



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

För gammal för psykiatrin

En jämförande vinjettstudie om socionomstudenters
bedömning av psykisk ohälsa utifrån ålder

Annika Jansson

Kandidatuppsats SOPA 63
VT 2016
Handledare: Anders Östnäs

Abstract

Author: Annika Jansson

Title: För gammal för psykiatri

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Karin Kullberg

The aim of this study was to investigate whether students in the field of social work assess symptoms of depression and suicidal ideation differently, depending on the age of the client. A case vignette method was used where social work students in Lund (N=102) and Helsingborg (N=71) responded to one of two online questionnaires each. The case vignette featured a 78 year old client for the students in Helsingborg and a 38 year old client for the Lund students. The data showed a significant difference in whether psychiatry, medication and psychotherapy would be helpful for the client. The data also suggested that depression was harder to detect in the elderly client than in the younger. Ageism was investigated as a possible cause given prejudice and stereotyping against the elderly.

Keywords: ageism, social work, depression, suicidal ideation, assessment, psychiatry

Innehållsförteckning

1. Problemformulering	4
1.1. Syfte.....	6
1.2. Frågeställningar.....	6
2. Centrala begrepp	6
2.1. Äldre.....	6
2.2. Psykisk ohälsa hos äldre.....	7
2.2.1. Depression hos äldre.....	7
2.2.2. Äldres självmord.....	8
3. Tidigare forskning	9
3.1. Synen på äldres problem.....	9
3.2. Depression och terapi.....	11
3.3. Självmord och självmordsrisk.....	12
4. Teori	13
4.1. Ålderism.....	13
4.1.1. Fördomar, stereotyper och diskriminering.....	14
4.1.2. Orsakerna.....	16
5. Metod	16
5.1 Val av metod.....	17
5.2 Mätinstrument.....	18
5.3. Tillvägagångssätt.....	20
5.3.1 Databearbetning och analys.....	21
5.4 Urval och bortfall.....	21
5.6. Validitet och reliabilitet.....	24
5.7 Etiska överväganden.....	24
5.8 Litteratursökning.....	25
6. Resultat och analys	25
6.1 Resultat.....	26
6.1.1 Attityder till Annas hjälpbehov.....	26
6.1.2 Synen på problemen.....	30
6.1.3 Vilka problem och behov ser studenterna?.....	32
6.2 Analys.....	39
6.2.1 Vilken behovsbedömning gör studenterna?.....	39
6.2.2 Tas depression och självmordstankar på allvar?.....	41
6.2.3 Vilka insatser förespråkas av studenterna?.....	43
7. Diskussion	45
Referenslista	47
Bilaga 1	51
Bilaga 2	54
Bilaga 3	57
Bilaga 4	61

1. Problemformulering

I september 2013 tog en 84-årig kvinna sitt liv genom att hoppa från sin balkong under ett möte med biståndshandläggare från kommunen, efter det att hon nekats plats på särskilt boende. Det blev ett uppmärksammat fall och den stora frågan handlade om huruvida det gått att förhindra (Bezzazi 2013). Kritiken som riktades mot kommunen gällde främst dokumentation och värdegrund medan frågan om kommunens ansvar gentemot äldre med psykisk ohälsa inte berördes.

Äldres psykiska ohälsa är ett växande problem och enligt Socialstyrelsen (2012;2013a) lider cirka en femtedel av alla personer över 65 år av psykisk ohälsa. Antalet äldre i samhället ökar stadigt och de utgör snart 25 % av befolkningen. Sammantaget bidrar detta till att psykisk ohälsa är en av de största folksjukdomarna i Sverige. Den vanligaste formen av psykisk ohälsa hos personer över 65 år är depression som förekommer hos 12 - 15 % och ofta tillsammans med olika ångestsjukdomar (Socialstyrelsen 2012). Trots att den psykiska ohälsan är utbredd visar flera studier enligt Socialstyrelsen (2012;2013a) att äldre med psykisk ohälsa i Sverige, inte får den vård och omsorg de behöver, vilket tros bero på att varken sjukvård eller socialtjänst har verksamheter med kunskap om psykiskt sjuka äldre och deras behov. I en rapport från Socialstyrelsen (2013a) menade man att äldres psykiska hälsa är ett eftersatt område och att äldre med psykisk ohälsa missgynnas i Sverige. Psykiskt sjuka över 65 år hamnar, som det ser ut nu, inom primärvården och äldreomsorgen utan tillgång till specialisthjälp vilket kan resultera i att psykisk ohälsa inte behandlas (Socialstyrelsen 2012). Vidare så saknar många landsting äldrepsykiatriska verksamheter och många kommuner saknar boendestöd och daglig verksamhet för personer över 65 år som lider av psykisk ohälsa. Om en person insjuknar efter att ha fyllt 65 år är det därför stor risk att personen inte får tillgång till psykiatrisk expertis eller samtalsbehandling (Socialstyrelsen 2013a). Enligt de *nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom* från Socialstyrelsen (2010b) är samtalsbehandling en rekommenderad behandling men personer över 65 år får sällan tillgång till den, utan får i större utsträckning psykofarmaka trots att det ibland är olämpligt (Socialstyrelsen 2012). En annan aspekt av problemet är att personer över 65 år har en förhöjd risk att begå självmord och svarar för en fjärdedel av alla självmord i Sverige (Socialstyrelsen 2012). Det går inte att ta miste på vikten av att äldre med psykisk ohälsa får rätt hjälp. Varför får de då inte den hjälp de behöver?

En orsak kan vara att psykisk ohälsa kan vara svårupptäckt hos äldre och kan enligt Jönson och Harnett (2015) misstas för demenssjukdom som kan ha samma kognitiva påverkan och symptom som depressioner och ångest. Depressionssymptom kan också se annorlunda ut och manifesteras sig som oro och kroppsliga åkommor som tillsammans med mediciner och andra hälsoproblem gör att de kan vara svåra att upptäcka. Detta kan medföra en risk att äldre feldiagnosticeras av omgivningen och därför inte får rätt hjälp (Jönson & Harnett 2015). En annan orsak kan vara skam och föreställningar om normalt åldrande, vilket kan hindra äldre personer från att söka och få rätt hjälp (Socialstyrelsen 2013a). Psykisk sjukdom och depression är dock inte en del i normalt åldrande vilket många fortfarande tror och föreställningar om det kan bidra till att äldre inte får korrekt behandling (Socialstyrelsen 2012).

I utländska studier har man studerat hur bl.a. läkarstudenter, psykologstudenter och socionomstudenter gör olika bedömningar gällande psykisk ohälsa beroende på om någon är ung eller gammal (Uncapher & Aren 2000; Helmes & Gee 2003; Kane 2004). Dessa studier kom fram till att, beroende på om klienten är ung eller gammal, får hen olika bemötande, råd, stöd och vård. Studierna utgick ifrån *ålderism* som förklaringsmodell. Ålderism innebär *negativa fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering* (Andersson 2008). För att undersöka detta kan man göra en så kallad vinjettstudie som studierna ovan gjort. En vinjettstudie går ut på att man presenterar en och samma fallbeskrivning för alla respondenter, men att åldern på personen i fallbeskrivningen är olika för olika grupper av respondenter. Detta gör det möjligt att jämföra respondenternas ställningstaganden utifrån olika åldrar på personen i fallet. Någon liknande studie har inte gjorts med svenska socionomstudenter vilket utgör en kunskapslucka jag vill försöka fylla i.

Varför behöver då denna kunskapslucka fyllas i? En anledning är, att enligt Jönson och Harnett (2015) handlar mycket av det sociala arbetet om att upptäcka, förmedla kontakter, informera och ge stöd och samordna. Upptäcks äldres psykiska ohälsa av socionomstudenter och ges rätt information, stöd och kontakter i mötet med en äldre person med psykisk ohälsa? Gör socionomstudenter olika bedömningar kring en ung och en äldre person med psykisk ohälsa? Socionomstudenterna är framtidens socialarbetare och hur deras syn på äldre med psykisk ohälsa ser ut kan påverka hur äldre uppfattas och vilket bemötande de får. I längden kan det även påverka vilka insatser och service som äldre med psykisk ohälsa får av

samhället. I fallet med kvinnan som tog sitt liv under mötet med biståndshandläggarna hade det kanske inte gått att förhindra där och då, men om kvinnans psykiska ohälsa upptäckts och avhjälpats tidigare så hade hennes liv kanske kunnat räddas.

Mot denna bakgrund är det intressant att undersöka de skillnader som finns i socionomstudenters syn på psykisk ohälsa hos yngre och äldre, samt att använda vinjetter som metod.

1.1. Syfte

Syftet är att undersöka om socionomstudenter bedömer en person med symtom av psykisk ohälsa och självmordstankar olika, och hur skillnaden ser ut, beroende på om personen med psykisk ohälsa är yngre eller äldre.

1.2. Frågeställningar

1. Vilken behovsbedömning gör socionomstudenterna?
2. Tolkar socionomstudenterna symtomen av psykisk ohälsa och självmordstankar i vinjetten som allvarliga?
3. Vilka insatser förespråkar socionomstudenterna för att tillgodose behoven hos personen i vinjetten?

2. Centrala begrepp

I detta kapitel sker en kort genomgång av några centrala begrepp som figurerar i uppsatsen. Äldre, psykisk ohälsa, depression hos äldre samt äldres självmord.

2.1. Äldre

När är man äldre? I många publikationer såsom Socialstyrelsens (2013a; 2013b) räknas man som äldre när man fyllt 65 år och det är den gränsen som kommer att användas i denna uppsats. Att dra gränsen vid 65 är dock inte helt oproblematiskt och det talas numera om flera sätt att dela upp ålder på. Enligt Andersson (2008) har det länge funnits en ålderskiktning,

barn, vuxna och gamla och att en kronologisk sådan är ett nyare fenomen för att underlätta organisationen och administration i samhället. Skolålder, myndighetsålder, pensionsålder är alla kronologiska åldrar som sats fast med lagstiftning (ibid). Det problematiska är när det helt plötsligt tas bort en massa rättigheter från en dag till en annan enbart för att individen uppnått en viss ålder, trots att inget annat i dennes liv förändrats. På kontinenten är det vanligt att tala om *den tredje* och *den fjärde åldern* istället och börjar så smått användas i Sverige också. *Den första åldern* är när man är barn, *den tredje åldern* är när man är i förvärvsarbetsålder och *den tredje åldern* är tiden från man slutat arbeta och så länge man klara sig själv. *Den fjärde åldern* är den tid man är beroende av andra för att klara sig eller är mycket sjuk. Äldre i den tredje åldern är friska och aktiva och skiljer sig kanske inte nämnvärt från *den andra åldern* men ändå görs skillnad i lagstiftning (Andersson 2008). Mer kring skillnader i lagstiftning kommer att diskuteras i teoriavsnittet om ålderism.

2.2. Psykisk ohälsa hos äldre

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp och kan innefatta allt från självrapporterade besvär av nedstämdhet till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. Gemensamt är att den psykiska ohälsan på något sätt stör välbefinnandet för individen (Socialstyrelsen 2013c)

Det finns flera orsaker till varför äldre personer drabbas av psykisk ohälsa. Åldrandet medför många gånger förluster av olika slag, förluster av anhöriga och vänner och förluster av kroppsliga och kognitiva förmågor. En sorg kan om den förblir obearbetad eller obehandlad utvecklas till psykisk ohälsa. En förändrad identitet och att det sociala nätverket inte längre är lika starkt kan utlösa psykiska besvär. Som även sagts tidigare kan vissa läkemedel skapa psykiska besvär men också fysisk sjukdom och andra biologiska faktorer kan orsaka psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2013b).

2.2.1. Depression hos äldre

Depression hos äldre menar Jönson och Harnett (2015) kan ha liknande symtom som sorg eller demenssjukdom. Symtomen brukar inte vara så specifika hos äldre som hos yngre vilket gör det svårare att ställa rätt diagnos utifrån en manual. För äldre kan depression vara något som kommer i ålderdomen eller något funnits tidigare (ibid).

Enligt ICD-10 ska patienten ha varit deprimerad under minst två veckor samt har uppfyllt åtminstone två av tre huvudsakliga symtom som listas nedan, för att diagnosticeras med depression.

- Nedstämdhet
- Avsaknad av intresse och glädje
- Ökad trötthet

Depression delas, enligt ICD-10, in i lindrig, medelsvår och svår depression. Utöver de huvudsakliga symtomen kan somatiska besvär och självmordstankar infinna sig. Här listas några av dem.

- Minskad förmåga till koncentration och uppmärksamhet
- Minskade känslor och/eller minskat självförtroende
- Skuld känslor eller känslor av värdelöshet
- Negativa tankar om framtiden
- Sömnstörningar
- Minskad aptit

2.2.2 Äldres självmord

Personer över 65 år står för ungefär en fjärdedel av självmorden i Sverige. Den största orsaken till självmord och självmordsförsök hos äldre är depression. Attityder till åldrandet kan göra att nedstämdhet och önskan att dö ses som förståelig och naturlig vilket kan medföra att behandling inte kommer på tanken. Riskfaktorer för självmord hos äldre är depression, missbruk, ångest, psykosjukdomar och tidigare självmordsförsök. Andra riskfaktorer är ett svagt socialt nätverk, fysiska sjukdomar och en anhörigs dödsfall (Socialstyrelsen 2013b).

Cirka 15 procent av de äldre hade innan självmordet vårdats för psykisk sjukdom jämfört med 40-50 procent hos de yngre. Läkemedelsanvändning hos de äldre 6 månader före självmord var också lägre än bland de yngre (Socialstyrelsen 2012). Äldre personer är både överbehandlade och underbehandlade då deras besvär inte alltid upptäcks eller förväxlas med fysiska besvär (Socialstyrelsen 2013a).

Enligt Jönson och Harnett (2015) begår äldre oftare självmord genom våldsammare metoder som hängning, skjuter sig eller hoppar från hög höjd och det gör att fullbordade självmord vanligare än självmordsförsök. Vidare talar Jönson och Harnett om "silent suicides" där äldre helt enkelt slutar att ta sina livsviktiga mediciner eller slutar att äta och dricka. Omgivningen tolkar då detta som ett rationellt sätt att avsluta sitt liv på och att det nu var dags att dö efter ett långt liv. Dessa dödsfall rapporteras sällan in som självmord utan som naturlig död. Författarna problematiserar också när äldre talar och tänker på döden, om det ska ses som något naturligt att inte vilja leva längre när man nästan är 100 år och anser sig levat färdigt eller om det är tecken på psykisk ohälsa.

3. Tidigare forskning

Detta kapitel ämnar ge läsaren en kunskapsöversikt på tidigare forskning som gjorts på området och som är relevant för denna kandidatuppsats. Jag har använt mig av LUBsearch och Google Scholar i sökandet efter publikationer och har främst använt mig av peer reviewed artiklar. Fokus ligger på forskning kring synen på sociala problem samt psykisk ohälsa beroende på om klienten är yngre eller äldre.

3.1. Synen på äldres problem

Ivey et al. (2000) undersökte hur par- och familjeterapeuter bedömde klienters mentala hälsa och relation utifrån åldern på klienterna. Studien inkluderade även familje- och parterapeut-studenter och icke-terapeuter i studien för att se om mängden utbildning hade någon relevans för resultatet. Resultat visade att alla grupperna tyckte att det yngre parets relation var mindre hälsosam än det äldre och att det yngre parets problem var mer allvarliga. Ålder var en viktig faktor i synen på psykisk hälsa och ansågs som mindre problematisk hos det äldre paret. Även i Yechezkel och Ayalons (2013) studie såg författarna hur äldres problem förminskades. Studien gällde våld i nära relationer och om socialarbetares syn och intervention påverkades av åldern på kvinnan i fallet. Om kvinnan var äldre såg socialarbetarna det inte som misshandel men det gjorde de när kvinnan var yngre, vilket enligt författarna (ibid) kan bero på att misshandelssymtom kan förväxlas med åldersrelaterade problem. Socialarbetarna förespråkade även en mer terapeutisk intervention än legal, när kvinnan var yngre.

När det gäller alkoholmissbruk förminskas problemen när det handlar om en äldre person. Kane och Green (2009) undersökte socionomstudenters och juridikstudenters syn på missbruk, forskningen visade att äldre måste dricka mer alkohol än yngre för att det ska ses som missbruk och påverka hälsan negativt. Studenterna i studien höll inte heller med om att äldre kunde självmedicinera med alkohol mot depression och ensamhet.

Rohan et al. (1995) studerade cancerpatienters (N=502) och kuratorers kontakt på ett sjukhus under ett års tid. Enligt författarna spenderade kuratorerna mer tid överlag tillsammans med de yngre patienterna, både när det gällde mängden tid i varje kontakt samt antalet kontakter. Författarna menar att kuratorerna har varit partiska och engagerat sig mer i den yngre patientgruppen, medvetet eller omedvetet. Man studerade också hur många psykosociala problem kuratorerna uppmärksammade och fann ingen korrelation med patientens ålder. Däremot fann man skillnad i vilka problem som adresserades. Bland annat personer under 65 mer hjälp att anpassa sig till sjukdom samt med bostad- och finansiella problem än personer över 65. De över 65 år fick mer hjälp med transportproblem än de yngre. Kuratorerna engagerade sig signifikant mer med individuell behandling med de yngre patienterna men ingen skillnad hittades när det gällde familj eller par-relaterade bekymmer eller andra tjänster som att ringa samtal och kontakter med myndigheter. En annan skillnad var att de äldre oftast blivit hänvisade till kuratorn av familjen medan de yngre i större utsträckning blev kontaktade av kuratorn som såg ett behov av deras hjälp.

Ålderism inom sjukvården har studerats betydligt mer än inom socialt arbete. För att ta ytterligare exempel inom cancervården så finns studier som Peake et al. (2003) visade att äldre lungcancerpatienter underbehandlades vilket kunde vara orsaken till att de hade sämre prognos. En vinjettstudie gjord av Schroyen et al. (2016) visade på hur åldern hos cancerpatienter påverkade vilket stöd och uppmuntran patienterna fick av sjuksköterskor i valet av behandling. Bröstrekonstruktion och strålbehandling förespråkades mindre när patienten var 75 år jämfört med 35 år (Schroyen et al. 2016). I en studie gjord av Greene et al. (1986) fick läkare göra bedömningar utifrån ett fall där ena personen var 35 år och den andra 75 år. Det visade sig att läkarna var mer jämlika, lugna, respektfulla och engagerade samt gav bättre stöd och ställde bättre frågor till den yngre klienter.

3.2. Depression och terapi

När Socialstyrelsen gjorde en inventering av 8000 patienter på vuxenpsykiatrisk öppenvård under två dagar år 2009, var det en mycket liten del av dem som var över 65 år. Eftersom psykisk ohälsa förekommer i samma utsträckning hos äldre personer som i övriga befolkningen borde äldre finnas inom psykiatrin i samma utsträckning, men det gör de inte (Socialstyrelsen 2012). Av de äldre som sökte hjälp på öppenvården hade många av dem tidigare varit under behandling inom slutenvården och var därför redan kända inom psykiatrin. Vidare fick äldre främst träffa psykiatriker eller psykiatrisjuksköterska medan de yngre framför allt fick träffa psykolog och mindre utsträckning psykiatriker. Psykiatrin förskrev i mycket hög grad läkemedel till de äldre och men samtalsbehandling var närmast obefintlig.

Forskning visar att både socialarbetare och studerande inom socialt arbete har goda kunskaper om depression hos äldre men kunskapen hur depression ska behandlas skiljer sig.

I en amerikansk studie gjord av Kane (2004) på masters- och kandidatstudenter (N=173) i socialt arbete, fick de medverkande svara på enkäter utifrån en vinjett. Vinjetten var identisk förutom att åldern på personen var 38 år i ena hälften och 72 år i andra. Syftet med studien var att bland annat undersöka om studenterna gjorde olika bedömningar och interventionsförslag när det gällde psykisk hälsa, självmordstankar och assisterat självmord. Ingen skillnad gjordes på åldern gällande upptäckt av depression men vissa andra åtskillnader gjordes. Bland annat fanns det en tro att chansen att bli frisk eller återställd var mycket högre om man är ung oavsett behandling och fler ansåg att den yngre borde få psykoterapi jämfört med den äldre kvinnan (Kane 2004). Synen på depression hos en yngre och äldre man undersöktes av Davidson och Connery (2003) i en vinjettstudie där allmänheten (N=269) studerades. Resultaten visade att allmänheten hade svårare att upptäcka depression hos den 70-åriga mannen än den 30-åriga. Däremot var symptomen på depression någonting som många kände igen hos äldre personer generellt men som inte sågs som psykisk ohälsa.

I en kvalitativ studie (McCrae et al 2005) baserad på intervjuer med socialarbetare som arbetar med äldre i London, vittnade socialarbetare om att de flesta äldre är, vad de kallade, deprimerade. Socialarbetarna upplevde att depression var ett utbrett fenomen som orsakades hög ålder samt social isolation, men endast 4 av 20 socialarbetare gjorde skillnad på nedstämdhet och klinisk depression. Intervjupersonerna menade på, att för sociala orsaker till

nedstämdhet behövs sociala interventioner (McCrae et al 2005). Enligt Jönson och Harnett (2015) är äldres ensamhet inte statistiskt och skiljer sig inte nämnvärt från andra ålderskategorier. En annan vinjettstudie gjord av Helmes och Gee (2003) på psykologer och kuratorer som arbetade som terapeuter i Australien, visade att, terapeuterna inte trodde att äldre skulle kunna utveckla en terapeutisk relation, att äldre hade en sämre prognos och inte kunde ta till sig terapi. Terapeuterna var även mindre villiga att ta sig an den äldre som klient och ansåg sig inte som kompetenta nog att hjälpa dem (Helmes & Gee 2003). Koenig (2007) ämnade undersöka varför deprimerade äldre blev underbehandlade och inte blev remitterade till psykiatrin och psykoterapi av läkare. Orsakerna varierade men många läkare upplevde att äldre patienter motsatte sig behandling och läkarna ifrågasatte också hur effektiv behandlingen skulle vara på äldre patienter. Läkarna tyckte också att de inte förberetts väl nog för att hjälpa äldre med depression (Koenig 2007).

När det gäller äldre personers egna attityder till depression och terapi, visar forskningen att det är svårare för en äldre person att upptäcka en depression än en yngre, och att äldre är mer ovilliga att söka hjälp (Allen et al. 1998).

3.3. Självmord och självmordsrisk

Uncapher och Aren (2000) fann att läkare var mer ovilliga att behandla självmordstankar och depression hos äldre än yngre. Detta kan enligt författarna bero på att det ses som mer normalt att ha dessa tankar när man är äldre och att det finns en genomgående uppfattning att äldre är svårbehandlade. I Kanes (2004) vinjettstudie ansåg studenterna i högre utsträckning att det var mer acceptabelt att avsluta sitt liv om man är äldre. Studenterna tyckte även i högre utsträckning att man borde tala om för kvinnan att hon har mycket kvar leva för, om hon var yngre än äldre (Kane 2004). Bevacqua och Kurpius (2013) fann liknande resultat i en studie med personer (N=83) som studerade till rådgivare inom mental hälsa. Studenterna var mer stödjande till att en 77-åring sökte aktiv dödshjälp än en 25-årig klient. Det kan tolkas som att de tyckte att det var mer ok för en 77-åring att avsluta sitt liv än en 25-åring. Gamliel och Levi-Belz (2013) gjorde en enkät- och vinjettstudie på 379 personer i Israel som visade på ett samband mellan ålderism och attityd till äldres självmord. Ju högre ålderism personerna uppvisade genom självrapportering, desto mer toleranta var de mot äldres självmord. Gellis (2010) undersökte socialarbetares (N=168) kunskap, förtroende i att bedöma depression hos äldre samt kunskap om äldres problem. Resultat visade att socialarbetarna hade goda kunskaper om depressioner hos äldre men kunskapen om självmordsrisken hos äldre var lägre

vilket också korrelerade med socialarbetarnas förtroende att bedöma självmordsrisker. Eftersom äldre är en grupp med hög självmordsrisk är det viktigt att socialarbetare har kunskap om detta och förmåga att bedöma riskerna.

4. Teori

I detta kapitel diskuteras de teorier och begrepp som används i analysen och tolkningen av det insamlade materialet. Ålderism som fenomen problematiseras och dess orsaker diskuteras.

4.1 Ålderism

När Butler (1969) först skrev om ålderism definierade han det som fördomar mot äldre och likställde det vid fördomar mot ras, kön och klass. Butler (ibid) uppmärksammade ålderism när en lägenhetskomplex i USA skulle göras om till ett boende för fattiga äldre vilket skapade ett uppror i den vita medelklassen som bodde i området. Upproret handlade om att många tyckte att byggnaden var för lyxig och inte skulle passa äldre personer som inte var vana vid den sortens lyx och att byggnaden skulle sänka värdet på andra hus i området. Händelsen fick Butler att skriva artikeln som myntade begreppet ålderism.

Många år senare efter första artikeln, vidgade Butler (1980) sin definition till att även innefatta diskriminerande praxis samt fördomsfulla attityder och stereotyper mot hög ålder, äldre och själva åldrandet. Det finns flera definitioner av ålderism men det man brukar diskutera när man talar om begreppet är huruvida man (1) endast talar om äldre eller alla åldrar; (2) innefattar ålderism endast negativa fenomen eller även positiva; (3) innefattar den kronologisk ålder eller uppfattad ålder; (4) inkluderas fördomar och stereotyper tillsammans med diskriminering (Andersson 2013). Jag har valt att använda Anderssons (2008) definition som lyder: *negativa fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering.*

Ålder – tillsammans med kön, klass, etnicitet och funktionshinder – utgör en grund för socialt ordningsskapande och maktrelationer i samhället (Närvänen 2009). Närvänen menar att ålder är en social kategorisering vilket innebär att individer sorteras in efter egenskaper vi människor kommit överens om socialt och kulturellt att de har. Likheter och skillnader; inneslutning och uteslutning samt rättigheter och skyldigheter är i en ständig process inom

den sociala kategoriseringen och gränserna är flytande. Ett exempel på ålder som ett socialt och kulturellt fenomen är enligt Närvänen (2009) Bourdieus diskussioner om ålder inom olika yrkesfält. En person kan ses som antingen ung eller gammal inom ett visst fält, exempelvis IT eller universitetsvärlden och varje fält har sina lagar för åldrandet. Inom varje fält sker en ständig kamp om vem som har makt, status och tolkningsföreträde inom de olika lagarna om åldrandet.

En aspekt av ålderism skriver Levy och Banaji (2002) är att den kan verka utan medvetenhet, kontroll och uppsåt. Författarna talar om en underförstådd ålderism som är unik i sitt slag då det inte hatgrupper mot äldre som det finns mot religiösa och etniska grupper. Avsaknaden av sociala sanktioner när negativa attityder och trosföreställningar om äldre uttrycks gör det socialt acceptabelt.

4.1.1. Fördomar, stereotyper och diskriminering

Fördomarna mot äldre menar Andersson (2013) gäller även själva åldrandet, ålderdomen samt de äldres egna attityder. Det har visat sig att hur hälsotillståndet uppfattas påverkar fördomarna starkt, till exempel att någon är pigg för sin ålder eller tvärtom. Många fördomar är socialt integrerade och indirekta vilket gör det svårt att komma åt dem (ibid).

Problemet ligger i när individen tillskrivs vissa egenskaper baserade på den kategori de anses tillhöra vilket gör det enklare att bortförklara diskriminerande beteenden.

Forskningen visar på tre sorters äldre-stereotyper: (1) *mormorstypen* som är snäll, fridfull, hjälpsam och pålitlig (2) *statsmannatypen* som är intelligent, intolerant, aggressiv samt (3) *pensionären* som är ängslig, ensam, gammaldags och skröplig (Andersson 2013; 2008). Enligt Cuddy och Fiske (2002) ses även stereotypen *pensionären* som inkompetent, gnällig, lat och själva ansvariga om de hamnat i en besvärlig situation.

Samhället tenderar att se äldre som en homogen grupp och tillskriver den gruppen en mängd egenskaper istället för att se till varje individ (Jönson 2002). Cuddy och Fiske (2002) menar att stereotypisering är en typ av kognitiva strukturer som bevarar våra trosföreställningar och förväntningar på medlemmarna i en social grupp. Stereotyper utvecklas över tid utifrån vår omgivning och våra tolkningar av den och används i sociala sammanhang. Oberoende av sanningshalten i stereotyperna låter vi dem guida vårt sociala beteende och styra vilken information vi söker och lägger på minnet (Cuddy & Fiske 2002).

Diskriminering som Butler (1980) först senare lade till i ålderismbegreppet finns på flera nivåer i samhället. Tidigare har man talat om åldersdiskriminering i arbetslivet såsom tidigare pensionsavgång, rätten att arbeta kvar efter pensionsåldern samt svårigheten att få nyanställning och utbildning vid högre ålder (Andersson 2008). Nu börjar fler även få upp ögonen för andra typer av diskriminering inom andra områden. Inom hälso- och sjukvård är det numera olagligt att diskriminera någon på grund av ålder, lag (2008:567) förutom när det finns ett berättigat syfte enligt samma lag. Det är även olagligt att prioritera yngre framför äldre inom sjukvården men ändå sker det en viss typ av prioritering genom att sätta övre åldersgränser på sjukvårdsinsatser (Andersson 2013). Övre åldersgräns finns för bland annat blodgivning, och screening för bröstcancer och cellförändringar i livmodern. Eftersom både cancer i livmoder och bröst är åldersrelaterad och ökar med åldern, betyder det i praktiken att äldre kvinnors liv inte anses värda att rädda. Värt att tillägga är att inte alla länder har dessa åldersgränser och att medicinska orsaker för dem saknas (ibid). Det är inte enbart inom sjukvården som det faktiskt tillåts att diskriminera på grund av ålder utan det sker också inom socialtjänsten. Om ett funktionshinder uppkommer före 65 års ålder får personen hjälp enligt LSS (1993:387) och LASS (1993:389) som ska garantera fortsatt normal livsföring som andra personer i samma ålder. Enligt Andersson (2013) avgränsas målgruppen i förarbeten till LSS och LASS från personer vars funktionshinder sammanhänger med ett naturligt åldrande. Efter 65 års ålder träder socialtjänstlagen in som istället talar om skälig levnadsnivå vilket sänker standarden på insatserna rejält. I det här fallet ska äldre personer acceptera en sämre situation på grund av att de är äldre och allt som händer efter 65 års ålder hänger ihop med ett naturligt åldrande, oavsett svårigheter och behov (ibid).

Stigmatisering ligger nära till hands menar Andersson (2009) när man talar om ålderism. I korthet innebär det att individer blir utstötta för att de innehar någonting som i andras ögon gör dem mindervärdiga. I detta fall är det ålder som ses som en negativ egenskap och då framför allt hög ålder som används som grund för stigmatisering i samhället. Jönson (2008) talar om disengagementteorin som utgår ifrån att samhället skjuter äldre åt sidan som en förberedelse inför deras död. Man gör helt enkelt äldre oviktiga för att lättare hantera deras kommande frånvaro. Jönson (2008) ser distansskapande som en manifestation av hur svårt vi har att hantera sjukdom, beroende, döden och andra svåra frågor som skapar ångest. Denna teori kan ge en ledtråd till varför ålderism finns och verkar i samhället och varför äldre stigmatiseras.

4.1.2 Orsakerna

Det finns flera teorier kring varför ålderism uppstår. Enligt Andersson (2013) skiljer sig äldre som patientgrupp, från yngre. De besöker vården oftare och har i större utsträckning kroniska sjukdomar. Vården handlar då många gånger om att lindra istället för att bota och inriktningen på behandlingen blir annorlunda, men på många sätt hamnar äldre i underläge.

Inom socialpsykologin talas det främst om två teorier som kan förklara ålderism i samhället. Den första kallas *terror management theory* vilket enligt Andersson (2013) handlar om rädslan för vår egen död och blotta synen av en äldre person ger oss dödsångest och en vilja att ta avstånd. Studier har funnit att negativa attityder till äldre varit kopplade till en negativ attityd till sitt eget åldrande. Äldre ses som en påminnelse att sådant som yngre värderar högt – såsom skönhet, god fysik och hälsa – inte varar för evigt (ibid). Den andra teorin heter *social identification theory* förkortad SIT och enligt den bildar individer grupper vilken de identifierar sig med och favoriserar andra medlemmar i den gruppen (Bodner 2009). Inom äldreforskning talar man då om att yngre och äldre är två olika grupper som har svårt att identifiera sig med varandra och att yngre är motiverade att främja sin tillhörighetsgrupp. Enligt SIT betyder det att ålderism tillåter yngre personer att sakta distansera sig till den äldre generationen och till slut inte identifierar sig med äldre ens som mänskliga individer (ibid).

Inom vård och omsorg kan man även diskutera begreppet terapeutisk nihilism vilket Kane (2004b) menar kan förklara professionellas ålderism. Terapeutisk nihilism inom ålderismen innebär att det inte är någon mening att behandla sjuka äldre eftersom de inte kommer att bli friska. I förlängningen anses det inte finnas anledning att behandla äldre överhuvudtaget eftersom de ändå kommer bli sjuka och dö och ur ett sådant perspektiv ska behandling endast ges till de som kommer att bli friska och leva länge (ibid). Behandlingar inom vården är kostsamma och historiskt sett har äldre prioriterats bort till fördel för den yngre generationen. Stöd till funktionshindrade jämfört med personer över 65 år kan ses som ett exempel på detta.

5. Metod

Detta kapitel redogör för valet av metod, urval, mätinstrumentet samt tillvägagångssättet för inhämtandet av empirin och dess brister och förtjänster. I slutet av kapitlet finns även en genomgång av vilka forskningsetiska överväganden som gjorts.

5.1 Val av metod

Valet av metod för datainsamlingen föll på en kvantitativ vinjettmetod med enkäter. Den kvantitativa metoden och enkäter föreföll sig speciellt lämplig för min undersökning eftersom jag ville komma åt en större mängd data för att sedan jämföra, testa och mäta resultaten vilket kvalitativa metoder inte tillåter menar Bryman (2011). Jag valde att använda mig av en så kallad vinjett. Vinjettstudier används för att studera människors bedömningar och val och även ibland förklaringar samt prediktorer för dessa (Meuwisse 2008). En vinjett är en kort historia som används som referensram och ges till samtliga respondenter som de ska reagera på och ta ställning till. I berättelsen kan variabler ändras för att möjliggöra analys av t.ex. attityder, principer och andra uppfattningar som påverkar respondenternas val i olika kontexter i vinjetten (Meuwisse 2008). Syftet med min studie var att undersöka om socionomstudenter bedömer en person med depression och självmordstankar olika, och hur skillnaderna ser ut, beroende på om personen i vinjetten är yngre eller äldre. Att använda mig av en vinjett där en äldre och en yngre deprimerad person med självmordstankar beskrevs och som föreföll som möjlig metod för att få fram det jag ämnade att undersöka. Jag kommer skriva mer om den faktiska vinjetten jag använde vinjetten i studien under avsnittet mätinstrument.

Enligt Jergeby (1999) bygger vinjettmetoden på antagandet att normativa principer ligger till grund för våra ställningstaganden vilket visas genom statistiska tendenser i någon riktning. Meningen med vinjettmetoden, menar Jergeby (ibid), är att synliggöra dessa principer. Meuwisse (2008) skriver att vinjetter ska vara realistiska och typiska och respondenterna ska instrueras tydligt att de enbart ska utgå från vad som står skrivet i vinjetten och inte fylla i information själv. Metodens största förtjänst ligger i att alla respondenter utgår från samma referens i sina svar medan en brist är att de utsätts för en hypotetisk situation som kanske inte överensstämmer väl med verkligheten (Jergeby 1999).

Enligt Meuwisse (2008) följs vinjetten av frågor som både kan vara kvantitativa och kvalitativa beroende på vad det är man vill studera. I vissa fall kan även efterföljande intervjuer användas för en mer djupgående analys. Då en kandidatuppsats har en relativt snäv tidsram har jag valt att inte använda mig av efterföljande intervjuer även om jag tror att det hade gett resultatet mer djup. Däremot valde jag att ha med öppna frågor i enkäten som sedan analyserades mer kvalitativt för att nå ett djupare resonemang i analysen.

Det fanns även tankar kring en kvalitativ ansats med intervjuer istället för enkäter men intresset för problemets förekomst och dess omfattning var större. Ett problem med intervjuer är att det finns en risk att intervjuaren påverkar de som intervjuas genom sina egenskaper såsom kön och ålder (Bryman 2011). Jag ställde mig också frågande till om de som intervjuas skulle vara helt ärliga i sina svar utan anonymitet och om intervjuarens undermedvetna reaktioner på svaren skulle kunna påverka. Däremot har jag valt såväl frågor med fasta svarsalternativ som öppna frågor i enkäten för att få mer bredd och kvalitet i resultatet. Kritik mot den kvantitativa metoden menar Bryman (2011) ligger i att den förutsätter att respondenterna uppfattar frågor och termer i enkäter på samma sätt vilket man kan åtgärda med att använda sig av fasta svarsalternativ enligt författaren. Kritiker menar också att man inte kan veta hur resultaten är kopplade till verkligheten och att det leder till en statisk bild av densamma (ibid). Att använda kvantitativ metod med kvalitativa inslag kallar Bryman (2011) för flermetodsforskning och menar att det kan finnas fördelar med det, bland annat att metodernas svagheter och styrkor kan kompensera varandra. Mer om det skriver jag i avsnittet metodens brister och förtjänster.

5.2 Mätinstrument

Mätinstrumentet i denna studie bestod av två webbaserade enkäter som enligt Danebäck och Månsson (2008) har många fördelar. Framför allt är det tids- och kostnadseffektivt när man vill få in många svar. Nackdelen med dessa enkäter är enligt Danebäck och Månsson (2008) risken att samma person fyller i enkäten mer än en gång, vilket dock var ovanligt enligt författarna. En annan nackdel, menar Bryman (2011), är att respondenterna inte kan ställa frågor eller få förklaringar och förtydliganden när det gäller enkäten. Detta ökar risken för bortfall och kan leda till att frågorna besvaras olika vilket resulterar i att man får ett skevt resultat. För att minska den risken försökte jag vara extra noggrann i konstruerandet av enkäterna och förtydliga där jag ansåg att det behövdes.

Enkäterna (se bilaga 2) bestod av totalt 14 frågor och tog ungefär 5-7 minuter att genomföra beroende på hur mycket man valde att skriva i de två öppna frågorna. Bakgrundsfrågorna jag valde att ta med bestod av ålder, kön samt vilken termin på socionomprogrammet respondenten gick på. Syftet med bakgrundsfrågorna var att kunna säga någonting om urvalet snarare än att använda dem i analyserna. Vinjetten eller fallbeskrivningen som jag valde att kalla den i enkäten såg ut så här:

”Anna Johansson är 38/78år gammal och du träffar henne i din roll som socionom. Anna förlorade sin man för ett halvår sedan och har sedan dess haft svårt i vardagen. Anna berättar att hon har problem med sömnen, dålig aptit och blivit alltmer isolerad hemma. Under samtalet gråter Anna och berättar att hon känner sig trött på livet och att det vore bättre om hon också vore död. Anna säger att hon inte har planer på att skada sig själv men att hon tänker på det när det är som värst.”

Det enda som skiljde de två enkäterna åt var åldern på Anna. Den ena enkäten innehöll en fallbeskrivning där Anna var 38 år och i den andra enkäten var Anna 78 år.

Fallbeskrivningen är utarbetad från två tidigare vinjetter gjorda av Kane (2004; 2008) vars studie (Kane 2004) tas upp i kapitlet *Tidigare forskning*. Eftersom de studierna hade ett annorlunda syfte och andra frågeställningar valde jag att ta ut de stycken i vinjetten som var relevanta för min studie och översätta dem till svenska. Vissa detaljer och ord ändrades för att göra vinjetten mer realistisk och anpassad för denna studie. Vinjetterna från Kane (ibid) finns att läsa i sin helhet i *bilaga 1*. Jag valde att ändra subjektets ålder från 72 resp. 75 år till 78 år för att komma närmre 80 år men ändå vara i 70-års ålder samt för att det ger en trevlig synergi med den yngre åldern 38 år. Ändringen kan ha haft betydelse i resultatet eftersom personen är ännu äldre vilket potentiellt ökar ålderismen.

Påståendena 1-9 är utformade av vinjettstudier av Kane (2004) och Davidsson & Connery (2003) (se bilaga 1). Varje påstående var tänkt att visa på ålderistiska attityder och attityder till Annas psykiska ohälsa som beskrevs i fallbeskrivningen.

1. Det är förståeligt att Anna är trött på livet.
2. Anna skulle bli hjälpt av att komma i kontakt med en läkare på vårdcentral.
3. Anna skulle bli hjälpt av att prata med en kurator.
4. Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin.
5. Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi
6. Anna skulle bli hjälpt av medicinering.
7. Anna borde bli inlagd på psykiatrisk klinik för observation och behandling.
8. Anna kommer troligtvis må dåligt oavsett hjälp.
9. Annas situation är mycket allvarlig.

Påståendena 1-9 formulerades så att respondenterna inte skulle behöva fundera på vilka faktiska möjligheter som fanns för att erbjuda hjälp utan istället få ta ställning till hjälpbehovet som Jergeby (1999) rekommenderar. Jag använde en sjugradig likertskala som enligt Bryman (2011) mäter attityd och intensitet i en känsla kopplat till ett påstående. Respondenterna ombads att markera i enkäten var på skalan de befann sig, från *Håller helt med* till *Håller inte alls med*. Valet föll på en sjugradig skala istället för en femgradig då den ger fler valmöjligheter för respondenten och ger därmed mer nyanserade svar.

Fråga 10 är en rangordningsfråga där respondenterna ombads att rangordna olika faktorer som fanns med i fallbeskrivningen efter hur problematiska de ansåg att de var i Annas situation. Faktorerna i vinjetten var makens död, svårt i vardagen, sömnproblem, dålig aptit, trött på livet, isolerad och åldern. Genom att rangordna dessa faktorer kunde man utläsa om det finns någon skillnad mellan grupperna i hur de rangordnade problemen och se vilka som ansågs viktiga och oviktiga i förhållande till Annas ålder. En annan anledning till användningen av rangordningsfrågor istället för frågor med likertskala som tidigare frågor i enkäten, var att jag ville använda mig av olika typer av frågor för att få variation i enkäten och få variation i resultatdelen. De två öppna frågorna i enkäten var: *"Varför ansåg du att de faktorer du rangordnat högst är mest problematiska?"* samt *"Vilken hjälp borde Anna få?"*

Respondenterna blev uppmanade att svara utförligt och motivera då jag hade för avsikt att analysera svaren för att utläsa vilka hjälpbehov som respondenterna såg och vilka insatser som skulle vara Anna till hjälp.

5.3. Tillvägagångssätt

Enkäten konstruerade jag med hjälp av Google Formulär som är ett kostnadsfritt och lättanvänt enkätverktyg. Enkäten tillverkades med andra ord på internet och fanns enbart tillgänglig där. Fördelen med att använda ett webbaserat enkätverktyg är att svaren omarbetas till hanterbar data direkt till ett kalkylblad, vilket gör det enkelt att föra in i bearbetningsprogram såsom SPSS. När enkäten var färdig kopierade jag länkadressen till den, för att sedan kunna distribuera länken till urvalsgruppen. Distributionen skedde genom e-mail tillsammans med ett missivbrev (se bilaga 4) där jag berättade kort om vem jag är och studiens syfte tillsammans med länken till enkäten. Enkäten fanns tillgänglig online i sju

dagar och en påminnelse skickades till alla deltagare på dag sex vilket inte var optimalt med så kort tid kvar, att fylla i den. Anledningen till den sena påminnelsen var att det var helg och valborg vilket gjorde att det var först på måndagen efter som den kunde skickas ut. På den åttonde dagen togs enkäten offline och resultatet laddades ner i Excel och fördes sedan in i SPSS för bearbetning och analys.

5.3.1 Databearbetning och analys

Båda enkäterna analyserades var för sig samt tillsammans för att få fram relevant data.

Påstående 1-9 presenteras i resultatdelen med hjälp av staplade stapeldiagram för att lätt få en överblick av svaren och svarsfördelningen. För att se om det fanns någon skillnad mellan grupperna användes oberoende T-Test för att jämföra medelvärdena i påståendena 1-9. Oberoende T-Test används för att fastställa om två dataset från olika grupper skiljer sig signifikant (Kaplan 2011). *T*-värdet är ett mått på den skillnaden och *p*-värdet påvisar sannolikheten att värdet skulle observeras i ett annat slumpmässigt urval (ibid).

De påstående som visade på statistisk signifikans presenteras mer utförligt med hjälp av lådagran eller som det kallas på engelska, boxplot. Ett lådagran visar en "låda" som innehåller 50 % av svaren och ett streck i lådan som anger var medianen ligger. Strecken som går ut från lådan representerar 25 % vardera av svaren och ibland syns prickar i diagrammet som visar extremvärden (Körner & Wahlgreen 2005).

På fråga 10 gjordes en univariat analys med hjälp av frekvenstabeller, analysen utfördes separat i de två enkäterna för att sedan sätta ihop resultatet i en egengjord tabell. Levenes test för normalfördelning visade att datan inte var normalfördelad på vissa punkter, därmed är jämförande data som medelvärde missvisande.

5.4 Urval och bortfall

Populationen för min studie utgjordes av alla socionomstudenter i Sverige vilket är ett mycket stort urval för denna typ av studie, därför valde jag att begränsa det. Jag valde att använda mig av ett bekvämlighetsurval och eftersom jag själv är student vid Lunds universitet, valde jag socionomstudenter från socionomprogrammet vid Lunds universitet vilket även inrymmer studenter i Helsingborg. Det fanns möjlighet för mig att genom studieadministratören maila enkäten till alla socionomstudenter vilket gjorde det urvalet lättillgängligt för mig.

Enkäten mailades till alla studenter på socionomprogrammet i Lund terminerna 1-7 (N: 549) samt i Helsingborg terminerna 1-7 (N: 365). Antalet studenter i Helsingborg var lägre än i Lund men eftersom analysen är gjord på medelvärden mellan grupperna är det inte av betydelse och påverkar enbart den statistiska säkerheten i gruppen. Enligt Bryman (2011) gör detta att det inte går att generalisera resultaten till alla socionomstudenter utan bara till studenterna i Lund och Helsingborg som svarade på enkäten. Totalt valde 102 personer i Lund samt 71 personer i Helsingborg att svara på enkäten vilket gör bortfallet relativt stort. E-post-enkäter har större bortfall än postenkäter vilket enligt Bryman (2011) kan bero på ett ökat motstånd mot ovälkomna mejl. I mitt fall kan det även bero på att urvalet får flera liknande förfrågningar och kan ha tröttnat på enkäter. För att minska bortfallet skickades en påminnelse ut till urvalsgruppen vilket ökade svarsfrekvensen något. Efter påminnelsen ökade svarsfrekvensen med 50 % vilket tydde på att den hade god effekt.

Nedanför presenteras respondenterna i tabeller för att få en bild av hur urvalet ser ut. Helsingborgsstudenterna erhöll vinjetten med 78-åriga Anna och benämns som grupp 78. Socionomstudenterna från Lund fick enkäten med 38-åriga Anna och benämns som grupp 38.

Tabell 1.

Termin * Grupp Crosstabulation

Count

		Grupp	
		Grupp 38	Grupp 78
Termin	1	11	13
	2	16	10
	3	8	9
	4	12	9
	5	18	7
	6	24	13
	7	13	10
Total		102	71

Tabell 1 visar på vilken termin respondenterna uppgett att de läser uppdelat i grupp 38 och 78. Fördelningen är relativt jämn med tanke på att det var fler studenter i grupp 38. Grupp 78 har

något fler respondenter från termin 1 som kan påverka resultatet då deras kunskap om psykisk ohälsa eventuellt är mer begränsad.

Tabell 2.

Kön * Grupp Crosstabulation

Count

		Grupp	
		Grupp 38	Grupp 78
Kön	Annat	1	1
	Kvinna	87	64
	Man	14	6
Total		102	71

Tabell 2 visar könsfördelningen i grupp 38 och 78. Som det ser ut i många studier som behandlar socialt arbete, är det betydligt fler kvinnor än män som svarat på enkäterna. Detta kan bero på att fler kvinnor än män arbetar med och studerar socialt arbete.

Tabell 3.

Grupp 78			Grupp 38		
Ålder			Ålder		
N	Valid	70	N	Valid	100
	Missing	1		Missing	2
Mean		26,56	Mean		25,29
Minimum		20	Minimum		20
Maximum		46	Maximum		43

Tabell 3 visar minsta, medel och högsta åldern på respondenterna i grupp 78 respektive 38. Medelåldern är i stort sett lika, något högre medelålder i grupp 78.

Bryman (2011) gör skillnad mellan externt och internt bortfall, de som inte svarade på enkäten, och de som inte svarade på vissa frågor. De interna bortfallet i denna studie var

väldigt lågt med endast några enstaka missade svar förutom i de öppna frågorna där bortfallet var lite större, runt 10-15%.

5.6. Validitet och reliabilitet

Validiteten i en studie handlar om man mäter det som avses att mätas (Bryman 2011). Reliabilitet handlar istället om pålitligheten i mätningarna och om replikerbarheten (ibid).

För att öka validiteten i studien har jag utgått från tidigare forskning och använt frågor som testats i andra studier. Validiteten i just vinjetter kan diskuteras då det är svårt att veta om det som beskrivs motsvarar hur det ser ut i verkligheten (Meuwisse 2008). Jergeby (1999) skiljer på intern och extern validitet och menar att vinjettmetoden har en god intern validitet då respondenterna har samma utgångspunkt i vinjetten. Däremot säger författaren att den externa validiteten är sämre då den inte går att generalisera till verkligheten. För att öka validiteten gick jag igenom tidigare forskning på området använde mig av den kunskapen i konstruktionen av vinjetten och frågorna för att öka validiteten.

Reliabiliteten i vinjettmetoden anses god menar Jergeby (1999) då det finns en inbyggd kontroll för slumpmässiga fel eftersom respondenterna får samma vinjett och frågor. En kvalitativ studie har generellt sett mindre reliabilitet och validitet när materialet måste tolkas och det oftast handlar om ett mindre urval (Bryman 2011). De kvalitativa delar som tolkats i denna uppsats, har gjorts det tillsammans med kvantitativ data vilket ökat reliabiliteten något.

5.7 Etiska överväganden

För att undvika skada och kränkning av enskilda individer har jag följt Vetenskapsrådets (2009) riktlinjer och de fyra huvudkraven de ställer på forskning inom humaniora och samhällsvetenskap. De fyra huvudkraven är: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Innan personer kom till min enkät fick de läsa några rader om vem jag var; syftet med studien; kravet på deltagande samt hur lång tid enkäten skulle ta genomföra. Jag informerade även om att enkäten var helt anonym och frivillig samt att insamlad data inte skulle användas för annat ändamål. Min e-mailadress fanns också tillgänglig både innan enkätens start och när enkäten avslutats och skickats in. Enligt Vetenskapsrådets riktlinjer (2009) kan man anta att en deltagare har gett ett godkännande i och med att den fyllt i och skickat in enkäten. Ett mer formellt samtycke

behövs således inte. Då enkäten var anonym behövde jag inte ta någon hänsyn till konfidentialitetskravet.

I undersökningen ville jag inte att respondenterna skulle få all information om undersökningens syfte eftersom jag ville att de skulle svara ärligt och naturligt. Detta skulle kunna strida mot informationskravet och samtyckeskravet då respondenterna kanske inte skulle vilja medverka i min undersökning om de hade kunskap om syftet. Bryman (2011) menar att det ibland är berättigat att hålla inne med delar av sanningen men att gränsen är svår att dra mellan vad som är tillåtet och otillåtet. Vidare skriver han att det heller inte är önskvärt att ge ut en fullständig redogörelse för studiens syfte (ibid). Jag förstår att det finns en problematik med att inte berätta allt och jag valde att i största möjliga mån berätta om undersökningens syfte men att samtidigt utesluta att det handlade om ålderism.

5.8 Litteratursökning

I sökandet efter artiklar, böcker och övriga publikationer har jag använt mig av söktjänster såsom LUBsearch och Google Scholar samt biblioteksdatabaserna Libris och Lovisa. I vissa fall har jag hittat artiklar i referenshänvisningarna i artiklar och böcker jag läst. Jag har i största möjligaste mån använt mig av peer reviewed artiklar och jag har använt sökorden *ageism**, *depression**, *suicid**, *social work**, *assessment**, *age bias**, *vignette**, *mental health**, *psychiatry**, *elder**, *old**

6. Resultat och analys

I detta kapitel redovisas resultat och analys uppdelade i två avsnitt. Först presenteras resultatet i en separat del och analysen presenteras sist i ett eget avsnitt. Samtliga frågor redovisas men i varierande grad beroende på resultat och relevans kopplat till syfte och frågeställningar. Frågor om respondenterna redovisas endast i metodavsnittet om urval.

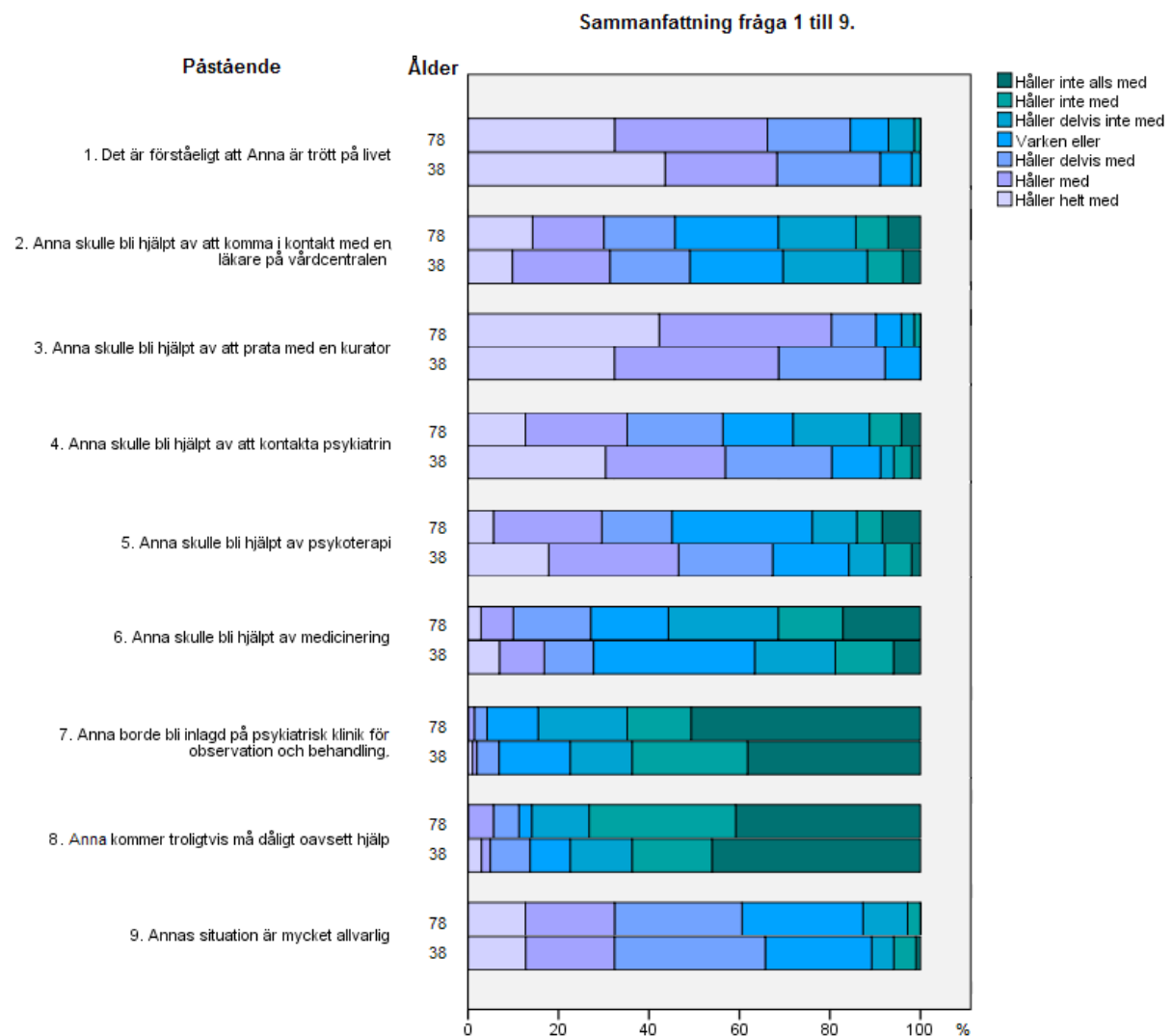
Respondenterna kommer i resultat- och analysdelen benämnas som grupp 38 för de som fick vinjetten där Anna är 38 år, samt grupp 78 för de som fick vinjetten där Anna är 78 år.

6.1 Resultat

I detta avsnitt görs en genomgång av resultatet. Först presenteras en sammanfattning av svaren från fråga 1 till 9 i ett diagram för att få en överblick i hur respondenterna svarade på samtliga frågor. Sedan presenteras resultatet som visar på en signifikant skillnad mellan grupperna mer ingående i separata diagram. I slutet av resultatdelen presenteras svaren på de två öppna frågorna i form av citat där fyra citat valts ut för varje grupp och fråga.

6.1.1 Attityder till Annas hjälpbehov

Figur 1.



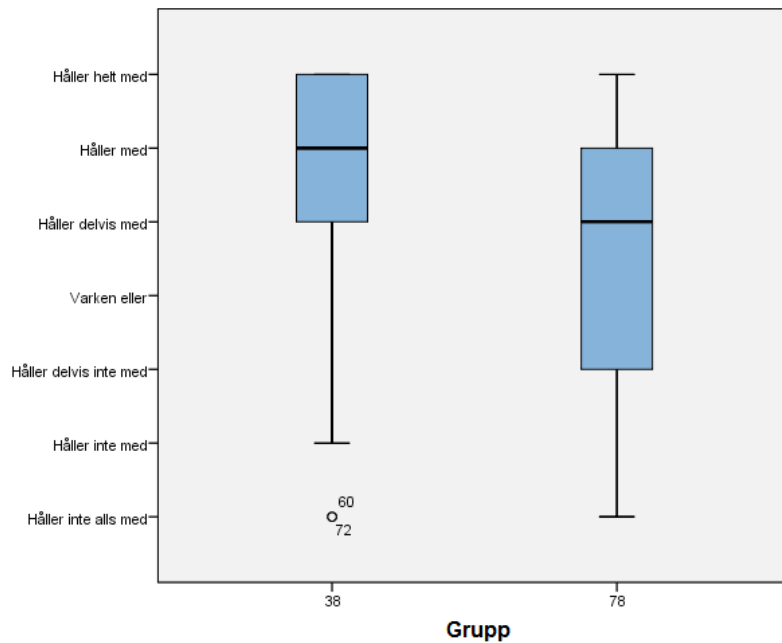
Figur 1, Påstående 1 till 9 presenterade i stapeldiagram %. Staplarna representerar fördelningen av svaren med en stapel för Annas ålder i vinjetten och går från håller helt med (ljus lila) till håller inte alls med (mörk grön). Diagrammet visar angående påståendet, att *det är förståeligt att Anna är trött på livet*, hamnar de flesta svaren på *håller med-sidan* i staplarna. Något fler *håller helt med* i grupp 38 (43,6%) än 78 (32,4%) och i grupp 78 har 7 % svarat att de inte håller med jämfört med 2 % i grupp 38.

Det är relativt jämt fördelat på skalan om *Anna skulle bli hjälpt av att komma i kontakt med en läkare på vårdcentral* och inga större skillnader finns mellan grupperna. Något fler håller helt med i grupp 78 (14,3%) än grupp 38 (9,8 %). Angående påstående tre, *Anna skulle bli hjälpt av att prata med en kurator*, är det en lite större andel i grupp 78 (42,4%) jämfört med 38 (32,4%) som svarat *håller helt med* och större andel i grupp 38 (23,5%) som svarat *håller delvis med* än grupp 78 (9,9 %). Ingen i grupp 38 (0,0 %) har svarat att de *inte håller med jämfört med 78* (4,2 %) Att *Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin* håller en stor andel av grupp 38 (30,4%) med om men mindre i grupp 78 (12,7%). Detsamma gäller om *Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi*, grupp 38 (17,8%) samt 78 (5,6 %).

När det gäller medicinering hamnar flest svar på varken eller och *håller inte med-sidan* av skalan i båda grupperna men andelen i grupp 78 (17,1%) som svarat *håller inte alls med* är större än i grupp 38 (5,9 %) och betydligt fler har svarat *varken eller* i grupp 38 (35,6%) jämfört med 78 (17,1%). De flesta i båda grupperna anser inte att *Anna behöver läggas in för observation och behandling*. Något fler i grupp 78 (50,7%) har svarat att de *inte håller alls med* påståenden än 38 (38,2%). På påståendet att *Anna troligtvis kommer må dåligt oavsett hjälp* så höll de flesta i båda grupperna inte med. I grupp 38 har 2,9 % svarat att de *håller helt med* angående påståendet men inga som svarat det i grupp 78 (0,0 %).

Att *Annas situation är mycket allvarlig* håller de flesta med om och det är nästan ingen skillnad alls i svaren mellan grupperna. Ett T-test visar dock att svaren på endast tre av de nio av påståendena i enkäten når statistisk signifikans $p < 0,05$ (se Bilaga 3, Fig. 2). Nedanför görs en mer utförlig genomgång av dessa tre.

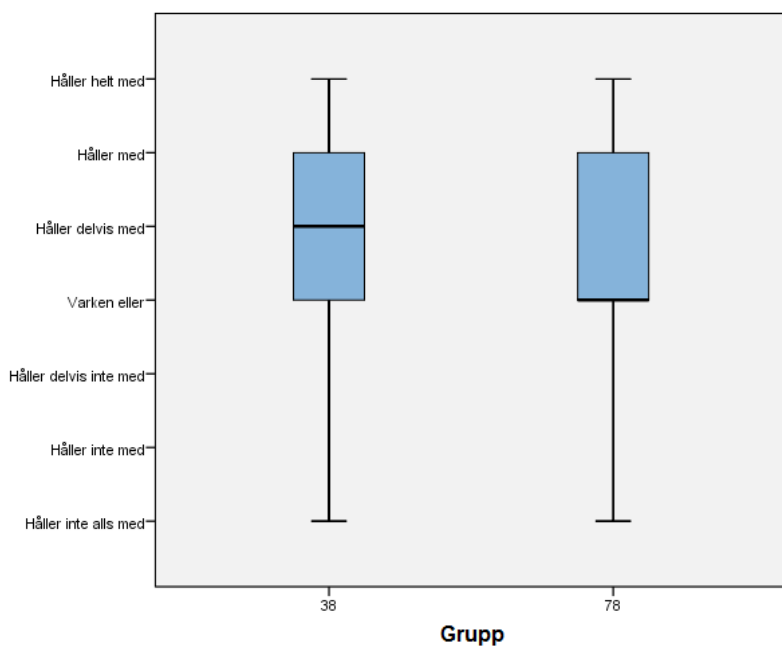
Figur 2.



Figur 2, Lådagram som visar median-svaret för de respektive grupperna samt fördelningen av gruppernas övriga svar på påståendet att *Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin*.

I lådagrammet syns det mer tydligt att svaren på påståendet *Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin* är förskjutna mot *Håller-inte-med*-sidan och har en större spridning för grupp 78. Median-svaret hamnar på *Håller med* i grupp 38 och på *Håller delvis med* i grupp 78. Ett T-test (se bilaga 3 fig.2) indikerar att skillnaden är statistiskt säkerställd ($t(171)=3,785$; $p<0,001$).

Figur 3.

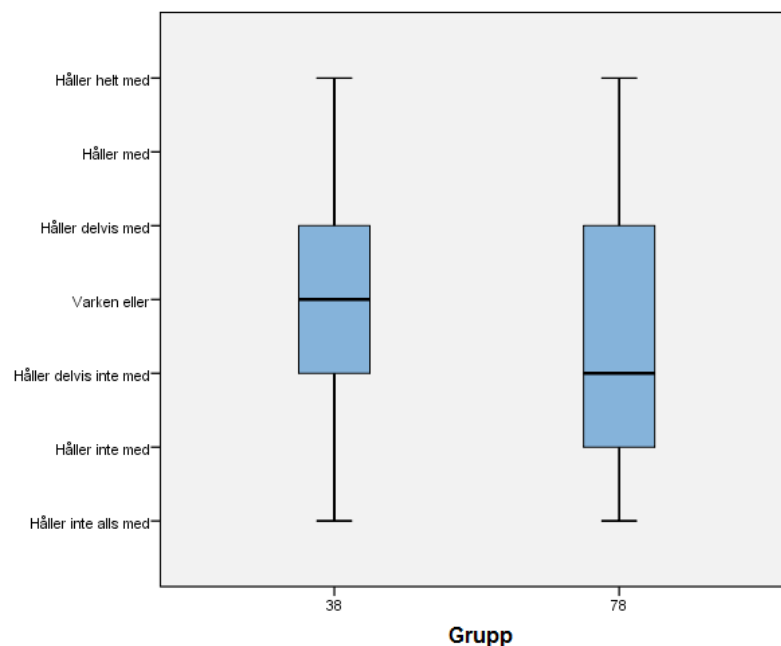


Figur 3, Lådagram som visar median-svaret för de respektive grupperna samt fördelningen av gruppernas övriga svar på påståendet att *Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi*.

Medianen i grupp 38 hamnar på *Håller delvis med* medan den hamnar på *Varken eller* i grupp 78. Spridningen av svaren är densamma men i grupp 78 har fler svar hamnat längre ner.

Ett T-test visar på statistisk signifikans ($t(170)=2,965$; $p=0,003$) vid jämförelsen mellan grupperna.

Figur 4.

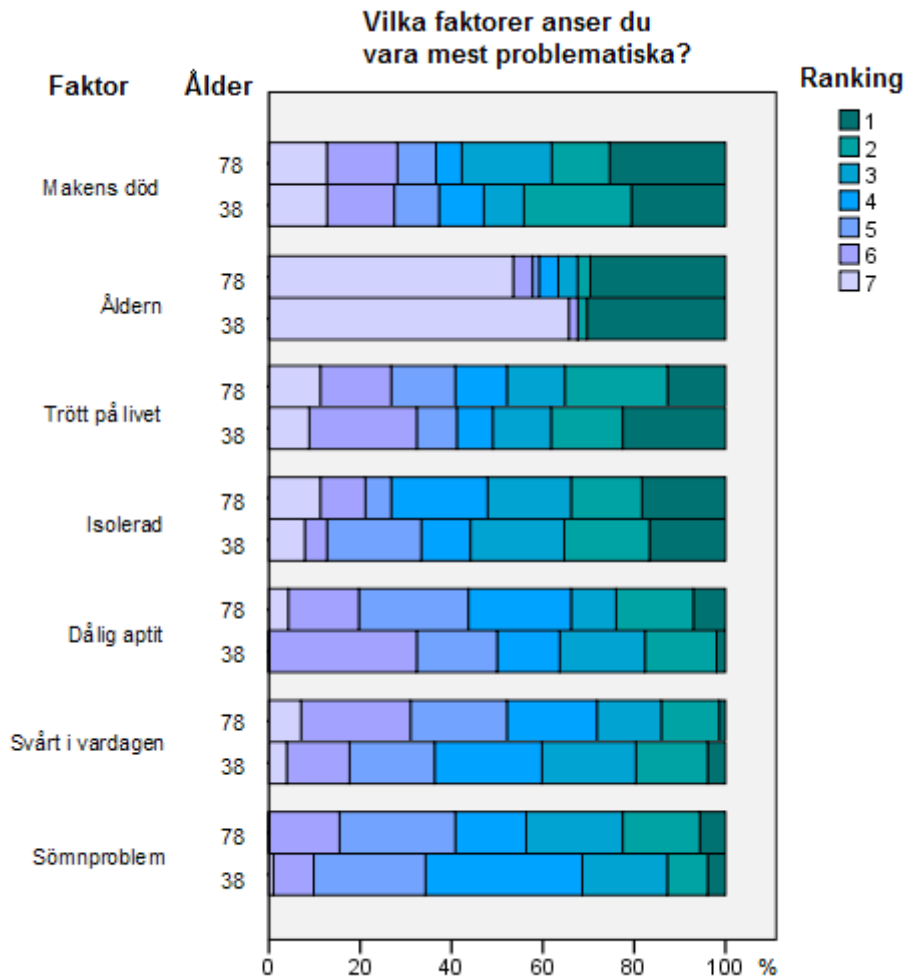


Figur 4, Lådagram som visar median-svaret för de respektive grupperna samt fördelningen av gruppernas övriga svar på påståendet att *Anna skulle bli hjälpt av medicinering*.

Medianen på svaren hamnar på *Varken eller* för grupp 38 och på *Håller delvis inte med* för grupp 78. Grupp 78 har en större spridning neråt mot *håller inte med* än grupp 38. Ett T-test indikerar att skillnaden är statistiskt signifikant ($t(169)=2,210$; $p=0,028$).

6.1.2 Synen på problemen

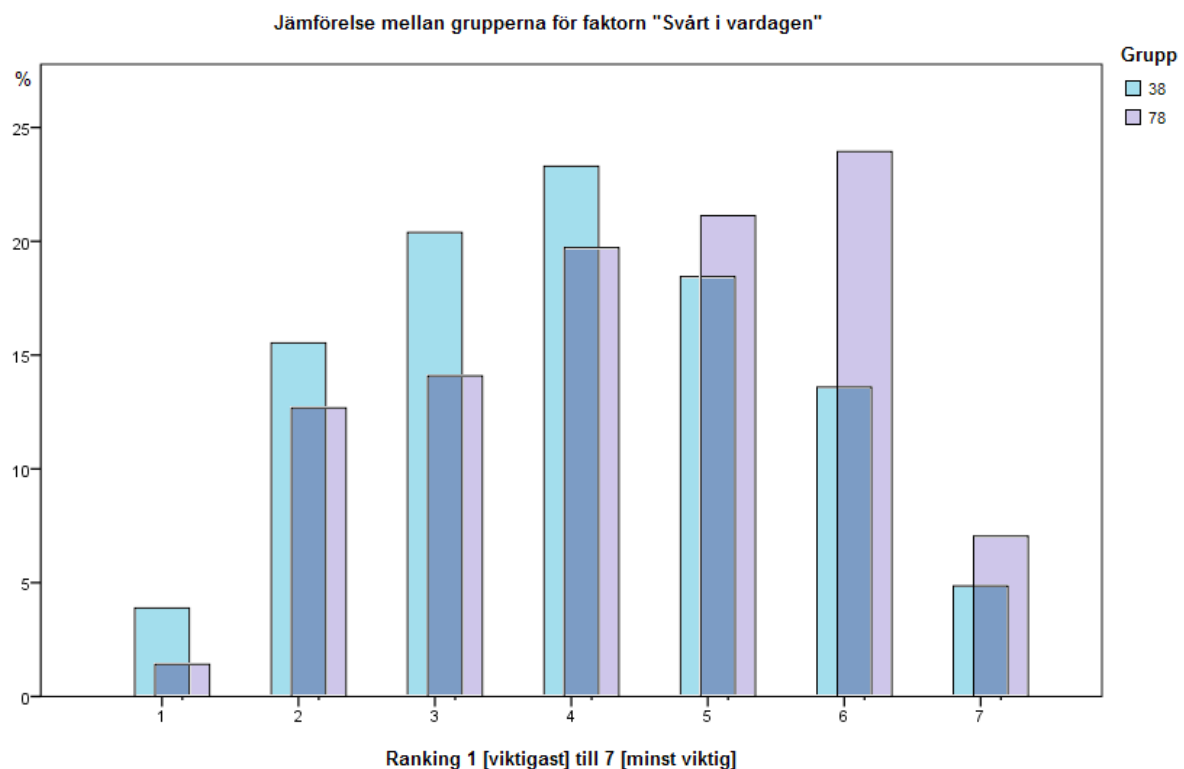
Figur 5.



Figur 5, Grafen visar fördelningen av hur respondenterna rangordnat de olika problematiska faktorerna från rank 7 (minst problematisk) till rank 1 (mest problematisk). Vid varje faktor löper de två gruppernas staplar parallellt. Vad som kan utläsas av staplarna är att det är fyra faktorer som utmärker sig som högt rankade (mörkt grön). *Åldern*, *makens död*, *trött på livet* samt *isolerad* har alla blivit rankade som nummer (1) flest gånger av båda grupperna. Det finns inga tydliga skillnader när det gäller *makens död*. Angående faktorn *åldern* är det fler som rankat den som minst problematisk i grupp 38 än i grupp 78. Totalt sett är även *åldern* den faktor som blivit rankad som minst problematisk flest gånger. Något fler har rankat *trött på livet* som viktigast i grupp 38 än i grupp 78. Faktorn *isolerad* i tabellen visar inga större

skillnader mellan de båda grupperna. Dålig aptit, svårt i vardagen och sömnproblem är faktorer som inte ansetts som så problematiska och har varken blivit högt eller lågt rankad utan hamnat lite mittemellan. Ett T-test gjord på samtliga faktorer (se bilaga 3) visar en signifikant statistisk skillnad mellan grupperna, på en av faktorerna.

Figur 6.



Figur 6. Graf som visar andelen av respondenterna som satte faktorn *Svårt i vardagen* på resp. plats i rangordningen (1 = mest problematisk till 7 = minst problematisk). Vid varje rank visas en stapel per grupp. Till skillnad från övriga faktorer kan man i faktorn *svårt i vardagen* urskilja en tydlig trend, vilket visas i grafen ovan. Grupp 78 rankar *svårt i vardagen* som mindre problematisk än grupp 38 och grupp 38 rankar det som mer problematiskt. Resultatet här visar en signifikant skillnad mellan de båda grupperna, ($t(171)=2,217$; $p=0,028$).

Tabell 4.

Översikt över de mest problematiska faktorerna

Grupp 38		Grupp 78	
Faktorer som rankats som mest problematiska	%	Faktorer som rankats som mest problematiska	%
1. Åldern	30,4	1. Åldern	29,6
2. Trött på livet	22,5	2. Makens död	25,4
3. Makens död	20,6	3. Isolerad	18,3
4. Isolerad	16,7	4. Trött på livet	12,7

Tabell 4. Den vänstra tabellen redogör för de fyra faktorer som rankats som mest problematiska (rank 1) för 38-åringen av flest respondenter. Den högra tabellen för de faktorer som rankats som mest problematiska (rank 1) för 78-åringen av flest respondenter. Procentsatsen avser hur stor andel av alla respondenter som angav respektive ranking. 30,4% av alla i grupp 38 rankade åldern som mest problematisk av alla faktorerna. Därefter ligger *trött på livet* (22,5%), *makens död* (20,6%) och *isolerad* (16,7%). I grupp 78 har i likhet med grupp 38, *åldern* rankats som mest problematisk (29,6%) men på andra plats hamnar *makens död* (25,4%), *isolerad* (18,3%) på tredje plats och *trött på livet* (12,7%) på fjärde plats.

6.1.3 Vilka problem och behov ser studenterna?

Efter en genomgång och kodning av svaren på de två öppna frågorna, utkristalliserade sig några olikheter, mönster och ett tema. Temat kallar jag för hönan eller ägget. Det handlar om att grupp 38 tolkar Annas psykiska ohälsa som en direkt orsak av *makens död* och att den psykiska ohälsan orsakar de övriga problemen som *isolering*, *dålig aptit*, *sömnpblem* och *svårt i vardagen*. Grupp 78 tenderar dock att tolka Annas psykiska ohälsa som en konsekvens av *isoleringen* som i sin tur orsakats av *makens död*. Svaren som citeras i detta avsnitt är ett axplock av alla svaren som kom in. Svaren är utvalda för att de sammanfattar många av svaren och ger en bra bild av majoriteten av åsikterna.

På frågan om varför respondenten ansett att de faktorer hen rankat högst, var mest problematiska, svarade några av studenterna från grupp 38 följande.

Student 68, grupp 38.

“Livströtthet är det mest akuta i hennes depression/kris och aptit- och sömnsvårigheter är troligtvis snarare än följd av detta. Isolationen försvårar återhämtning. Makens död

är en viktig faktor iom[sic] att den utlöst depressionen och hon måste gissningsvis få stöd i att bearbeta sin sorg för att komma vidare.”

Student 41, grupp38.

“Då hon upplever att hon är trött på livet, kan följande symptom[er] ses som en följd av detta. Exempelvis kan hon ha svårt i vardagen så hon upplever sömnproblem och minskad aptit eftersom hon är trött på livet. Makens död rangordnade jag högt då jag anser att det den faktor som utlöste hennes depression och behöver därför bearbetas”

Student 16, grupp 38

“Makens död verkar ju vara det grundläggande problemet som utlöser den andra problematiken. Vardagen är viktig att få ihop & jag anser att klienten behöver någon form av terapi för att bearbeta sorgen & få ordning på sin livssituation igen.”

Student 59, grupp38

“Att vara trött på livet samtidigt som en är isolerad är varningsklockor för att hon utvecklat en depression (i kombination med sömnproblemen och dålig aptit) vilket kan bli väldigt allvarligt när hon är så ensam och kanske inte har någon att prata med. Dessutom att hon säger att "det vore bättre om jag var död" måste man ta på mycket stort allvar, indikerar suicidrisk!”

Det som kommer fram i de exempel som visas ovan, är att studenterna tolkar att Anna utvecklat en depression, som utlösts av att maken gick bort. Studenterna ser även ett behov av att sorgen efter maken behöver bearbetas.

I grupp 78 har Annas problematik tolkats annorlunda och Annas *isolering* får en mycket mer framträdande roll i många av svaren. Följande svar erhöles av socionomstudenterna i grupp 78 på frågan om varför de ansett att de faktorer hen rankat högst, var mest problematiska.

Student 16, grupp 78

“För att när hon är isolerad träffar hon inga andra människor och sitter bara hemma och tänker negativt. Det vore bättre om hon träffade folk tror jag.

Student 7, grupp 78

”Att känna sig isolerad kan påverka så mycket annat så som aptit, sömnproblem och det psykiska och därför tror jag att om man kan minska känslan av isolering så finns chans att det andra också blir bättre. Känslan av en betydelsefull och att man ser en mening med sin vardag tror jag är viktigt som äldre (eller alla för den delen), det är mycket som förändras på äldre dar såsom sin partners död och att man blir skröpligare i kroppen, det gäller att anpassa sig i det nya.”

Student 41, grupp 78

“Om man känner sig isolerad och har dålig kontakt med vänner, nära och kära blir det lätt att man hamnar i samma tankemönster och svårt att känna motivation och livsglädje. Makens död spår på känslan av isolering, och vid hög ålder försvinner allt fler vänner vilket leder till att det är viktigt att hjälpa Anna att skaffa ett nytt socialt nätverk. “

Student 23, grupp 78

“Jag tror att allt hänger ihop, och skulle vilja sätta flera punkter på samma grad. Hon känner sig kanske isolerad pga [sic] att hon blivit änka och förlorat sitt sällskap. Detta plus att hon har jobbigt i vardagen, vilket gör att allt ser negativt ut, hon blir trött på livet. Vilket leder till dålig aptit och sömnbesvär då hon mår dåligt. Blir en ond cirkel. Att hon är gammal är inget problem i sig men bidrar förmodligen till att hon ev. saknar motivation till att tänka på att göra någon förändring i sitt liv till det bättre, låter som hon har lite hopplöshet känsla och inte orkar eller vet vad hon ska ta tag i först.

Sammanfattningsvis tolkar många av respondenterna, att makens död orsakat Annas isolering och ensamheten är grunden till den psykiska ohälsan. Enligt *student 23* påverkar åldern Annas motivation till förändring i sitt liv. *Student 16* anser att isoleringen är viktigast att få bukt med annars sitter Anna bara hemma och tänker negativt. *Student 7* anser att isoleringen kan påverka de andra problemen och att en minskning av den kan göra det bättre. Hen skriver också att det gäller att anpassa sig i det nya *Student 41* skriver att en dålig kontakt med nära och kära kan leda till att man hamnar i samma tankemönster och svårt att känna motivation. samma student skriver också Anna behöver hjälp att skaffa ett nytt nätverk då hennes nuvarande nätverk påverkats av Annas höga ålder.

Eftersom orsaken till problemen tolkas olika ses också olika behov och lösningar på problemen som grundats i tolkningen av orsaken. I grupp 38 förespråkas till exempel medicinering och samtalsstöd i form av KBT med psykolog för att få bukt med den psykiska ohälsan. På frågan om *vilken hjälp Anna borde få?* svarade några av studenterna i grupp 38 så här:

Student 5, grupp 38

"Medicinering och KBT. Antidepressiva läkemedel har goda effekter på vuxna med en depression (vilket jag antar att Anna har utifrån hennes situation och beteende). Det minskar nedstämdhet och ökar möjligheter för att klara av att utföra enklare sysslor. Bör kombineras med terapi. Självt anser jag att KBT är det bättre alternativet eftersom det visat sig fungera bra i studier. "

Student 34, grupp 38

"I min åsikt hade Anna behövt någon form av terapi (ex samtal med psykolog/kurator) för att kunna bearbeta sin sorg. Medicinering kan vara en del av behandlingen för att minska hennes djupa depression, vilket kan bidra till att förhindra självmordsförsök (dock ska medicinering inte vara den primära behandlingsformen.) I övrigt vore det önskvärt med psykosociala insatser, såsom stöd från familjen och insatser som kan ge hjälp med att klara av vardagens svårigheter, utöver den terapeutiska hjälp hon får."

Student 60, grupp 38

“Jag tror att Anna skulle vara hjälpt av professionell psykoterapi och kanske i kombination med anti-depressiva. Genom samtalsterapin får hon möjlighet att sätta ord på de svåra känslor hon känner, få stöd och hjälp med livet och kanske även prata om tidigare problem i livet som kan ligga till grund för hennes depression. Medicinering kan hjälpa henne att orka vardagen och förhoppningsvis må bättre!”

Student 58, grupp 38

”För en lekman som mig låter det som att Anna är på väg att gå in i en depression eller redan inne i den. I en start så kanske medicinering hade varit bra för att få upp serationinhalterna [sic] och på så vis må bättre. Men sakta tycker jag ska trappa ut och samtidigt bygga upp med KBT. Jag hade inte valt att lägga in Anna för psykisk observation och behandling för i min värld blir det inte bättre av tvång när någon är såhär hjälpsökande. Hon uttrycker suicidaltankar men om man agerar snabbt med ovanstående plan tror jag att man kan komma ur det absolut svåraste.”

Exemplen ovan är snarlika men det beror på att de flesta svaren från grupp 38 på denna fråga såg ut så här mer eller mindre. De flesta av respondenterna tolkar att Anna lider av en depression och det är professionell hjälp i form av psykoterapi som förespråkas men även samtal med kurator. Medicin och antidepressiva förespråkas i kombination med samtal. *Student 60* tror att Anna hade tidigare problem i livet som kan ligga till grund för depressionen. Både *student 60* och *34* anser att Anna borde få något slags stöd för att klara/orka med vardagen. *Student 34* skriver att medicinering kan förhindra självmordsförsök och minska hennes djupa depression. *Student 58* skriver att det inte blir bättre med tvång när hen skriver om inläggning för observation och behandling och istället agera snabbt med medicinering och KBT.

Till skillnad från grupp 38 förespråkar många från grupp 78 istället insatser som bryter isoleringen och ensamheten. På samma fråga, *Vilken hjälp borde Anna få?* svarade några av studenterna så här:

Student 7, grupp78

“Jag ser många olika vägar att gå för att hjälpa Anna, allt från hemtjänst till kontakt med psykiatriker eller kurator för den delen. Men att ta kontakt med psykiatriker tror jag är ett större och svårare steg att ta än exempelvis kontakta kommunen för att ansöka om hemtjänst. Då jag har arbetat som just bistånds/äldrehandläggare tidigare vet jag att man inom hemtjänst hjälper till att bryta social isolering (har svårt att tro att det inte finns i alla kommuner). I kontakten med kommunen kan man även få information om träffpunkter och liknande för de äldre, även det kan vara en hjälp för Anna att må bättre.”

Student 20, grupp 78

“Utifrån ovanstående fallbeskrivning känns det som att Anna är i behov av att prata med en kurator som kan hjälpa henne med att förstå sin situation samt få henne ur den dystopiska synen hon har. Vi får inte riktigt reda på om hon klarar av hemmasysslor, om hon har någon närstående som kan hjälpa henne etc. för i sådana fall kanske hon är i behov av att få vara på ett boende (med tanke på hennes ålder). Hennes situation är allvarlig med tanke på att det kan dyka upp självska tankar och därför kan en åtgärd som att få träffa en kurator eller psykiatriker av stor vikt i hennes fall.”

Student 23, grupp 78

“Ett besök på vårdcentralen skulle kunna hjälpa Anna att se om hon har några fysiska åkommor, och vad som då kan göras för att underlätta hennes vardag och om den minskade aptiten och sömnbesvären beror på någon sjukdom. Kuratorn kan hjälpa henne när det kommer till att bearbeta sin makes död och hitta det som är viktigt i hennes liv nu för att finna motivation och leva gott resten av livet. Insats som Hemvård eller äldreboende vore relevant att ta upp, dels pga [sic] att hon har svårt att klara av saker i vardagen, som hon då kan få stöd med, dels pga[sic] isoleringen då hon får sällskap på äldreboende. Får också kolla släktförhållanden för det sociala och ev stöd.”

student 25, grupp 78

"Anna skulle troligen bli hjälpt av att få någon att prata med om det hon känner och det hon varit med om i samband med makens bortgång. Kanske skulle det behöva någon insats som hemtjänst eller liknande för att få regelbundenhet på matintag och när det gäller sömnen så borde hon få kontakt med en läkare om det behövs insomningstabletter eller sömnmedicin som hjälp. Anna skulle säkert också må bra av att få träffa andra så kanske kunde motivationsarbete vara ett alternativ för att få henne att vilja gå på t ex PRO träffar eller något annat socialt sammanhang."

Student 42, grupp 78

"Anna har behov av samtal med en professionell. Om det finns en isolering ska denna brytas med att träffa barn och barnbarn om det annars finns andra pensionärer. Det kan finnas behov av medicin så att Anna kan sova och få energi och samtidigt övertala henne hur viktigt det är att hon äter."

Förslag på insatser som ges till Anna 78 år, är stödgrupper, komma ut och träffa folk, anhöriga, kontakt med kommunen, motivationsarbete. Som samtalsstöd nämns ofta kurator men sällan psykolog eller psykiatrin. Hemtjänst och flytt till särskilt boende nämns också för att få hjälp i vardagen och för att bryta isoleringen. *Student 42* och *25* skriver att Anna kan vara i behov av medicinering för att sova. *Student 25* nämner insats som hemtjänst för att hjälpa till med mat och motivationsarbete för att få Anna att vilja gå till sociala sammanhang. *Student 23* tänker att vårdcentral skulle kunna vara till hjälp för att se om Anna har någon fysisk åkomma eller någon sjukdom som påverkar aptit och sömn. Kurator anges som hjälp för att hitta motivation och leva gott resten av livet. Hemvård och äldreboende kan vara till hjälp om Anna har svårt att klara vardagen och får sällskap på boendet. *Student 7* anser att psykiatrin skulle kunna vara till hjälp för Anna men att det kan vara ett för stort och svårt steg för Anna att ta, till skillnad från kommunen. Hemtjänsten kan bryta isoleringen och att gå på träffpunkter. *Student 20* skriver att Anna är i behov av samtal med kurator för att kunna förstå sin situation och hjälpa henne ur sin dystopiska syn. Hen skriver också att med tanke på hennes ålder kan hon vara i behov av ett boende. *Student 20* anser att Annas situation är

allvarlig med tanke på självskaderisk och det är av stor vikt att träffa kurator eller psykiatriker.

6.2 Analys

I detta avsnitt kommer resultatet att analyseras utifrån syfte och frågeställningar med hjälp av teori och tidigare forskning. Avsnittet är upplagt så att varje frågeställning utgör en underrubrik och att resultatet analyseras utifrån dem.

6.2.1 Vilken behovsbedömning gör studenterna?

De mest intressanta skillnaderna som framkom i resultatet var huruvida Anna skulle bli hjälpt av psykiatri, psykoterapi eller medicinering. Dessa tre visade på statistisk signifikant skillnad och kan ge en fingervisning om hur socionomstudenter ser på psykisk ohälsa utifrån klienters ålder. Att det gjordes skillnad på om Anna skulle bli hjälpt av psykiatri och/eller psykoterapi bekräftas också av svaren på de öppna frågorna där psykiatri eller psykoterapi knappt nämns av respondenterna i grupp 78. Medicinering togs upp som förslag mot sömn och eventuell sjukdom av grupp 78 och inte för depression eller annan psykisk ohälsa som grupp 38 föreslår.

Forskningen (Davidson & Connery 2003) har visat att äldres depressioner inte tolkas som depression utan som någonting normalt för högre ålder eller som ett sjukdomstillstånd. Utifrån de samlade svaren på enkäten, kan det även här tolkas som att grupp 78 inte gör bedömningen att Anna eventuellt lider av en depression. Davidsons och Connerys (2003) vinjettstudie visade att det var svårare att upptäcka depression hos en 70-årig man än en 30-årig, men att de flesta kände igen depressionssymtomen, men då inte som psykisk ohälsa. Det kan vara så att grupp 78 också ser Annas symtom men inte direkt kopplar det till psykisk ohälsa och depression utan till åldersrelaterade krämpor. För att ta ett exempel från resultatdelen så anser *student 23, grupp 78* att Anna borde besöka vårdcentralen för att se om sömn- och aptitbesvären beror på någon sjukdom. Jönson och Harnett (2015) menar att psykisk ohälsa är svårupptäckt hos äldre personer och kan förväxlas med sjukdomar. Det blir dock problematiskt när tolkningen av en persons situation fokuseras på ålder och eventuell hälsosituation.

Som togs upp kort i resultatdelen tycktes studenterna i grupp 38 resp. 78 tolka Annas situation helt olika beroende på Annas ålder i vinjetten. Grupp 38 tolkade Annas situation som att makens död varit en del av orsaken till den psykiska ohälsan vilket lett till de övriga problemen med sömn, aptit och isolering. Det råder ingen tvekan i grupp 38, om att det är den psykiska ohälsan som först och främst behöver åtgärdas, för att de övriga problemen ska lösa sig. I grupp 78 tolkar däremot studenterna det som att makens död orsakat isolering och att isoleringen i sin tur lett till psykisk ohälsa. Det är den klassiska frågan av vad som kom först: hönan eller ägget? Psykisk ohälsa eller isoleringen? Vad studenterna ansågs komma först tycks ha färgat deras syn på hjälpbehovet, och vad som kom först verkar bero på om Anna är 38 år eller 78 år gammal. Hur hjälpbehovet definieras kan ha påverkat vilka insatser som kommer på förslag, vilket i detta fall resulterar i att Anna 38 år får förslag på KBT och psykofarmaka för att behandla depression. Anna 78 år får däremot förslag på kuratorssamtal, pensionärsverksamhet, hemtjänst eller boende för behandling av sorg, isolering och åldersrelaterade tingest. Liknande resultat finns i Rohan et als. (1995) studie där kuratorerna adresserade helt olika problem beroende på patientens ålder.

Det verkar finnas en skillnad i hur socionomstudenterna har sett på hjälpbehovet utifrån Annas ålder och med ett åldersrelaterat perspektiv ligger stereotyper och fördomar lägligt som en av orsakerna. Andersson (2013) ger exempel på tre sorters äldrestereotyper och *pensionären* är den stereotyp som tycks passa in på många av studenternas bild av äldre. Andersson (2013) skriver att *pensionären* ses som ängslig, ensam, gammaldags och skröplig och Cuddy och Fiske (2002) lägger till inkompetent, gnällig, lat och ansvarsbärande. Att alla äldre personer skulle vara skröpliga är en stereotyp som flera av studenterna använder i tolkningarna. *Student 7, grupp 78* använder även ordet skröplig för att beskriva vad som händer i kroppen när någon blir gammal. Samma student svarar också att det gäller att anpassa sig till det nya livet när man är gammal och partnern dör, och lägger därmed ansvar på Anna 78 år att det är upp till henne att ändra på sin situation. Att respondenterna anser att Anna 78 år har ett eget ansvar för sin situation kan också tydas genom att Anna flertalet gånger beskrivs som omotiverad och i behov av motivation. Motivation till förändring av sin situation och för att dra det lite längre kan Annas avsaknad av motivation tolkas som att det finns en syn på henne som lat.

Att Anna har svårt i vardagen tolkas också olika mellan grupperna, där grupp 38 anser att det är mer problematiskt när en yngre person har det svårt i vardagen. Kanske det uppfattas som normalt att äldre personer har det svårt i vardagen och att det bara gäller att anpassa sig om

man är äldre. Vidare utmålas makens död mer som en kris för Anna 38 år som kräver bearbetning av sorg och interventioner som hjälper Anna att hantera sin situation, medan Anna 78 år även här ska anpassa sig till sin situation.

Skröpligheten går även att utläsas i andra svar som inte nödvändigtvis använder ordet men dess mening, att Anna inte längre kan ta hand om sig själv och sitt hem. Studenterna i grupp 78 tolkade Annas svårigheter i vardagen med att hon behöver hjälp med hemmasysslor på grund av hennes ålder. Svaren från studenterna i grupp 78, ger också en bild av att de ser Anna som en ensam person som förlorade sitt sällskap när maken dog, har dålig kontakt med nära och kära och att hon behöver ett nytt socialt nätverk. Detta är studenternas tolkning av att Anna i vinjetten beskrivs som isolerad, vilket inte alls behöver betyda att hon är ensam eller saknar nätverk, vilket inte heller grupp 38 uttryckligen tolkar det som. Ensamheten hos äldre är en av de fördomar som Andersson (2013b) skriver om, äldre är dock inte nödvändigtvis ensammare än någon annan ålderskategori.

6.2.2 Tas depression och självmordstankar på allvar?

Båda grupperna anser att Annas situation är allvarlig utifrån svaren på påstående nr. 9 och ingen skillnad påvisades, men det finns anledning att diskutera hur olika grupperna uppfattade Annas situation.

Som forskningen antyder (Kane 2004) har socionomstudenterna goda kunskaper kring depressionssymtom och behandling av depression. Detta syns tydligt i grupp 38 som både identifierar att Anna troligtvis lider av en depression och behöver stöd för att ta sig ur denna, i form av medicin och psykoterapi. Att studenterna i grupp 78 i mindre utsträckning förespråkar en medicinsk eller psykiatrisk vård och i värsta fall inte upptäcker psykisk ohälsa kan bero på ålderism. Om äldre personer ses som sjuka och skröpliga kan det vara svårt att se bortom stereotypen och tolka signaler på psykisk ohälsa som kroppsliga åkommor. Respondenter i grupp 78 tolkar en del av depressionssymtomen som eventuell sjukdom när Anna har aptit- och sömnsvårigheter vilket kan bero på fördomar hos respondenterna.

Forskning visar (Ivey et al. 2000; Yechezkel & Ayalon 2013; Kane & Green 2009) att äldre personers psykiska ohälsa och problem tolkas som mindre problematiska än hos yngre personer vilket även denna studie indikerar.

Att Anna är *trött på livet* rankade grupp 38 som den mest problematiska faktorn i vinjetten medan grupp 78 rankade den betydligt lägre. Detta kan tyda på att det inte togs på samma allvar att 78-åriga Anna var trött på livet. Enligt Socialstyrelsen (2012) har personer över 65 år en förhöjd självmordsrisk om riskfaktorer finns med i bilden, som till exempel svagt socialt nätverk, depression och anhörigs dödsfall. Fiktiva Annas tankar om döden, att skada sig själv tillsammans med hennes riskfaktor, borde kanske tagits på större allvar. I svaren på de öppna frågorna nämndes knappt självmordsrisk i grupp 78 men betydligt oftare i grupp 38. Varken grupp 38 eller grupp 78 ansåg att depressionen och självmordstankarna var så pass allvarliga att Anna skulle behöva läggas in för observation. Flera tolkade att inläggningen skulle ske med tvång vilket det inte hade behövt vara, som *student 58, grupp 38* tolkade det "*Jag hade inte valt att lägga in Anna för psykisk observation och behandling för i min värld blir det inte bättre av tvång när någon är såhär hjälpsökande*" vilket kan ha påverkat resultatet. I vilket fall som helst så tänktes tanken att en eventuell inläggning skulle kunna vara aktuell men att göra det med tvång var fel väg att gå. I grupp 78 kom aldrig en eventuell inläggning för psykiatrisk vård som förslag. Det kan förstås tolkas som att självmordstankarna hos Anna inte tas på så stort allvar av grupp 78 som av grupp 38. Depressionen kan inte heller sägas tas på lika stort allvar i grupp 78 då många inte tycks tolka det som att Anna lider av en depression, sett till svaren på de öppna frågorna. Ordet depression lyser oftast med sin frånvaro i svaren från grupp 78 men inte grupp 38. Om 78-åriga Annas tillstånd tolkas som depression verkar det mer lita åt en lindrig depression eller nedstämdhet och inte en djup depression. Ytterst få tolkar hennes depression som något som behandlas av psykiatri utan att den kan behandlas av samtal med kurator, socialisering och medicinering.

Anledningen till att Annas trötthet på livet rankas mycket lägre i grupp 78, kan också bero på att det anses som normalt att ha dessa tankar vid högre ålder. Jönson och Harnett (2015) problematiserar äldre personers tankar om döden och menar att det kan vara naturligt att tala om döden när man blir äldre och att det finns ett behov av det. Men när tar det onaturliga över det naturliga pratet om döden? I Uncapher och Arens (2000) studie var läkarna mer ovilliga att behandla självmordstankar hos äldre än yngre vilket enligt författarna kunde bero på att det anses som normalt att ha sådana tankar som äldre och att äldre uppfattades som svårbehandlade. Om respondenterna från grupp 78 upplever äldre personer som mer svårbehandlade är svårt att säga men en av respondenterna i grupp 78 menade att Annas ålder förmodligen bidrar till att hon saknar motivation till förändring till det bättre. Någon som saknar motivation till förändring är troligtvis svårbehandlad och därför erbjuds möjligen

ingen behandling till den personen. Gellis (2010) visade att socialarbetare har goda kunskaper om depression hos äldre men sämre kunskap om självmordsrisken hos äldre personer. Eftersom självmordsrisken inte verkar vara högst prioriterat för Anna 78 år kan det som Gellis (2010) visade på, att kunskapen är för låg om suicidrisken hos äldre personer. Om självmordstankar misstas för naturliga tankar om döden riskerar de äldre som lider av psykisk ohälsa och självmordstankar att inte bli tagna på allvar och onödigt lidande blir ett faktum.

6.2.3 Vilka insatser förespråkas av studenterna?

Det fanns en skillnad i vilka insatser som förespråkades mellan grupperna. De insatser som föreslås för Anna 78 år är främst för att råda bot på hennes isolering som många bedömt vara boven i sammanhanget. En parallell kan dras en till en studie med socialsekreterare gjord av McCrae et al. (2005) där socialsekreterarna menade att depression hos äldre berodde på att de var isolerade. Isolationen skulle då brytas med sociala interventioner vilket även förespråkas av många i grupp 78. Författarna (ibid) kopplar även detta resultat till att socialsekreterarna sällan pratade om klinisk depression utan talade om det utifrån en nedstämdhet orsakad av ensamhet. Insatser som hemtjänst föreslås för att få hjälp att komma ut och få sällskap av hemtjänstpersonalen men även för att få hjälp med andra saker såsom hemmasysslor och mat. Särskilt boende kommer också som förslag till Anna 78 år på grund av hennes höga ålder och eftersom det finns sällskap där. Andra sociala verksamheter som pensionärsverksamhet och PRO-träffar ges som förslag för att bryta Annas isolering för att öka hennes välbefinnande.

Respondenterna i grupp 38 var betydligt mer positiva till att Anna skulle bli hjälpt av medicinering, psykiatri och psykoterapi och resultatet visade på en statistisk signifikant skillnad mellan de två grupperna på dessa områden. I svaren på de öppna frågorna förespråkade grupp 38 framförallt kontakt med psykolog, psykiatriker och psykoterapi i form av KBT tillsammans med antidepressiv medicin mot depression, helt i linje med Socialstyrelsens (2012) rekommendationer. Frågan som borde ställas är, hur det kommer sig att grupp 78 är mer negativt inställda till kontakt med psykiatri, psykoterapi och medicinering? Psykiatrisk behandling är dyrt och Som Kane (2004) menar på, kan terapeutisk nihilism förklara professionellas ålderism. I detta sammanhang skulle det innebära att man i Sverige prioriterar bort äldre från psykiatrin till fördel för yngre i tron att de har bättre förutsättningar att bli friska och att resurserna således kommer till bättre användning. I Schroyen et als. (2016) studie uppmuntrade inte sjuksköterskor äldre personer att genomgå dyrare behandlingar i samma utsträckning som yngre, på grund av terapeutisk nihilism

menade författarna. Det är svårt att säga om terapeutisk nihilism kan vara en av anledningarna till att Anna 78 år inte anses bli hjälpt av psykoterapi i samma utsträckning som den yngre Anna.

En sak som togs upp under föregående rubrik, är möjligheten att grupp 78 inte tolkar det som att Anna är deprimerad och därför inte förslår insatser för depression. I Yechezkel och Ayalons (2003) studie förespråkade socialarbetarna en terapeutisk intervention för den yngre klienten men inte för den äldre vilket enligt författarna berodde på en ålderistisk syn där symtomen på misshandel förväxlades med åldersrelaterad problematik. Som togs upp i början av detta kapitel kan psykisk ohälsa misstas för sjukdomar hos äldre vilket kan leda till att depression inte upptäcks. Att studenterna inte tolkar Annas situation som en depression bekräftas också av att medicin inte ansågs vara lika behjälplig för Anna 78 år som för Anna 38 år. Även när det talas om medicin i de öppna svaren är det främst för att motverka sömnproblem vilket är ännu ett steg i riktningen att det inte tolkas som depression. Anledningen till att en terapeutisk intervention inte förespråkas lika ofta kan också enligt Helmes och Gee (2003) bero på att det finns en felaktig tro att äldre personer inte kan ta till sig terapi och att behandlingsformen inte fungerar. Fördomar att äldre har svårt att ändra sina vanor är inget nytt, ordspråket *man inte kan lära gamla hundar att sitta* känner nog de flesta till men sanningshalten i ordspråket går att diskutera. Det kan vara så att äldre personer inte blir hänvisade eller remitterade till psykiatrin och psykoterapi på grund av fördomen att äldre personer inte kan ändra på sig. En av studenterna i grupp 78 skriver ” *Att hon är gammal är inget problem i sig men bidrar förmodligen till att hon ev saknar motivation till att tänka på att göra någon förändring i sitt liv till det bättre*”. Detta bekräftar en ålderistisk syn på äldre som omotiverade till förändring på grund av hög ålder och kan vara en orsak till att respondenterna i mindre grad ansåg att psykoterapi skulle vara Anna behjälplig.

När socialstyrelsen (2012) gjorde sin inventering upptäckte de att förvånansvärt få äldre besökte psykiatrin och de få som var där var redan kända sedan längre tid tillbaka. Äldre personer med en känd och lång problematik med psykisk ohälsa finns inom psykiatrin men vad händer med de som insjuknar senare i livet? Kan en ålderistisk syn på äldre, som svåra att hjälpa, hindra dem från att få hjälp av psykiatrin? Blir äldre personer med psykisk ohälsa hänvisade till psykiatrin? *Student 7, grupp 78* ansåg till exempel att det skulle vara ett svårare och större steg för Anna att kontakta psykiatrin än att kontakta kommunen för hemtjänst. Varför anses det vara ett för stort steg för Anna 78 år att kontakta psykiatrin? Handlar det om att äldre personer är mer ovilliga att söka hjälp på grund av den stigmatisering som många

äldre med psykisk ohälsa upplever, som i Allen et als. (1998) studie? Eller handlar det om en syn på äldre som inkompetenta och omotiverade till förändring?

Att studenterna i grupp 78 i mindre utsträckning förespråkar en medicinsk eller psykiatrisk vård och i värsta fall inte upptäcker psykisk ohälsa kan bero på ålderism. Fördomar och stereotyper kring vilka egenskaper en äldre person har kan påverka hur man ser på den personen och hur man ser på hjälpbehovet. Fördomar som att äldre är ensamma, sjuka, skröpliga, negativa, omotiverade kan ha effekt på hur socionomstudenterna ser på en äldre persons hjälpbehov och insatser. Sjuka och skröpliga personer behöver hjälp av läkare, ensamma personer behöver socialiseras mer och omotiverade personer behöver engageras och motiveras. I grupp 38 var det nästan ingen som tolkade att Anna led av någon fysisk sjukdom, var negativ, omotiverad eller hade behov av hemhjälp eller nytt boende.

Slutligen kan de grupperingar som enligt *social identification theory* (SIT) uppstå baserat på exempelvis ålder göra det svårt för socionomstudenter att identifiera sig med Anna 78 år. Yngre, där tillhörande de flesta socionomstudenter, som grupp distanserar sig enligt SIT till den äldre generationen och medmänskligheten och empatin riskerar att inte alltid nå utanför den egna gruppen med samma självklarhet.

7. Diskussion

Studiens syfte var att undersöka om socionomstudenter bedömer en person med depression och självmordstankar olika, och hur skillnaden ser ut, beroende på om personen är yngre eller äldre. Utgångspunkten var att det görs skillnad gällande psykisk ohälsa mot bakgrund av avsaknaden av äldre personer inom psykiatrin och resultatet från tidigare forskning.

Studiens resultat visade på flera intressanta skillnader, bland annat huruvida Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi, medicinering och kontakt med psykiatrin. Respondenterna ansåg att 38-åriga Anna skulle bli mer hjälpt av psykoterapi, medicinering och kontakt med psykiatrin, jämfört med 78-åriga Anna vilket kan tolkas som ålderism. Andra intressanta skillnader var hur respondenterna rankat Annas trötthet på livet utifrån hur problematiskt de ansåg att det var att Anna är trött på livet. Respondenterna rankade problemet betydligt högre för yngre Anna. Det visade sig också finnas en skillnad i hur respondenterna såg på vardagsproblemen i Annas liv och att det var mer problematiskt att ha svårt i vardagen för en yngre än äldre person. Ålderism kan spela en roll i sammanhanget och påverka hur respondenterna ser på

äldres psykiska ohälsa och hjälpbehov. Stereotyper och fördomar om äldre som ensamma, omotiverade och skröpliga kan göra det svårt att se individen bakom åldern då det ofta handlar om omedvetna processer kan det vara svårt att komma till insikt för detta problem.

Utifrån resultatet, både det kvalitativa och det kvantitativa, verkade det som att respondenterna i grupp 78 inte hade tolkat Annas psykiska ohälsa som en depression som behöver behandlas. Det ställer såklart många frågor om det är ett vanligt förekommande problem bland socionomstudenter och kanske även socialsekreterare? Att socialsekreterare inte upptäcker en äldre persons depression är ett enligt mig ett stort problem och kan ha påverkan på många områden inom socialt arbete. Inte bara för att kunna hjälpa äldre personer med självmordstankar som kvinnan i inledningen, utan för att kunna arbeta förebyggande och arbeta fram relevanta insatser.

Någonting som fick mig att reagera var att svaren på de öppna frågorna skiljde sig i språket. Det var en något hårdare ton i svaren från grupp 78 än 38, mindre igenkännande och empatiskt. Det skulle kunna vara en intressant inriktning på en undersökning att studera hur man talar eller skriver om äldre personer jämfört med yngre. Det skulle även vara spännande att undersöka studenternas tänkande kring ålder och psykisk ohälsa. Möjligen skulle en intervjustudie med fokus på depression och behandling vara givande. Forskning på vilka skillnader som görs i praktiken av yrkesutövande socionomer råder det brist på och skulle därför vara till nytta.

Trots att jag nu är mer uppmärksam på denna problematik efter att ha jobbat med denna uppsats så kommer tyvärr även jag och mitt eget tänkande säkert påverkas av fördomar om ålder och äldre. Det viktigaste man kan göra är att vara medveten om och reflektera kring sina mänskliga brister och omedvetna processer.

Referenslista

- Andersson, L. (2013). Ålderism. I Andersson, Lars (red.) *Socialgerontologi*. 2., [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur, S. 104-127
- Allen, P. D., Cherry, K. E. & Palmore, E. (2009). Self-reported ageism in social work practitioners and students, *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 52, nr. 2 2009 S. 124-134 111p.
- Allen, R. L., Walker, Z., Shergill, S. S., D'Ath, P. & Katona, C. L. E. (1998). Attitudes to depression in hospital inpatients: a comparison between older and younger subjects, *Aging & Mental Health*, vol. 2, nr. 1 1998 S. 36-39.
- Anderson, D. & Wiscott, R. (2003). Comparing Social Work and Non-Social Work Students' Attitudes About Aging: Implications to Promote Work with Elders, *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 42, nr. 2 2003 S. 21-36.
- Andersson, L. (2008). *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.
- Azulai, A. (2014). Ageism and Future Cohorts of Elderly: Implications for Social Work, *Journal of Social Work Values & Ethics*, vol. 11, nr. 2, Fall2014 2014 S. 2-12.
- Bevacqua, F. & Kurpius, S.E. Robinson (2013). Counseling Students' Personal Values and Attitudes toward Euthanasia, *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 35, nr. 2 2013 S. 172-188.
- Bezzazi, S. (2013) *Kvinnan som tog sitt liv hade nekats boende*. [<http://www.svt.se/nyheter/lokalt/vast/dokument-visar-kvinnan-som-tog-sitt-liv-hade-tidigare-nekats-boende>Hämtat: 2016-06-27]
- Bodner, E. (2009). On the origins of ageism among older and younger adults, *International Psychogeriatrics*, vol. 21, nr. 6 2009 S. 1003-1014.
- Bryman, A & Nilsson, B. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Butler, R.N. (1969). Age-Is: Another Form of Bigotry, *Gerontologist*, vol. 9, nr. 4_Part_1, 01/05/ 1969 S. 243.
- Butler, R.N. (1980). Ageism: A Foreword, *Journal of Social Issues*, vol. 36, nr. 2, Spring1980 1980 S. 8-11.
- Danebäck & Månsson (2006). Blom, Björn, Morén, Stefan & Nygren, Lennart (red.) (2006). *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. 1. utg. Stockholm: Natur och Kultur
- Davidson, K. M. & Connery, H. (2003). A Scottish survey of attitudes to depression in older

- and younger adults, *Journal of Mental Health*, vol. 12, nr. 5 2003 S. 505-512 508p.
- Gamliel, E. & Levi-Belz, Y. (2016). To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide, *International Psychogeriatrics / IPA*, vol. 28, nr. 8 2016 S. 1383-1390.
- Gellis, Zvi D. (2010). Social Work Practitioner Knowledge and Assessment of Late-Life Depression, *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 53, nr. 6 2010 S. 495-511.
- Greene, M.G., Adelman, R, Charon, R. & Hoffman, S. (1986). AGEISM IN THE MEDICAL ENCOUNTER: AN EXPLORATORY STUDY OF THE DOCTOR-ELDERLY PATIENT RELATIONSHIP, *Language & Communication*, vol. 6, nr. 1/2 1986 S. 113-124.
- Helmes, E. & Gee, S. (2003). Attitudes of Australian therapists towards older clients: Educational and training imperatives, *Educational Gerontology*, vol. 29, nr. 8 2003 S. 657.
- Ivey, D.C., Wieling, E. & Harris, S.M. (2000). Save the Young--the Elderly Have Lived Their Lives: Ageism in Marriage and Family Therapy [*], *Family Process*, vol. 39, nr. 2, Summer2000 2000 S. 163.
- Jergeby, U. (1999). *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmotoden*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). (CUS-skrift, 1401-2111 ; 1999:3).
- Jönson, H. (2002). *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönson, H. & Andersson, L. (2009). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Norrköping: Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet.
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kane, M.N. (2004). *Ageism and Intervention: What Social Work Students Believe About Treating People Differently Because of Age* Article diss., Routledge Educational Gerontology?
- Kane, M. N. (2004). Predictors for future work with elders, *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 42, nr. 3/4 2004 S. 19-38.
- Kane, M.N. & Green, D. (2009). Perceptions of Elders' Substance Abuse and Resilience, *Gerontology & Geriatrics Education*, vol. 30, nr. 2, 01/01/ 2009 S. 164-183.
- Kaplan, D.T. (2011). *Statistical modeling: a fresh approach*. St. Paul, MN: Project Mosaic.
- Klein, J. & Liu, L. (2010). Ageism in current practice: experiences of occupational therapists, *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 28, nr. 4 2010 S. 334-347 314p.

- Koenig, H. G. (2007). Physician attitudes toward treatment of depression in older medical inpatients, *Aging & Mental Health*, vol. 11, nr. 2 2007 S. 197-204.
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2005). *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, K. & Berger, A.K. (2007). *En osynlig grupp: boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. (Rapporter/ Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 1401-5129 ; 2007:12).
- Levy BR, Banaji MR. (2004) Implicit ageism. In: Nelson TD, editor. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: The MIT Press; 2004. pp. 49–75.
- McCrae, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A. & MacDonald, A. (2005). 'They're all depressed, aren't they?' A qualitative study of social care workers and depression in older adults, *Aging & Mental Health*, vol. 9, nr. 6 2005 S. 508-516 509p.
- Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R. & Jacobsson, K. (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur & kultur.
- Nelson, T. D. (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, Mass: A Bradford Book.
- Cuddy, A.C. & Fiske, S.T. (2003) 'Doddering but dear: process, content and function in stereotyping of older persons', *IN: Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Närvänen, A-L. (2009). Ålder, livslopp, åldersordning. I Håkan Jönson (red) *Åldrande, åldersordning och ålderism*. Norrköping: Nationellainstitutet för forskning om äldre och åldrande, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet.
- Peake, M. D., Thompson, S., Lowe, D. & Pearson, M. G. (2003). Ageism in the management of lung cancer, *Age & Ageing*, vol. 32, nr. 2 2003 S. 171-177.
- Pettersson Å. (2011). *Kartläggning av vård- och omsorgsbehov för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning i Södertälje äldreomsorg*. Nes-tor FoU-Center.
- Rohan, E. A., Berkman, B., Walker, S., & Holmes, W. (1994). The geriatric oncology patient: Ageism in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 23(1=2), 201–221.
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C. & Adam, S. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology, *International Psychogeriatrics*, vol. 28, nr. 5 2016 S. 749-757.

- Socialstyrelsen (2010a). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem [Elektronisk resurs]: (ICD-10-SE). Systematisk förteckning* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa: slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013b). *Se tecken och ge rätt stöd: vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013c) *Psykisk ohälsa bland unga: underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Uncapher, H. & Areán, P. A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol., nr. 2000 S. 188-192 185p.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wang, D. & Chonody, J. (2013). Social Workers' Attitudes Toward Older Adults: A Review of the Literature, *Journal of Social Work Education*, vol. 49, nr. 1, Winter2013 2013 S. 149-172.
- Yechezkel, R. & Ayalon, L. (2013). Social Workers' Attitudes towards Intimate Partner Abuse in Younger vs. Older Women, *Journal of Family Violence*, vol. 28, nr. 4 2013 S. 381-391 311p.

Bilaga 1

Vinjett 1

Vinjett och frågor från studien utförd av Kane (2004)

“Mrs. Jones is married and [72 or 38] years old. She owns her own business and has raised two children. She presents herself at the local social service agency. She appears distraught and preoccupied. When she meets with her social worker, she tearfully tells the social worker that she feels overwhelmed because she has been diagnosed with a serious type of cancer. She states that she has told her children and husband that she has cancer; all of whom are devastated by the news. She goes on to say that she does not want to suffer from a painful illness and believes she might be better off by ending her life. She denies any particular plan at this time or any history of previous attempts to harm herself. She states that she believes in assisted suicide and the right-to-die, i.e., “that people should have the right to control when and how their lives end, especially when they believe that there is little hope of a productive life in the future.” (Kane 2004, s. 773)

Frågor 1

Frågor tillhörande vinjett 1 också gjorda av Kane (2004)

1. Mrs. Jones should be assessed for depression
2. If Mrs. Jones killed herself, it would be understandable
3. Assisted suicide in cases such as this, should be legal
4. Considering Mrs. Jones' age, there is a good chance that Mrs. Jones could have a complete recovery
5. Mrs. Jones should be allowed to end her own life if she chooses
6. Mrs. Jones should be involuntarily committed to a psychiatric facility for observation and treatment
7. Mrs. Jones probably will die no matter what type of medical care she receives
8. If Mrs. Jones were younger, her chances of recovery would be better
9. The social worker should tell Mrs. Jones that she has many reasons to continue living
10. The social worker should help Mrs. Jones prepare for death

11. Mrs. Jones is too confused to make any decisions
 12. Mrs. Jones should be more concerned about the quality of her life rather than its length
 13. Mrs. Jones has lived a long time
 14. Mrs. Jones' wishes and decisions will be respected by health care professionals
 15. Mrs. Jones should receive psychotherapy to help her
 16. I would want to be Mrs. Jones' social worker
- (Kane 2004, s. 774-775)

Vinjett 2

Vinjett från studie utförd av Kane (2008)

“Mr./Ms. Jones is 75 years old and has recently lost his/her spouse. While always in good health, the recent death of his/her spouse has affected him/her. He/she reports a loss of appetite, difficulty sleeping, and difficulty in imagining living without his/her spouse. His/her physician believes that he/she is experiencing normal mourning and suggests that he/she consider counseling and, perhaps, medications if the symptoms persist longer than a few months. While returning home from this appointment, a mugger attacks, throwing him/her to the ground. The mugger forcibly removes all his/her money and valuables. He/she is not physically injured, but emotionally shaken. He/she reports the crime to police, but relives the experience in his/her dreams and sometimes becomes too frightened to leave the house alone. At other times he/she becomes overwhelmed with the loss of his/her spouse and with being mugged. During these moments he/she may cry, feel anxious, and sometimes think he/she might be better off dead. While he/she has no concrete plan to harm himself/herself, and no previous history of suicidal thoughts, he/she is still concerned enough to make an appointment to see a therapist. When the therapist asks if he's/she's considering harming herself, he/she says that the thought has crossed his=her mind recently, but he/she doesn't know how he/she would do it.” (Kane 2006, s. 36-37)

Frågor 2

Frågor från en vinjettstudie utförd av Davidsson och Connery (2003). Frågans nummer står i parentes efter frågan.

“David’/should pull himself together (1),/is having the kind of problems that all of us have at times (2),/would be difficult to talk to (3),/has only himself to blame (4),/may be physically ill (5),/might be suffer-ing from a mental illness (6),/would benefit from talking to a friend (7),/would benefit from talking to his owndoctor (8),/would benefit from talking to a mental health professional (9),/would benefit from medication (10). A final question was included that asked parti-cipants if they knew anyone who had similar problems to ‘David’ (11)” (Davidsson & Connery 2003, s. 507-508)

Bilaga 2

Enkät psykisk ohälsa

Nedan följer en kort fallbeskrivning som du ska ta ställning till och sedan besvara några frågor.

Fallbeskrivningen är sparsam på information och du ska endast ta ställning till det som står i beskrivningen och inte lägga till saker själv. Det finns inget rätt eller fel utan det är Din upplevelse och tolkning som är intressant.

*Obligatorisk

Fallbeskrivning

Anna Johansson är 38 år gammal och du träffar henne i din roll som socionom. Anna förlorade sin man för ett halvår sedan och har sedan dess haft svårt i vardagen. Anna berättar att hon har problem med sömnen, dålig aptit och blivit alltmer isolerad hemma. Under samtalet gråter Anna och berättar att hon känner sig trött på livet och att det vore bättre om hon också vore död. Anna säger att hon inte har planer på att skada sig själv men att hon tänker på det när det är som värst.

Bakgrundsfrågor

Nedan följer några bakgrundsfrågor.

Vilken termin på socionomprogrammet läser du på?

T.ex. 6

Vilket år är du född?

t.ex. 1989

Du är...

Markera alla som gäller.

- Kvinna
- Man
- Annat

Frågor

Nedan följer några påståenden kring fallbeskrivningen du precis läst. Klicka i var på skalan som stämmer bäst överens med din uppfattning.

1. Det är förståeligt att Anna är trött på livet.

Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

2. Anna skulle bli hjälpt av att komma i kontakt med en läkare på vårdcentralen.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

3. Anna skulle bli hjälpt av att prata med en kurator.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

4. Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

håller helt med

5. Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

6. Anna skulle bli hjälpt av medicinering.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

7. Anna borde bli inlagd på psykiatrisk klinik för observation och behandling.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

8. Anna kommer troligtvis må dåligt oavsett hjälp.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

9. Annas situation är mycket allvarlig.
Markera endast en oval.

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte alls med

Håller helt med

10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? *

Rangordna från 1 – 7 där 1 är den MEST problematiska faktorn och 7 är den MINST problematiska.

Markera endast en oval per rad.

1 2 3 4 5 6 7

Makens död

Svårt i
vardagen

Åldern

Sömnpblem

Dålig aptit

Trött på livet

Isolerad

11. Varför anser du att de faktorer du rangordnat högst är mest problematiska?
Svara gärna utförligt.

12. Vilken hjälp borde Anna få?

Skriv gärna utförligt och motivera varför du tror att den hjälpen skulle kunna vara bra.

Bilaga 3

Figur 1-2. t-test påstående1-9

Group Statistics					
	Ålder	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1. Det är förståeligt att Anna är trött på livet.	38 år	101	6,01	1,063	,106
	78 år	71	5,75	1,239	,147
2. Anna skulle bli hjälpt av att komma i kontakt med en läkare på vårdcentralen.	38 år	102	4,44	1,614	,160
	78 år	70	4,37	1,754	,210
3. Anna skulle bli hjälpt av att prata med en kurator.	38 år	102	5,93	,936	,093
	78 år	71	6,07	1,113	,132
4. Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatrin.	38 år	102	5,51	1,461	,145
	78 år	71	4,61	1,660	,197
5. Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi.	38 år	101	5,06	1,535	,153
	78 år	71	4,34	1,621	,192
6. Anna skulle bli hjälpt av medicinering.	38 år	101	3,90	1,540	,153
	78 år	70	3,36	1,642	,196
7. Anna borde bli inlagd på psykiatrisk klinik för observation och behandling.	38 år	102	2,30	1,384	,137
	78 år	71	2,06	1,286	,153
8. Anna kommer troligtvis må dåligt oavsett hjälp.	38 år	102	2,34	1,644	,163
	78 år	71	2,17	1,434	,170
9. Annas situation är mycket allvarlig.	38 år	102	4,93	1,322	,131
	78 år	71	4,90	1,278	,152

Fig. 2.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
1. Det är förståeligt att Anna är trött på livet.	Equal variances assumed	1,352	,247	1,494	170	,137	,263	,176	-,085	,612	
	Equal variances not assumed			1,454	135,750	,148	,263	,181	-,095	,622	
2. Anna skulle bli hjälpt av att komma i kontakt med en läkare på vårdcentralen.	Equal variances assumed	,416	,520	,269	170	,788	,070	,260	-,443	,582	
	Equal variances not assumed			,265	140,151	,792	,070	,264	-,451	,591	
3. Anna skulle bli hjälpt av att prata med en kurator.	Equal variances assumed	,187	,666	-,889	171	,375	-,139	,156	-,448	,170	
	Equal variances not assumed			-,862	133,524	,390	-,139	,161	-,458	,180	
4. Anna skulle bli hjälpt av att kontakta psykiatin.	Equal variances assumed	3,079	,081	3,785	171	,000	,904	,239	,433	1,376	
	Equal variances not assumed			3,699	137,986	,000	,904	,244	,421	1,387	
5. Anna skulle bli hjälpt av psykoterapi.	Equal variances assumed	,232	,631	2,965	170	,003	,721	,243	,241	1,202	
	Equal variances not assumed			2,937	145,591	,004	,721	,246	,236	1,207	
6. Anna skulle bli hjälpt av medicinering.	Equal variances assumed	2,042	,155	2,210	169	,028	,544	,246	,058	1,030	
	Equal variances not assumed			2,184	142,245	,031	,544	,249	,052	1,036	
7. Anna borde bli inlagd på psykiatrisk klinik för observation och behandling.	Equal variances assumed	,335	,563	1,191	171	,235	,248	,208	-,163	,658	
	Equal variances not assumed			1,207	157,466	,229	,248	,205	-,158	,653	
8. Anna kommer troligtvis må dåligt oavsett hjälp.	Equal variances assumed	4,188	,042	,721	171	,472	,174	,241	-,302	,651	
	Equal variances not assumed			,739	162,436	,461	,174	,236	-,291	,639	
9. Annas situation är mycket allvarig.	Equal variances assumed	,051	,822	,149	171	,882	,030	,202	-,368	,428	
	Equal variances not assumed			,150	153,935	,881	,030	,200	-,366	,426	

Fig 3-4. T-test faktorerer

Fig. 3.

Group Statistics					
	Grupp	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Sömnproblem]	38	102	3,97	1,262	,125
	78	71	3,85	1,509	,179
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Svårt i vardagen]	38	102	3,94	1,514	,150
	78	71	4,46	1,548	,184
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Dålig aptit]	38	102	4,26	1,554	,154
	78	71	4,03	1,639	,194
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Isolerad]	38	102	3,46	1,817	,180
	78	71	3,55	1,940	,230
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Trött på livet]	38	102	3,71	2,137	,212
	78	71	3,83	1,993	,236
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Åldern]	38	102	5,06	2,785	,276
	78	71	4,72	2,721	,323
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Makens död]	38	102	3,60	2,145	,212
	78	71	3,56	2,169	,257

Fig. 4.

		Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference			
									Lower	Upper		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Sömnproblem]	Equal variances assumed	8,433	,004	,593	171	,554	,126	,212	-,292	,543		
	Equal variances not assumed			,575	132,964	,566	,126	,218	-,306	,557		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Svårt i vardagen]	Equal variances assumed	,487	,486	-2,217	171	,028	-,524	,236	-,990	-,057		
	Equal variances not assumed			-2,208	148,645	,029	-,524	,237	-,992	-,055		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Dålig aptit]	Equal variances assumed	,193	,661	,963	171	,337	,237	,246	-,248	,721		
	Equal variances not assumed			,954	145,538	,342	,237	,248	-,254	,727		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Isolerad]	Equal variances assumed	,159	,691	-,307	171	,760	-,089	,289	-,659	,482		
	Equal variances not assumed			-,303	144,257	,762	-,089	,292	-,666	,489		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Trött på livet]	Equal variances assumed	1,705	,193	-,389	171	,698	-,125	,321	-,759	,509		
	Equal variances not assumed			-,394	157,132	,694	-,125	,317	-,752	,502		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Äldern]	Equal variances assumed	,038	,847	,798	171	,426	,341	,426	-,501	1,182		
	Equal variances not assumed			,802	152,953	,424	,341	,425	-,499	1,180		
10. Vilka faktorer anser du vara mest problematiska för Anna? [Makens död]	Equal variances assumed	,004	,951	,104	171	,917	,035	,333	-,623	,692		
	Equal variances not assumed			,104	149,632	,917	,035	,334	-,625	,694		

Bilaga 4

Missivbrev

Hej,

Jag behöver Din hjälp med enkätsvar till min kandidatuppsats!

Jag är en socionomstudent som söker andra socionomstudenter för deltagande i studie om psykisk ohälsa. Jag är intresserad av att veta hur socionomstudenter ser på psykisk ohälsa och vilka skillnader som finns.

Det är frivilligt att delta i studien och Du bestämmer själv om Du vill fylla i enkäten eller ej. Uppskattningsvis tar enkäten ca 5 minuter att fylla i och den kommer finnas tillgänglig online i 7 dagar. Dina svar är anonyma och det kommer inte gå att utläsa vem Du är. Resultatet kommer enbart att användas i denna studie och genom att fylla i enkäten samtycker Du till att jag får använda materialet inom ramen för denna kandidatuppsats.

Klicka på länken för att komma till enkäten:

Vid frågor är Du välkommen att höra av Dig!
Tack på förhand!

Annika Jansson
Annika.jansson.soc@gmail.com