den hjälp de får till att ha relationer med andra människor, måste den komplexitet som det innebär att vara man i dagens samhälle betänkas. Det behöver medvetandegöras vilka eftersläpande traditionella föreställningar det finns om de båda könen, och om dessa föreställningar är främjande eller bromsande för jämställdheten.

Återhämtning. Kvinnors och mäns svar indikerar också olikheter i upplevelsen av återhämtning. Bara hälften av kvinnorna som varit med i studien säger sig vara återhämtade,

detta jämfört med samtliga män. Symtomlindringen vad det gäller schizofreni har visserligen en bättre prognos då det gäller kvinnor till skillnad från män (Hällström, 1996). Samtidigt återhämtar sig kvinnor sämre än män, vilket framkommer i tidigare studier (Nationell psykiatrisamordning, 2006:8). Detta mönster syns även i denna undersökning. Att kvinnor återhämtas sämre kan indikera ett motsägelsefullt förhållande mellan symptomlindring och återhämtning. En orsak till skillnader i symptomlindring, kan vara att kvinnor svarar bättre på antipsykosmedicin i form av neuroleptika än män (Socialstyrelsen, 2003). Kvinnor tycks kräva mindre doser, vilket inte bara är kopplat till förhållanden i kroppsvikt. Dels kan biologiska, hormonella och konstitutionella skillnader påverka hur läkemedel upptas i kroppen, samt hur de omsätts och fördelas (Socialstyrelsen, 2001). Möjligen fungerar detta bättre i behandlingen av kvinnor, vilket därmed leder till bättre symptomlindring, samtidigt som medicineringen också är förknippad med en del negativa faktorer. Både biverkningar och interaktioner mellan olika läkemedel kan ge negativa konsekvenser (Socialstyrelsen, 2001). Kanske kan de sexuella biverkningarna av medicinen göra att viljan till att följa behandlingsföreskrifterna brister. Men minskad sexuell lust drabbar båda könen och kan därför inte ses som en orsak till varför medicinering fungerar bättre på kvinnor. Det finns inga indikationer på att kvinnor skulle följa föreskrifterna bättre än män. Däremot finns rapporter som tyder på att kvinnor oftare rapporterar biverkningar och att de också oftare än män drabbas av ohälsa som är relaterat till läkemedel (Hammarström, 2002). Samtidigt som det är tydligt att prognosen för kvinnors symptomlindring är bättre än männens, för den med sig negativa effekter för kvinnorna, då den är direkt relaterad till medicinering (Hammarström, 2002). Detta skulle kunna leda till att man inte upplever en återhämtning utan tvärtom.

Att den medicinska forskningen till stor del gjorts på män, och oftast utan hänsyn till kön, kan förklara de brister som finns i kunskapen om könsrelaterade effekter, samt könsrelaterade

faktorer i sjukdomsbilden. Det är först från och med 1990-talet som kvinnor i viss utsträckning tas med i kliniska prövningar om läkemedel (Hammarström, 2002). Att mediciner ofta inte prövas på kvinnor beror på att kvinnors menstruationscykel gör resultattolkningar mer svårbedömda och att det då behövs fler testpersoner för att visa resultat, en annan anledning är risk för skador på fostret vid graviditet (Socialstyrelsen, 2001). Trots att det nu görs en del forskning om kvinnors hälsa, sjukdomar och biverkningseffekter, är det fortfarande ovanligt med specifika doseringsrekommendationer för kvinnor och män (Hammarström, 2002). En halv miljon människor i Sverige använder föreskrivna bensodiazepiner, alltså lugnande medel och sömnmediciner, medan 200.000 personer använder föreskrivna narkotikaklassade smärtstillande medel (Hammarström, 2002). Vid hög konsumtion av starka mediciner kan allvarliga kroppsliga och psykiatriska problem uppstå. Kvinnor står för en betydligt högre konsumtion av framförallt antidepressiva och lugnande medel, men även sömntabletter och smärtlindrande mediciner förskrivs till fler kvinnor än män (Socialstyrelsen, 2001). Forskningen kring medicinering av psykisk problematik, tyder alltså på att kvinnorna är en utsatt grupp. Detta visar sig bland annat i överföreskrivande samt brister i kunskap om biverkningar och samverkan mellan olika mediciner. Kanske kan detta vara en av förklaringarna till att kvinnorna i denna studie upplever en sämre återhämtning än männen.

En annan förklaring till de skillnader som framkommit i andra studier ifråga om rapportering av biverkningar, symptom och upplevd återhämtning, kan vara kvinnors och mäns olika förväntningar och upplevelser. Det kan också handla om omgivningens emottagande av deras önsknings och beskrivningar. Kvinnors och mäns subjektiva upplevelser av symptom skiljer sig troligen av olika anledningar. Kvinnor och män har till exempel enligt en del forskning olika mönster för vad som ses som sjukdomsbeteende. I detta inbegrips hur de övervakar sina

kroppar, hur de upplever och beskriver symptom, på vilket sätt de tar hjälp av hälso- och sjukvårdsinsatser, samt hur de följer ordinationer och reagerar på behandlingsförslag. I allmänhet tycks kvinnor mer insatta och intresserade av hälsofrågor och de tycks även mer benägna än män till att notera symptom hos sig själva och andra (Barron, 2004). Viktigt är dock att poängtera att dessa skillnader likväl finns inom grupperna som på individnivå. Vårdens uppgift är att så långt som möjligt tillgodose de olika individernas behov.

Tittar man närmare på återhämtningsbegreppet och dess innebörd, handlar det egentligen inte om att medicinera och bli fri från symptomen. Någon av kvinnorna i intervjun uttrycker att hon har svårt att avgöra om hon är återhämtad eller inte på grund av den medicin hon ständigt tar. Samtidigt som medicinering för med sig många positiva effekter kan det samtidigt strida emot de förutsättningar som är viktiga för återhämtning. Förutsättningarna innefattar bland annat individens känsla av egenmakt, ansvar, inflytande och möjlighet till påverkan på det egna tillståndet. Återhämtning handlar till stor del om att förändra sin inställning till sig själv, till livet och till andra människor. Det har en existentiell prägel och det handlar om att skapa en meningsfullhet i vardagen och att lära sig nya och bättre sätt att relatera till den problematik man har. Det är alltså en djupgående, inneboende förändring som inte kan sägas vara detsamma som avsaknad av symptom. Av intervjun framgick att någon av dem som faktiskt kände sig återhämtade också beskriver en sorts känsla av att leva upp igen. Någon av dem som beskriver en sämre återhämtning talar om känslor av att inte vara någonting och att inte längre ha några drömmar. Bland personal är det dock vanligt att frånvaro av symptom samt biverkningar är indikatorer på hur bra brukaren bedöms må (McCabe & Priebe, 2002). Det är fortfarande ovanligt att arbeta med schizofrena brukare med fokus på att främja utveckling, mognad och tillväxt. Vanligare är att fokus i behandlingen ligger på psykofarmakarelaterad symtomlindring och/eller social anpassning (Belin, 1993). Den vård

som erbjudits brukarna i studien har dock fått samtliga manliga brukare att känna sig väl återhämtade. Detta indikerar att man åtminstone med denna grupp arbetar med mer än symptomlindring. I kvinnornas fall och med tanke på innebörden i återhämtningen, blir det tydligt att de trots att deras symptomlindringsprognos allmänt är bättre, ändå kan uppleva en sämre återhämtning.

Förväntningar. Det resultat som framkom då kvinnors och mäns förväntningar jämfördes var att betydligt fler män än kvinnor såg att deras förväntningar blivit uppfyllda. Detta kan till viss del ha grundat sig i att det var färre kvinnor som svarat på denna fråga. Det som var påfallande och även gripande i denna fråga var de citat som brukarna uttalade. Det som sades tydde på att både de förväntningar som funnits på vård och omsorg och de förväntningar som fanns inför framtiden var mycket lågt ställda. Orsaker till skillnader i grad av förväntningar hos kvinnorna och männen kan eventuellt ha att göra med att det dagliga livet ter sig generellt olika för dem. Till exempel har det diskuterats att kvinnor kanske är mer benägna att både definiera sina känslor och diskutera dem med andra (Barron, 2004). Resultatet som visar att kvinnor upplever att de fått färre förväntningar uppfyllda kan avspegla en större öppenhet i att diskutera missnöjet. Å andra sidan måste både mäns och kvinnors berättelser tas på allvar och av svaren att döma är färre kvinnors än mäns förväntningar tillfredsställda. Detta resultat stärks av svaren om återhämtning som visar att kvinnor inte heller i samma utsträckning som män upplever sig vara återhämtade.

Andra mönster

I studien har vissa förhållanden synts som vid första anblicken förefallit motsägelsefulla. Då både människan och omständigheterna hon lever i ofta är både mångfacetterade och

nyanserade kan det finnas många förklaringar till dessa motsägelser. Eftersom de var vanligt förekommande och verkade relevanta valdes dock att ta upp några av dessa inkonsekvenser.

Synen på eget och andras arbete. En motsägelse som visade sig var att det verkar finnas en skillnad i hur personalen ser på sitt eget och på andras arbete. Då det gällde hur brukarnas könstillhörighet påverkade personalens bemötande, tyckte flertalet personal att deras eget arbete inte påverkades av detta men att hos personal i gemen så bemöttes kvinnliga och manliga brukare olika. Skillnaden i synen på hur man själv och andra gör var större hos de män som var med i undersökningen. Liksom Holter (1992) säger kan detta spegla lite av att det inte ses som positivt att göra en skillnad mellan män och kvinnor, samt att detta därför kan vara angeläget att dölja. Kanske ses det som att den skillnad man eventuellt gör, placerar en i ett fack där kvinnor blir förtryckta av män. Detta skulle kanske också kunna förklara varför färre män än kvinnor i studien personligen vill göra skillnad, då det i detta resonemang och enligt en del genusforskning, är männen som ses som förtryckarna. Men varken moderna kvinnor eller moderna män vill bli betraktade som förtryckta respektive förtryckare menar Hammarström (2004). Den postmoderna genusforskningen handlar om att makt inte nödvändigtvis behöver vara förtryckande eller uppifrån kommande, från en förtryckande grupp mot en förtryckt grupp. Makten och ansvaret finns snarare på alla nivåer, det genomströmmar alla situationer och verkar i alla möten människor emellan. I den kontext där brukare och personal agerar har båda dessa parter olika maktmedel att ta till för att frammana en förändring av situationen. En tanke som kan vara av relevans är att de maktmedel som brukarna besitter kan vara begränsade och att detta kanske ibland kan leda till aggressiva konfrontationer som hade kunnat undvikas. Detta resonemang skulle kunna göra sig gällande i de fall där aggressivitet hypotetiskt sett kan vara ett av de medel till förändring som brukarna kan använda sig av. Denna tanke berör också ett genustänkande då det kan vara viktigt att

tänka på vilka maktmedel som kvinnor och män har att tillgå. Ett genusperspektiv inom vård och omsorg handlar om att ändra synen på kvinnor som passiva objekt och istället se dem som aktiva handlande subjekt. Aktörsperspektivet är också en viktig del i att ändra synen på brukare inom vård och omsorg, så att man istället i konsultation och behandling lyfter fram brukarens egna tankar, strategier och handlingar (Hammarström, 2004).

Då det gällde hur mycket personalens egen könstillhörighet påverkade bemötandet, visade resultatet istället att de flesta ansåg att denna påverkade både den egna och andras arbete i hög grad. Detta är till viss del en motsägelse mot det förra resultatet.

Strukturerade och öppna frågor. En inkonsekvens som kom upp i resultatet var att svaren på de strukturerade frågorna inte alltid överensstämde med svaren på de öppna frågorna. Det var ofta både i brukarnas och i personalens intervjuer som det ena svaret lutade åt ett håll och det andra svaret tydde på något annat. Det kan finnas olika förklaringar till detta och en av dessa kan vara en brist på allians. För brukarnas del var det på sätt och vis en utsatt situation de befann sig i, intervjuerna kunde lätt ses som en del av den vård och omsorg som frågorna gällde. Detta betonades också av att intervjuerna skedde i byggnader som tillhörde kommunen eller landstinget. För personalens del kunde det lätt ses som en bedömning av det egna arbetet vilket kan ha påverkat svaren. Kanske kan detta ha gjort att de strukturerade frågorna har besvarats mer positivt även om det funnits invändningar. En annan förklaring till detta fenomen kan ha varit att det går lättare att formulera sina tankar mer mångsidigt då en person får tänka igenom något och att detta påverkar svaret. Kanske blev därför svaren i de öppna frågorna mer nyanserade. Ytterligare en förklaring kan vara att livet inte alltid kan passas in i flervalsfrågor. Det kan vara svårt att generalisera svar till områden eller personer som inte berörs av dem. Till exempel var det många av brukarna som tyckte att den vård och det stöd

de fick var bra på ett ställe och dåligt på ett annat. Detta gällde också olika personer och även sett ur ett tidsperspektiv. Till sist kan detta fenomen även bero på att de negativa svaren ligger närmare till hands i de ostrukturerade frågorna vid en sådan här undersökning som berör vård och omsorg. Man vill bidra till en förbättring, vilket vi också påpekade i intervjuintroduktionen, och då känns det mer adekvat att ta upp de saker som inte är bra.

Exempel på motsägelser i svar på strukturerade frågor kontra öppna frågor, är att personalen i vissa fall på de slutna frågorna svarar att det inte görs någon skillnad i bemötandet av kvinnor och män. Samtidigt säger de i de öppna frågorna att de använder olika språk för män och kvinnor. Även bland dem, vilket är övervägande del av personalen, som tycker att de själva och andra bemöter manliga och kvinnliga brukare på olika sätt, är skillnader i språket en dominerande faktor. Personalen beskriver i många berättelser hur man pratar med män och kvinnor på olika vis, om olika ämnesområden och med olika tonläge. Med män pratar några män mer grabbigt, med kvinnor är någon man mjukare på rösten. Detta beror delvis på att de ser på kvinnor som mjukare, även om man ibland måste prata på ett tuffare vis med dem också. Någon av kvinnorna menar att män kommer från Mars och kvinnor från Venus, på så vis att de talar olika språk och väljer olika ord. Många gånger blir det komplikationer då man förutsätter att det andra könet förstår, när de kanske inte gör det. Både manlig och kvinnlig personal tycker i några fall att kvinnlig personal är mer daltande och mammiga med brukare, medan manlig personal är tydligare och kortare i sitt uttryck.

Frågan är då om kvinnor och män pratar på olika sätt. Helene Thomsson diskuterar i ”Kvinnor, makt och förändring” (2002) en del studier som gjorts kring mäns och kvinnors samtalsstilar, vilka visar att skillnader i språkbruk ofta handlar om situationen till vilken samtalet är knutet. I vissa sammanhang har kvinnor lättare att prata på ett fritt och självsäkert

sätt, i andra sammanhang har män det. Sådant som påverkar situationen och möjligheterna till ett jämbördigt samtal, är den sociala makt som har sina rötter i strukturella faktorer som kön, klass, utbildning och etnicitet. Men i det specifika samtalet mellan personal och brukare, eller intervjuare och intervjuad, är förhållandet redan ett slags icke jämbördigt samtal. Utöver de andra strukturella faktorer som också kan påverka, finns i dessa sammanhang en internaliserad känsla av att ha mer eller mindre rätt att uttala sig. Den underordnade har mindre rätt att uttala sig än den överordnade. Thomsson (2002) redogör vidare för hur studier har visat att kvinnor ofta uttalar sig mindre självsäkert än män, i de offentliga samtalen och i maktens institutioner. Det daltande som viss personal upplever från kvinnlig personal kanske kan förklaras av detta. I detta sammanhang upplever manlig personal, kanske rollen som gränssättande och tydlig som mer given. De har möjligen en mer given auktoritet i samtalet redan från början i och med sin överordnade position. Troligen har den sociala inläringen också lärt oss att lyssna och ta till oss det män säger mer än det kvinnor säger. Det finns en tro om en kvinnlig skörhet som blir tydlig i personalens berättelser. Frågan är vilka behov det är som tillgodoses av sådana förklaringsmodeller. Kvinnor hålls kvar, och håller sig själva också kvar i sin underordnade och svagare position, så länge män framstår som de starka, dugliga och nödvändiga. Att framträda som kvinnligt subjekt, att ta plats med god självkänsla och starka åsikter, kanske fortfarande idag är förknippat med viss skam, då kvinnor inte på samma sätt som män är vana vid att synas på ett sådant sätt. Det kan också förknippas med ett visst hot för andra när kvinnor i detta fall, träder ur de förväntade rollerna. En kvinna som tar plats och tror på sig själv kanske löper större risk att ses som osympatisk och med bristande ödmjukhet, jämfört med män i samma situation (Thomsson, 2002). Kanske är detta några av förklaringarna till varför kvinnlig personal eventuellt inte tar samma roller som manlig när det gäller auktoritet och tydlighet, om så nu är fallet.

Diskussion angående metod, bortfall och organisation

Ovan har diskuterats olika förklaringsmöjligheter till de resultat som framkommit i undersökningen. Det finns även andra faktorer som kan ha haft en påverkan på studien och det som framkommit i den. Frågor angående undersökningen återstår som rör relationen mellan brukare, intervjuare och den situation, miljö och organisation vari den genomförts. Frågorna handlar om vilka olika typer av påverkan som kan ha haft genomslagskraft i resultaten. Exempel på sådana frågor kan vara om brukarna och de intervjuade bedömer livskvalitet på olika sätt, eller har man i studien verkligen mätt det man velat mäta? Hur har intervjuarnas könstillhörighet påverkat i relation till undersökningens relevanta ämnen? Kan övergripande samhälls- och organisationsaspekter appliceras på det som synliggjorts i arbetet med studien? Vad finns det för eventuella förklaringar till bortfallet och hur har genomförandet av studien eventuellt påverkat dess resultat?

Begreppsvaliditet. För att undersöka de genusskillnader som finns inom vård och omsorg har studien försökt ta fasta på olika variabler som de flesta påverkas av i sitt liv. Då studien främst sett till brukarnas egen subjektiva uppfattning har främst fokuserats på det som kallats livskvalitet och återhämtning. Det här är begrepp som för alla människor har en speciell betydelse, men innebörderna kan variera från individ till individ. Enligt Bengtsson-Tops och Hansson (1999) hade de intervjuare som gjorde deras undersökningar ofta en annan referensram för vad välmående är än vad de brukare som intervjuades hade. Intervjuarna såg ofta sociala relationer som något som var viktigt för en hög livskvalitet. Detta kan nog i viss mån stämma med vad författarna själva har känt och med vad många i personalen yttrat. Det finns en otroligt stor ensamhet bland dem som intervjuats som är det är svårt att inte bli berörd av. Dock verkar det som om relationer och gemenskap var betydelsefullt även för brukarna.

En tanke är dock att de begrepp, och den betydelse som författarna har lagt i dessa, utgår från att en viss grundtrygghet är uppfylld, vilket den kanske inte alltid är i brukarnas tillvaro.

Intervjusituationen. Sådant som kan ha haft betydelse då det gäller intervjusituationen är intervjuarnas utbildning, könstillhörighet, samt relationen mellan intervjuare och intervjuad. Det råder delade meningar om samkönade och olikkönade intervjuer och frågan om vilken som är den bästa vägen att ta är beroende av studiens natur. När det till exempel gäller personalintervjuerna som uteslutande handlat om genus och bemötande av kvinnor respektive män, kan det tänkas att manlig och kvinnlig personal upplevt situationen på olika sätt. Men betydligt viktigare än intervjuarens kön, är hur pass kompetent denna är i rollen som intervjuare (Trost, 1997). Då det gäller brukarintervjuerna kan också intervjuarnas utbildning ha inneburit en viss påverkan, liksom det faktum att intervjuerna gjorts i en institutionell miljö, där brukare och personal är åtskilda framför allt i makt- och ansvarsmening. Kanske kan någon ha uppfattat intervjuerna som företrädare för organisationen, vilket de inte var. Kanske har ojämlikhetsaspekter i relationen mellan intervjuare och brukare varit närvarande, men detta kan ha gällt även i personalintervjuerna, då den som blir intervjuad befinner sig i en mer utelämnad position. Samtidigt har både brukare och personal yttrat sig mycket positivt om att vara med i undersökningen. Brukare har påpekat att de vet att det gjorts undersökningar tidigare men att det var bra att de nu själva fick bidra till dessa. Personalen har även påpekat att det varit positivt att ämnet genus tagits upp, då det fått dem själva att tänka i nya banor.

Metod. Eventuellt skulle undersökningen också kunna påverkas av vem den intervjuade fått sin information om studien från, och på vilket sätt denna information getts. Det kan också tänkas att det har betydelse för intervjun om man hunnit tänka igenom frågorna innan

intervjun eller inte. Det har naturligtvis inte helt och hållet gått att undvika liknande interagerande faktorer. Till exempel har det visat sig att då personalen fått mer information om studien och då denna getts vid ett tidigare skede, har de också hunnit tänka över sitt eget beteende i vårdsituationerna mer än brukarna, innan själva intervjun. Möjligtvis har detta påverkat svarskaraktärerna i de båda grupperna.

Personalintervjuerna var inte slumpmässigt dragna vilket gör att de skiljer sig något från brukarintervjuerna. Men av just den anledningen att personalen är speciellt utvalda av brukarna själva, ger de en god möjlighet att se mönster som är vanligt förekommande hos personal som arbetar med denna typ av problematik och med just denna brukargrupp. Vid utformandet av intervjuerna togs hänsyn till att det finns en tendens att svara mot medelvärdet på frågor som är utformade som skalfrågor, vilket kan påverka validiteten (Kruise, 1998). Av denna anledning fanns också utförligare öppna svar med i intervjun som skulle underbygga de svar som framkom i de mer kvantitativa delarna. På så sätt har man också undvikit den typen av problem i studien. Slutligen skulle man också kunna se bristen i konstanshållande när det gäller intervjukontexten som ett hot mot den validiteten, då intervjuerna utfördes på olika platser och i olika miljöer. Men det faktum att intervjuerna hölls i en situation så nära brukaren som möjligt, har snarare gjort att fler brukare kunnat medverka och det har också bidragit till en oersättlig trygghet för de som varit medverkande i intervjuerna.

Bortfall. I det sätt som brukarna inbjudits till intervjun kan det finnas skillnader, vilket påverkat slumpmässigheten i det randomiserade urvalet. Vissa blev tillfrågade av psykiatrin, andra av kommunen. Då personal inom psykiatrin ansåg att de inte skulle lämna ut någon information om det slumpmässiga urvalet till kommunernas kännedom i första ledet, blev processen väsentligt försenad. Det innebar nämligen att det blev fler omvägar än vad som var

tänkt från början, innan kontakt kunde tas med brukarna. Kanske kan svarsfrekvensen ha påverkats av att psykiatrin i första hand har bestämt över vilken instans som skulle tillfråga vilken brukare.

I alla kommuner fanns det en större frekvens av jakande svar till intervjuerna hos de brukare som tillfrågades av kommunen än de som tillfrågades av psykiatrin. Sammantaget fick kommunerna fler jakande svar än psykiatrin, även om dessa frågade fler. Detta kan ha haft olika orsaker. En orsak kan ha varit att arbetssättet och arbetsområdena hos dessa eventuellt skiljer sig åt. Det kan även ha förekommit individuella och personliga skillnader hos både personal och brukare som spelat in. Vissa brukare hade en tätare kontakt med sin personal och andra brukare träffade sin personal mer sällan. En tätare kontakt kan eventuellt ha inneburit en större möjlighet för personalen att påverka brukaren till att ställa upp på intervju. Även graden av psykiskt funktionshinder och annan problematik kan ha spelat in i vem som har tackat ja till intervjun och vem som tackat nej. Likaså kan tidigare upplevelser av vården ha påverkat viljan att ställa upp. Hos personalen kan också andra förutsättningar ha spelat in. Ett intryck som var genomgående var att personalen inom psykiatrin uttryckte att de arbetade under tidspress, vilket personalen inom kommunerna inte uttryckte. Det kan även ha funnits andra påverkande faktorer inom kommunerna som spelat in då en brukare svarat jakande eller nekande. Ett exempel på detta kan ha varit hur den rent praktiska uppbyggnaden av vårdorganisationerna och den faktiska närheten till brukarna har sett ut. Ett annat kan förekomsten av brukarföreningar ha varit, då till exempel Fontänhuset i Båstad. Av de brukare som blivit utvalda för studien, tackade en från Fontänhuset nej med motiveringen att denne inte ville medverka i en intervjustudie där personal skulle vara närvarande i närliggande lokaler, vilket tydde på att situationen bedömdes som potentiellt hotfull. Man ville varken som brukare eller personal från Fontänhuset, vara med om att se på brukare som potentiellt

hotfulla. Med tanke på den diskussion som är en del av denna studie, och som handlar om stigmatisering av denna grupp med svår psykisk problematik, är deras argument till att inte medverka väl värt att begrunda. Det var dock inte upp till intervjuarna att ändra förutsättningarna för studien.

Organisations- och samhällsperspektiv. Med hjälp av ett organisatoriskt perspektiv, kan betraktas hur den kultur och struktur som präglar organisationen också påverkar samarbetet mellan de olika aktörerna kring intervjuarna. Kanske kan ett organisationsperspektiv hjälpa oss att få en bredare förståelse för motgångar och framgångar under arbetet med intervjuarna. Likväl som andra utifrån- och inifrånkommande faktorer, kan eventuella mönster i organisationerna och i samarbetet mellan psykiatrin, kommunerna och författarna, också ha haft påverkan på undersökningen. Författarnas upplevelse av deras samarbete med kommunerna och psykiatrin har varit att samarbetet mellan kommunerna och författarna har fungerat väl, emedan samarbetet med psykiatrin i Ängelholm tidvis varit svårare. Författarna har upplevt det svårt att komma in i organisationen. Upprinnelsen till denna upplevelse kan ha olika orsaker, varav en kan vara att det varit svårare för författarna att komma i kontakt med ledningen för psykiatrin, i jämförelse med ledningen för kommunerna.

Det förefaller finnas vissa samverkansproblem mellan kommun och psykiatri vilket också blev tydligt för författarna i projektet med de olika instanserna. Dels kan det finnas sådant som man önskar förbättra internt inom de olika berörda organisationerna, men det kan också finnas motsättningar mellan landsting och kommunal verksamhet. Det framgick till exempel att psykiatrin och kommunerna upplever en del problem angående otydligheten i ansvarsuppdelningen dem emellan. Detta tydliggjordes i projektet till exempel då en slumpmässigt utvald brukare varken kontaktades av kommun eller psykiatri för intervju. Det

tycktes som om detta berodde på att avgränsningen var otydlig för vem som skulle kontakta vilken brukare. Ett annat samverkansproblem som Andrén och Toft (2006) tar upp är vidare att psykiatrin och kommunen har olika värdegrund, samt att de inte kommit till rätta med en fungerande planering.

Det framgår också av samverkansrapporten att många av personalkategorierna inom psykiatri och kommun saknar eller önskar bättre och mer professionell handledning (Andrén och Toft, 2006). Några i personalgruppen uttryckte också i intervjun att det var viktigt med handledning. Vikten av handledning stärks av Sverker Belin (1993). Han menar att behandlingsteam och dess engagerade företrädare som arbetar med psykotiska individer och personer med tidiga störningar, blir hjälpbärare av sådant som den psykotiske personen själv inte orkar bära. Det tuffa arbete vårdpersonal står inför handlar då många gånger om att härbärgera svårhanterbar smärta och ångest. Det är därför oerhört viktigt för personalen och likaså för den organisation som arbetar med människor med psykisk problematik, att dess personal mår bra. Då kan också en sund kultur och en god människosyn prägla verksamheten, vilket i sin tur kommer att påverka riktningen för individernas återhämtning. Svårhanterbar ångest som bärs av medlemmar i behandlingsteamet måste till exempel ges utrymme att ventileras och upplösas genom handledning, utbildning, och öppna meningsutbyten (Belin, 1993).

I ljuset av ett motsägelsefullt förhållande mellan medicinering, symptomlindring, livskvalité och återhämtning kan begrundas hur den vård och omsorg av personer med psykisk problematik som finns i dagsläget ser ut. Kanske kan det göras förbättringar som kan höja den upplevda livskvalitén för brukarna. I det stora hela och att döma av intervjuerna, tycks brukarna nöjda med den vård de får, men det finns områden som behöver ifrågasättas. Det

brukarna gärna ville se mer av var både flexibilitet och kontinuitet i de kontakter som de har med personal. Många var dock även medvetna om att det inte alltid fanns möjligheter och resurser till detta. Personalen var mer kritisk till hur dagens vård och omsorg ser ut. Det som bekymrade personalen mest var att de grundförutsättningar som behövs för att kunna ge en optimal vård och omsorg inte fanns. Det behövdes sysselsättning, bostäder, sociala kontakter och samarbete mellan instanserna för att brukarnas liv skall fungera så bra som möjligt och för att de skall få energi över till att återhämta sig på bästa sätt.

Då människan är en social varelse som lever och utvecklas i samspel med andra, existerar hon också i ett större samhälleligt sammanhang. Vidare har samtliga organisationer som medverkat i studien, sitt fäste i vår samhällsstruktur. Samhällsstrukturen avspeglar sig indirekt i dess organisationer. Därav får det också ses som ett samhälleligt ansvar att dessa och liknade vård- och omsorgsinstanser, kan ha de ledningsstrukturer och de övriga resurser som krävs för att bedriva en god och human vård. Det är viktigt för de organisationer som arbetar med människor med psykisk problematik, att de kan ha styrka nog att förhålla sig ifrågasättande till sin egen breda konsultationsverksamhet samt till de individuella fallen. Samhället har makten och ansvaret över hur pass starka och resursrika vård- och omsorgsinstanserna är (Crafoord, 1987).

Generaliserbarhet. Kan man då generalisera det resultat som har framkommit här till andra inom populationen eller till andra grupper? Då fler än hälften av de intervjuade kom från Klippans kommun och då det finns olikheter inom vård och omsorg i de olika kommunerna kan det vara vanskligt att generalisera de resultat som framkommit till den stora populationen. Samtidigt kan det vara så att de existentiella frågeställningar som rör förhållanden som livskvalité och återhämtning i viss mån är allmängiltiga även om det finns skillnader mellan

vården och omsorgen i de olika kommunerna. Detta skulle kunna tala för att det som denna studie visat kan generaliseras till övriga i denna grupp och kanske även till en liknande population på andra ställen i landet.

Framtida forskning

Det finns resultat i denna studie som kan tyda på att kvinnor och män som har kontakt med psykiatrisk vård och omsorg i viss mån får olika bemötande på grund av sitt kön. Detta kan vara viktigt då det eventuellt kan påverka den livskvalité brukarna har. Det är här en liten grupp som intervjuats vilket gör att de resultat som framkommit inte är signifikanta eller kan generaliseras till en större grupp. Att göra en större studie och kontrollera om de mönster som här visat sig återkommer vore intressant.

Referenser

- Andrén, I., & Toft, R. *Vad blev det av psykiatrireformen?* Ängelholm: Psykiatrin, sektor 2. B. Larsson (2006). Samverkansprojekt mellan psykiatrin Ängelholm, sektor 2, Båstad, Klippan och Åstorps kommuner kring personer med långvariga psykiska funktionshinder.
- Barron, K. (2004). *Genus och funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur
- Belin, S. (1993). *Vansinnets makt: parallellprocesser vid arbete med tidigt störda och psykotiska patienter*. Köping: Bokförlaget Natur och Kultur
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14, 256-263.
- Björkman, T. (2005). Stigma. D.Brunt & L. Hansson (red), *Att leva med psykiska funktionshinder. Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (s. 57-71). Lund: Studentlitteratur
- Brunt D. (2005). Sociala nätverk. D.Brunt & L. Hansson (red), *Att leva med psykiska funktionshinder. Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (s. 157-171). Lund: Studentlitteratur
- Crafoord, C. (1987). *Den möjliga och omöjliga psykiatrin*. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur
- Crafoord, C. (1994). *Människan är en berättelse. Tankar om samtalskonst*. Köping: Bokförlaget Natur och Kultur
- Dahlström, E. (1992). Debatten om kön och familj under svensk efterkrigstid. *Kvinnors och mäns liv och arbete* (s. 17- 54) Stockholm: SNS Förlag
- Davies, B. (2002). Becoming male or female. S. Jackson & S. Scott (Red.) *Gender. A sociological reader* (s. 280-290). London: Routledge
- Egidius, H. (2002). *Psykologilexikon*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Ekenstam, C. (2007). Klämda män: föreställningar om manlighet & omanlighet i det samtida Norden. Ö. Gullvåg Holter (Red.) *Män i rörelse. Jämställdhet, förändring och social innovation i Norden* (s. 173-224). Riga: Gislunds förlag
- Faludi, S. (1991). *Backlash the undeclared war against American women*. New York: Crown
- Faludi, S. (1999). *Ställd: förräderiet mot mannen*. Stockholm: Ordfront
- Forsberg, G. (1992). Kvinnor och män i arbetslivet. *Kvinnors och mäns liv och arbete* (s. 105-152) Stockholm: SNS Förlag

Gislason, I. V. & Gullvåg Holter, Ö. (2007). Välfärdsstat i könslämna: kön, ekonomi och livkvalité. Ö. Gullvåg Holter (Red.) *Män i rörelse. Jämställdhet, förändring och social innovation i Norden* (s.22-61). Riga: Gislunds förlag

Hammarström, A., & Hovelius, B. (1994). *Kvinnors hälsa och ohälsa ur ett könsteoretiskt perspektiv*. Nord Med

Hammarström, A. (2002). What could a genderperspective mean in medical and public-health research. S.P. Wamala & J.Lynch (Red.), *Gender and social inequities in health* (s. 21-37). Lund: Studentlitteratur

Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Ödeshög: AB Danegårds grafiska

Holter, H. (1992). Berättelser om kvinnor, män, samhälle: Kvinnoforskning under trettio år. *Kvinnors och mäns liv och arbete* (s. 55-104) Stockholm: SNS Förlag

Hällström, T. (1996). Psykisk ohälsa - könsskillnader. P.Östlin, M.Danielsson, F.Diderichsen, A.Härenstam, G.Lindberg (Red.), *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv* (s. 127-148). Lund: Studentlitteratur

Lehman, A., Slaughter, J., & Myers, P. (1992). Quality of life experiences of the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 15, 7-12.

Lundin, L., & Ohlsson, O. (2002). *Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura Bokförlag

McCabe, R., & Priebe, S. (2002). Focussing on quality of life in treatment. *International Review of Psychiatry*, 14, 225-230.

Mead, M. (1996). Kvinnligt, manligt, mänskligt. J.Esseveld & L.Larsson (Red.) *Kvinnopolitiska nyckeltexter* (s.125-135). Lund: Studentlitteratur

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Vad är psykiskt funktionshinder?* (Nationell psykiatrisamordning 2006:5). Stockholm: Edita Sverige AB

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Om jag syns, finns jag!* (Nationell psykiatrisamordning 2006:8). Stockholm: Edita Sverige AB

Nationell psykiatrisamordning. (2006). *Inriktning och arbetsplan för Nationell psykiatrisamordning under 2006*. (SOU Dnr 85/06)

Ottosson, J-O. (1999). Relationens betydelse för tillfredsställelsen med vården. J-O. Ottosson (red), *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. (s. 43-55). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Ottosson, J-O., (2003). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Sedvall, G. (1995). Schizofreni och depression. L. Widén (red.), *En bok om hjärnan*. (s. 263-280). Stockholm: Bokförlaget Rabén Prisma

Socialstyrelsen. (1999). *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*. (SoS-rapport 1999:8). Stockholm: Elanders Gotab AB

Socialstyrelsen. Läkemedel i användning –förändringar och tendenser; Kvartalsrapport 2001:1
Dokumentationsdatum: 2001-01-15, version 1.0
http://www.sos.se/FULLTEXT/125/2001-125-17/2001-125-17,HTM#Avsnitt4_6

Socialstyrelsen. (2003a). *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. (SoS Artikelnr. 2003-110-12)

Statens offentliga utredningar (2005). *Forskarrapporter till jämställdhetspolitiska utredningen*. (SOU 2005:5) Stockholm: Elanders Gotab AB

Thomsson, H. (2002). *Kvinnor, makt och förändring: att möta kvinnor i behov av stöd*. Lund: Studentlitteratur

Topor, A. (2004). *Vad hjälper?* Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Appendix

Bilaga 1

Protokoll från möte den 29/11 vid Ängelholms sjukhus angående utformning av samarbete kring examensuppsats om könets betydelse inom psykiatrisk vård. Närvarande vid mötet var Björn Larsson, Rune Toft, Janet Gunnarsson, Mats Fridell, Sara Thulin och Cecilia Hellgren.

Vid mötet behandlades följande punkter:

- Kommunerna Båstad, Klippan och Åstorp är positiva till att ha med patienter och personal i undersökningen, vilken kommer att ske i intervjuform med både personal och patienter.
- Sammanlagt finns det 76 patienter (med psykosdiagnos och ett funktionshinder) som kommer att ingå i undersökningen. Av dessa kommer ett stratifierat randomiserat urval att göras. Först ett större urval (oversampling) och sedan ett mindre (kärnsamplet). Vid ett eventuellt bortfall från den mindre gruppen kommer patienter från den större gruppen att ersätta de i den inre.
- För att underlätta undersökningen och få ett bättre samarbete kommer Sara och Cecilia tillsammans med Rune att besöka personalen inom kommunerna och psykosgruppen i Ängelholm. Vid denna introduktion kommer Sara och Cecilia att presentera sitt arbete och därmed försöka få personalen positiv och motiverad till undersökningen och med detta underlätta kontakten med patienterna. Denna introduktion kommer tidsmässigt att ligga i anslutning till men före intervjuerna görs.
- Vid mötet togs också vikten av att ha en säker inramning till intervjuerna upp. Av detta kom att intervjuerna skall hållas i ett rum som tillhandahålls av respektive kommun. För patienternas känsla av trygghet kommer de att ha personal med sig (gärna kontaktperson), som kommer att befinna sig i byggnaden men inte skall närvara vid själva intervjun.
- Personalen kommer att ha möjlighet att ringa Sara och Cecilia om frågor skulle uppkomma efter intervjuerna.
- Vid ett möte den 30/11 kommer Björn att ta upp frågan om var intervjuerna kan hållas i respektive kommun. Detta kommer att tas upp med representanter från kommunerna.
- Urvalet görs i två steg för att skydda sekretessen. Patienterna tillfrågas i ett första steg av kontaktmän eller andra anställda som får deras muntliga tillstånd. Först när detta inhämtats kommer namnen att lämnas ut till intervjuerna. Dock lämnas inte personnummer eller känslig data ut och journaldata förekommer inte. När intervjun görs skriver patienten under ett skriftligt tillstånd om intervju.

- Då intervjuerna påbörjas kommer de patienter som beräknas vara mest positiva till dessa att få inleda arbetet. Detta för att det kan ge en positiv bild av studien. Vid detta urval kan Rune eller personal i respektive kommun vara behjälplig.
- Länkningen av ”rätt patient” till rätt kontaktperson, handläggare, psykiatrisk kontaktperson görs via patientens initialer, kön och ålder enbart. På så vis får vi matchade par i den konstellation där huvuddelen av arbetet pågår.
- Introduktionen kommer att påbörjas i mitten eller slutet av januari 2007 och därefter påbörjas intervjuerna.
- Intervjuer görs parallellt med personal vid de olika boendena och socialförvaltningen. Strävan är att få göra personalintervjuer och i viss mån patientintervjuer vid samlade tillfällen på respektive verksamhet.
- Intervjuerna kommer bland patienter och personal att vara anonymiserade. Inga data om enskilda personer presenteras i något sammanhang.
- Kommunerna och psykiatrin i Ängelholm kommer att få ta del av de resultat som framkommer vid undersökningen liksom de patienter som så önskar.

Cecilia Hellgren och Sara Thulin

2007-10-09

Berörda verksamheter inom socialtjänst och psykiatri i Båstad, Klippan, Åstorp och Ängelholm, sektor 2.

Bilaga 2

INFORMATION OM PROJEKTET

Vid ledningsgruppsmöten mellan ovanstående kommuner och psykiatri under hösten 2006 beslöts att genomföra en kvalitetsstudie med utgångspunkt i den upplevelse av omsorg man får som brukare från såväl psykiatri som socialtjänst. Särskilt skall studien beakta skillnader i upplevelse utifrån om brukaren är man eller kvinna.

De som åtagit sig att göra undersökningen är två psykologkandidater på 10:e terminen vid Institutionen för psykologi som slutarbete inför psykologexamen. Bägge har tidigare erfarenheter av arbete med personer med psykosproblematik.

Projektet finansieras vad gäller resor och direkta kostnader genom Miltonprojekten men lön utgår inte för arbetsinsatsen. Därför är det extremt viktigt att hela intervjuprocessen kan genomföras på den avsatta tiden eftersom rapport också skall skrivas under våren. Slutdatum för datainsamling är den 15 mars.

Både brukare och kontaktperson inom psykiatri respektive socialtjänst kommer att intervjuas om sina perspektiv på insatserna. All medverkan är frivillig. Värden av undersökningen ökar givetvis med ökat deltagande på bägge sidor. Undersökningen i sin helhet har formellt stöd från cheferna inom de olika verksamheterna.

2007-10-09

Berörda verksamheter inom socialtjänst och psykiatri i Båstad, Klippan, Åstorp och Ängelholm, sektor 2.

INFORMATION OM PROJEKTET

För att genomföra projektet behövs en kontaktperson i varje kommun som tar ansvar för att fråga personerna i urvalet inom respektive kommun om dessa vill medverka. Brukarna har valts ut slumpmässigt i proportion till antalet brukare i Båstad, Åstorp och Klippan. Kontaktpersonen får namnen på de brukare som valts ut. Om man vet vilka kontaktpersoner som brukaren har mest kontakt med i kommun respektive psykiatri är vi tacksamma för att få deras namn samtidigt.

Så fort brukaren svarar ja sätts de upp på intervjutid på en bifogad lista. En skriftlig bekräftelse sänds samtidigt till brukaren. Namn, adress och telefonnummer till de brukare som sagt ja lämnas sedan vidare till Sara och Cecilia. Sara och Cecilia kontaktar dessutom brukaren per telefon dagen före intervjun för att kolla att inga problem uppkommit.

Efter intervjun med brukaren görs intervjuer med personalen om deras syn på vård/omsorg och sin egen uppfattning om genusperspektiv. Undersökningen är INTE en utvärdering av verksamhetens resultat. Det är den subjektiva uppfattningen hos brukare och personal som är central.

2007-10-09

Berörda verksamheter inom socialtjänst och psykiatri i Båstad, Klippan, Åstorp och Ängelholm, sektor 2.

INFORMATION OM PROJEKTET

VAD VI BEHÖVER ER HJÄLP MED

1. En kontaktperson inom varje kommun som hjälper oss att kontakta de utvalda brukarna och få deras tillstånd till intervju.
2. Kontaktpersonen bokar in brukaren på mottagningslistan, då denne är positiv till att vara med på intervjun.
3. Viktigt: att Sara och Cecilia omedelbart får besked så snart en brukare sagt ja till att medverka. Ring då till bifogade telefonnummer eller maila.
4. Lokal där intervjun kan hållas behövs, gärna något kontor eller liknande där personal finns i närheten. Sara och Cecilia informeras om vilken lokal som är tillgänglig.
5. Om möjlighet till att göra fika, kaffe/the i lokalen är detta bra.

6. Skriftlig bekräftelse sänds samtidigt från respektive kontaktperson till brukaren där tid och plats för intervjun framgår. Skriv lokalen för intervjun.

7. Se de dagar som är aktuella när vi kommer till respektive ort för att genomföra intervjuerna. Se bifogad lista.

8. När intervjuerna gjorts med brukaren så bestäms tider med personal för intervju.

Undersökning om kvinnors och mäns uppfattning av psykiatrisk vård och social service.

Vår undersökning är i första hand en brukarundersökning där vi vill se på genusperspektivet inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen. Inom dessa områden behandlas både kvinnliga och manliga brukare. De behandlas av både kvinnlig och manlig personal. Det vi i vår uppsats vill undersöka är om kvinnliga och manliga brukare behandlas på olika sätt i de vård- och omsorgsinsatser som de kommer i kontakt med och om det påverkar upplevelserna av vården.

De brukare vi vill intervjua bor i kommunerna Båstad, Klippan och Åstorp. Vi vill också intervjua ett antal av den personal som kommer i kontakt med de brukare vi har intervjuat.

Undersökningen som är vår examensuppsats på psykologprogrammet, utförs i samarbete med psykiatrin sektor 2 i Ängelholm och kommunerna Båstad, Klippan och Åstorp. Den är en tilläggstudie till Miltonprojektet.

För att få ett bra och rättvisande resultat i våra intervjuer behöver vi personalens hjälp att motivera brukarna att komma till intervjuerna. Viktigt är också för att få ett rättvisande resultat att brukarna inte får reda på närmare detaljer om intervjuerna.

Sekretess råder över det som framkommer under intervjuerna. Både de intervjuer som görs med brukare och de som görs med personal. Alla kommer att få en möjlighet att ta del av det färdiga resultatet som är avidentifierat.

Intervjuerna kommer vi att försöka utföra så många som möjligt av i februari och början av mars.

När vi gör intervjuerna kommer vi att behöva hjälp av den personal som är nära brukarna. Både med att organisera plats för intervjun och praktiska saker som hur vi kan ordna kaffe/thé till fika för brukarna. Vi vill också gärna att någon personal, gärna kontaktperson eller annan välkänd personal är tillgänglig (men inte närvarande) vid intervjun.

Det vi vill uppnå med uppsatsen är att finna en liten pusselbit som eventuellt kan förbättra livskvaliteten för de brukare som lider av psykiska funktionshinder.

Om du har några frågor om eller synpunkter på undersökningen eller de praktiska detaljerna är vi glada om du kontaktar oss.

Psykolog kandidater,

Cecilia Hellgren

Sara Thulin

Intervjuintroduktion (brukare)

Hej och välkommen till den här intervjun.

Jag som skall hålla i den heter XXX YYY och läser sista året på psykologprogrammet. Den här intervjun skall ingå i en undersökning som jag och min kollega gör som examensarbete.

Allting som du säger under intervjun är sekretessbelagt, vilket innebär att det är ingen som kommer att få reda på vad du har svarat. De resultat som vi får kommer vi att redovisa på ett sådant sätt att man inte kan härleda dem till en viss person.

Du behöver bara svara på de frågor du vill besvara. Om du vill hoppa över en fråga är det helt okej. Du kan också närhelst du vill avbryta intervjun. Om du väljer att inte medverka påverkar det inte något i din vanliga vård eller omsorg.

Om du behöver gå på toaletten, gå ut och röka eller bara ta en paus så får du säga till. Intervjun beräknas ta en och en halv timma.

Jag är tacksam att du har ställt upp på det här och kommit hit till den här intervjun. Kanske kan vi på så sätt tillsammans bidra till att höja livskvaliteten för dig och andra brukare som får hjälp inom vård och omsorg.

Har du några frågor innan vi sätter igång med intervjun?

Försättsblad Brukare.

Intervjuare:

Brukare:

Datum:

Ort:

Plats:

Ålder:	-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
	70-79	80-				

Vilken eller vilka personer inom vård/omsorg har du mest kontakt med?

Övriga kommentarer:

Semistrukturerad intervju (Brukare)

1. Hur har bemötandet från personalen som du har kommit i kontakt med varit?
(personal inom psykiatrin, på olika boenden och dagcenter samt andra kontaktpersoner)

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

- 1.1 Vad har varit bra? Kan du ge några exempel?
- 1.2 Vad har varit dåligt? Kan du ge några exempel?
- 1.3 Hur hade du velat att det var?
- 1.4 Tror du att bemötandet varit annorlunda om du varit man/kvinna?
- 1.5 Skiljer det sig i hur du blir bemött när personalen är män eller kvinnor?

2. Hur har personalen gett dig respekt och förståelse i sitt bemötande ?

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

- 2.1 På vilket sätt har personalen respekterat dig?
- 2.2 På vilket sätt har personalen inte respekterat dig?
- 2.3 Hur hade du velat att det var?
- 2.4 Tror du att bemötandet hade varit annorlunda om du varit man/kvinna?
- 2.5 Skiljer det sig i hur du blir bemött av manlig eller kvinnlig personal? Kan du ge några exempel på det?
- 2.6 Har du haft hallucinationer någon gång? Är det okej att tala om dom?
- 2.7 Hur har du blivit bemött i fråga om hallucinationerna? Hur hanterar personalen det?

3. Hur väl har den vård du fått hjälpt dig att ha kontakt med vänner, familj och personer som är viktiga för dig?

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

- 3.1 Vad har varit bra? Kan du ge några exempel?
- 3.2 Vad har varit dåligt? Kan du ge några exempel?
- 3.3 Vilka möjligheter har du haft då det gäller relationer till ditt/dina barn?
- 3.4 Vilka möjligheter har du haft då det gäller relationer till din pojkvän/flickvän?
- 3.5 Skiljer sig manlig och kvinnlig personal ifråga om hur de uppmuntrar dig till relationer?
- 3.6 Hur hade du velat att personalen behandlade dig då det gäller relationer?

4. Hur mycket har den vård du fått hjälpt dig/motiverat dig att ha en aktiv fritid, arbeta eller studera?

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

4.1 Vad har varit bra? Kan du ge några exempel?

4.2 Vad har varit dåligt? Kan du ge några exempel?

4.3 Hur hade du velat att det var?

4.4 Hur mycket hjälp har du fått att bli motiverad till andra saker som är viktiga i ditt liv? Kan du ge några exempel?

Är manlig och kvinnlig personal annorlunda vad det gäller att motivera dig?

5. Hur väl har du kunnat påverka planeringen av din vård?

(Till exempel medicin, terapi, möjlighet till arbete, bostad etc.)

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

5.1 Inom vilka situationer har det fungerat bra?

5.2 Inom vilka situationer har det fungerat dåligt?

5.3 Hur hade du velat att det var?

5.4 Tror du att du hade kunnat påverka vården mer eller mindre om du varit man/kvinna?

6. Hur väl har du kunnat återhämta dig av den vård du fått?

(Har den vård du fått gjort att du mår bättre, känt dig friskare?)

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

6.1 Vad har varit bra? Kan du ge några exempel?

6.2 Vad har varit dåligt? Kan du ge några exempel?

6.3 Hur hade du velat att det var?

7. Hur väl har den vård du fått uppfyllt dina förväntningar?

Mycket bra Bra Mindre bra Dåligt

7.1 Vad hade du för förväntningar?

7.2 Vad har du för förväntningar nu?

7.3 Hur hade du velat att det var?

8. Egen reflektion.

- 8.1 Kan du berätta om något viktigt som du fått hjälp med?
- 8.2 Kan du berätta om något viktigt som du hade velat få hjälp med men som du inte fått?
- 8.3 Finns det något du vill förmedla till personalen?
- 8.4 Finns det något du vill förmedla till dem som bestämmer inom sjukvården?

Intervjuintroduktion

Personal

Hej och välkommen till den här intervjun.

Jag som skall hålla i den heter XXX YYY och läser tionde terminen på psykologprogrammet. Den här intervjun skall ingå i en undersökning som jag och min kollega gör som examensarbete.

Allting som du säger under intervjun är sekretessbelagt, vilket innebär att det är ingen som kommer att få reda på vad du har svarat. De resultat som vi får kommer vi att redovisa på ett sådant sätt att man inte kan härleda dem till en viss person.

Du behöver bara svara på de frågor du vill besvara. Om du vill hoppa över en fråga är det helt okej. Du kan också närhelst du vill avbryta intervjun.

Om du behöver gå på toaletten, gå ut och röka eller bara ta en paus så får du säga till. Intervjun beräknas ta mellan 30 min och en timme.

Jag är tacksam att du har ställt upp på det här och kommit hit till den här intervjun. Kanske kan vi på så sätt tillsammans bidra till att höja livskvaliteten för brukare som får hjälp inom vård och omsorg. Det är också väldigt viktigt att ni i personalen också får komma till tals i den här studien och därför är det jättebra att du ställer upp.

Har du några frågor innan vi sätter igång med intervjun?

Semistrukturerad intervju - Personal

Intervjuare:

Personal:

Datum:

Ort:

Plats:

Ålder:

0-20

20-30

30-40

40-50

50-60

60-70

Arbetslivserfarenhet:

Har arbetet på plats i:

Inom sjukvården i allmänhet:

Inom psykiatri/eller liknande:

Utbildning:

Vad har du för utbildning:

Extrautbildningar:

Kurser/fortbildning:

Övriga kommentarer:

1. Bemöts kvinnliga och manliga brukare på olika sätt av vårdpersonal?

Instämmer helt Instämmer delvis Tar delvis avstånd Tar helt avstånd

1.1 Vilka är skillnaderna?

1.2 Vilka är de vanligaste situationerna där kvinnliga och manliga brukare behandlas olika?

1.3 I de fall där en brukare har barn, kan du se någon skillnad i hur kontakten med barnen ser ut, mellan kvinnliga och manliga brukare?

1.4 Vad beror skillnaderna i hur man behandlar kvinnliga och manliga brukare på?

2. Bemöter du kvinnliga och manliga brukare på olika sätt?

Instämmer helt Instämmer delvis Tar delvis avstånd Tar helt avstånd

2.1 På vilket sätt bemöter du kvinnliga och manliga brukare olika?

2.2 Vilka är de vanligaste situationerna där du bemöter kvinnliga och manliga brukare på olika sätt?

2.3 Finns det skillnader mellan manliga och kvinnliga brukare då det gäller deras möjligheter

till kontakt med:

vänner?

familj?

kärleksrelationer?

2.4 Om det finns skillnader, vad beror skillnaderna på?

3. Angående bemötande:

3.1 Är det någon skillnad i hur du bemöter brukare med olika sjukdomsbild (problematik, diagnos...)? Tex. då det gäller:

Olika personlighetsstörningar?

Psykospatienter?

Ev. andra exempel:

3.2 Kan du se om det är någon skillnad i hur vårdpersonal hanterar

hallucinationer/vanföreställningar hos kvinnliga respektive manliga brukare?

Manliga brukare:

Kvinnliga brukare:

-Hur bemöter du brukares hallucinationer?

-Finns det något hotfullt/ obehagligt med hallucinationer?

-Är det några skillnader mellan manlig och kvinnlig vårdpersonal i hur man hanterar brukare med hallucinationer ?

-Vad tänker du om hallucinationer i allmänhet?

-Vad har du lärt dig om hallucinationer i olika sammanhang?

4. Är det en skillnad mellan manlig och kvinnlig vårdpersonal i hur man bemöter brukare?

Instämmer helt Instämmer delvis Tar delvis avstånd Tar helt avstånd

4.1(Om det finns en skillnad) Vilka är skillnaderna mellan kvinnlig och manlig vårdpersonal, i hur man bemöter brukare?

4.2 Vad beror skillnader i bemötandet på?

4.3 Tror du att brukarna också tycker så? Tex. Att manlig personal är bättre på att...?(se svar på ovanstående fråga kring skillnader).

5. Bemöter du brukare på ett annorlunda sätt eftersom du är man/kvinna?

Instämmer helt Instämmer delvis Tar delvis avstånd Tar helt avstånd

5.1 (Om man instämmer på ovanstående fråga:) På vilket sätt bemöter du brukare annorlunda som man/kvinna?

5.2Varför bemöter du patienter på ett annorlunda sätt som man/kvinna?

6. Angående *helhetsbilden av vården:*

6.1 Får brukarna den vård de behöver?

6.2 Är du nöjd med hur vården ser ut? Eller hur skulle du önska att vården sett ut?

6.3 Finns det någon annan genderaspekt inom vården som inte kommit fram här?

Bekräftelse av intervju

Härmed är (namn): _____

Välkommen på intervju till (plats): _____

Dag/datum: _____

Intervjun som du valt att medverka i är en kvalitetsundersökning, som beaktar mäns och kvinnors olika upplevelser, inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen. Studien handlar om hur du har upplevt din vård och den hjälp du fått.

Fullständig sekretess råder över det som kommer fram i intervjun. Namn och personuppgifter kopplas inte ihop med de data som framgår från intervjun, utan dessa redovisas endast i rapporter, tabeller eller liknande.

Det är helt frivilligt att medverka i undersökningen. Du kan alltid avbryta när som helst om du vill, även under en redan påbörjad intervju.

Studien genomförs av två psykologkandidater och vi är väldigt tacksamma om du medverkar. Kanske kan vi på så sätt tillsammans bidra till att höja livskvaliteten för brukare inom vård och omsorg.

VI BJUDER PÅ FIKA UNDER INTERVJUN!

Med vänliga hälsningar,

Cecilia Hellgren

Sara Thulin

Sammanslagen variabel

Livskvalitet (bemötande, respekt/förståelse, kontakt/relationer, motivation, planering)

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	5	5	10
Dåligt	2	4	6

Variabler innefattade i livskvalitet

Bemötande

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	6	8	14
Dåligt	1	1	2

Respekt/förståelse

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	5	7	12
Dåligt	2	2	4

Kontakt/Relationer

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	6	5	11
Dåligt	1	4	5

Motivation

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	3	7	10
Dåligt	3	2	5

Planering

	Kvinnor	Män	Totalt
Bra	4	9	13
Dåligt	2	0	2