

Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier – ISV
LiU Norrköping

Depression på äldreboenden

– **Enhetschefers upplevelser av arbetet med deprimerade äldre**

Amanda Borg & Jan Åbom


Handledare: Elin Nilsson
Examinator: Anna Olaison

Examensarbete på grundläggande nivå år 2013
Socionomprogrammet i Norrköping



Linköpings universitet

Linköpings universitet, ISV, 601 74 NORRKÖPING

	Institution, Avdelning Department, Division Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier Socionomprogrammet i Norrköping	Datum 2013-07-03
---	---	--------------------------------

Språk Language <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	Rapporttyp Report category Nivå examensarbete Grundläggande nivå	<hr/> ISRN LiU-ISV/SOCP-G--13/23--SE <hr/> Handledare Elin Nilsson
--	--	--

<p>Titel Depression på äldreboenden – Enhetschefers upplevelser av arbetet med deprimerade äldre</p> <p>Title Depression in residential homes – Unit Manager's experiences of working with depression in late life</p> <p>Författare Amanda Borg och Jan Åbom</p>
<p>Sammanfattning</p> <p>Denna studie ämnar beskriva hur enhetschefer på äldreboenden i två svenska kommuner upplever arbetet med att hantera depression hos de äldre inom deras respektive verksamheter. Åtta enhetschefer har under semistrukturerade intervjuer fått svara på frågor om vilken kunskap som finns gällande deprimerade äldre och hur de jobbar för att förebygga och uppmärksamma denna problematik. De fick också reflektera kring vilket ansvar de själva upplever att de har för hur depression bland de äldre hanteras. Deras svar har sedan med en hermeneutisk utgångspunkt analyserats med hjälp av en abduktiv metod där Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater och Butlers teori om ålderism fått bidra med viktiga infallsvinklar. Likaså har tidigare forskning på området tagits i beaktning.</p> <p>Resultat av studien visar att den upplevda kunskapen gällande depression hos äldre i de besökta verksamheterna är mycket låg. Vi upplever oss också se att det finns en önskan att lägga över ansvaret på andra yrkeskategorier, och att det i samband med detta tycks finnas en övertro till andras kunskap i ämnet. Utöver detta har vi också upplevt en brist på framförhållning och förståelse för att det behöver finnas utarbetade strategier för att hantera denna problematik redan innan den är ett faktum.</p>
<p>Nyckelord äldre, depression, äldreboende, enhetschef, ålderism</p>

Förord

Vi vill inledningsvis tacka vänner och familj som stöttat oss under skrivandet av detta examensarbete. Särskilt tacksamma är vi till de som ställt upp och korrekturläst under arbetets gång. Vi vill också tacka vår handledare Elin Nilsson för hennes stöd och guidning genom hela arbetsprocessen.

Framförallt vill vi tacka de enhetschefer som ställt upp och svarat på våra frågor. Utan er hade detta examensarbete inte varit möjligt.

Slutligen vill vi också tacka varandra för en god arbetsinsats och ett väl utfört arbete.

Amanda Borg och Jan Åbom
Norrköping, juli 2013

Sammanfattning

Denna studie ämnar beskriva hur enhetschefer på äldreboenden i två svenska kommuner upplever arbetet med att hantera depression hos de äldre inom deras respektive verksamheter. Åtta enhetschefer har under semistrukturerade intervjuer fått svara på frågor om vilken kunskap som finns gällande deprimerade äldre och hur de jobbar för att förebygga och uppmärksamma denna problematik. De fick också reflektera kring vilket ansvar de själva upplever att de har för hur depression bland de äldre hanteras. Deras svar har sedan med en hermeneutisk utgångspunkt analyserats med hjälp av en abduktiv metod där Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater och Butlers teori om ålderism fått bidra med viktiga infallsvinklar. Likaså har tidigare forskning på området tagits i beaktning.

Resultat av studien visar att den upplevda kunskapen gällande depression hos äldre i de besökta verksamheterna är mycket låg. Vi upplever oss också se att det finns en önskan att lägga över ansvaret på andra yrkeskategorier, och att det i samband med detta tycks finnas en övertro till andras kunskap i ämnet. Utöver detta har vi också upplevt en brist på framförhållning och förståelse för att det behöver finnas utarbetade strategier för att hantera denna problematik redan innan den är ett faktum.

Nyckelord: äldre, depression, äldreboende, enhetschef, ålderism

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Depression hos äldre	2
1.2 Riktlinjer och lagstiftning	3
1.3 Arbetets disposition.....	5
2. Syfte.....	6
3. Begreppsförklaringar	6
3.1 Äldre	6
3.2 Enhetschef	6
3.3 Depression.....	7
3.4 Äldreboende	7
3.5 Genomförandeplan	7
4. Tidigare forskning	8
4.1 Att upptäcka depression	8
4.2 Ansvar och handlingsutrymme	10
5. Teoriram	13
5.1 Hermeneutik	13
5.2 Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater	13
5.3 Ålderism	14
5.4 Teoridiskussion	15
6. Metod.....	17
6.1 Urval.....	17
6.2 Tillvägagångssätt och etiska aspekter för intervjuer.....	18
6.3 Analys.....	19
6.4 Metoddiskussion	20
6.4.1 Trovärdighet	20
6.4.2 Förförståelse	22
7. Resultat.....	23
7.1 Kunskapsbrist.....	23

7.2 Faktorer som påverkar arbetet.....	24
7.3 Ansvar och handlingsutrymme	27
8. Analys av resultat	30
8.1 De finns, men inte hos oss.....	30
8.2 Att sitta för sig själv	31
8.3 Tilltro till egen och andras kunskap	32
8.4 Stort ansvar på enskilda individer	33
8.5 Att fokusera på individen	34
8.6 Var läggs resurserna?	35
8.7 Att delegera ansvar.....	36
8.8 Vem har kunskap och tar ansvar?	37
8.9 Inte prioriterat.....	38
9. Slutdiskussion.....	40
10. Studiens kunskapsbidrag	42
10.1 Förslag på ytterligare forskning	42
11. Referenser.....	43
Tryckta källor	43
E-böcker	45
Offentliga publikationer	45
Internetkällor	46
Bilaga 1 - Informationsbrev	47
Bilaga 2 - Intervjuguide.....	48
Bilaga 3 - Geriatriska depressionsskalan	50
Bilaga 4 - Statistik från SCB	51

1. Inledning

Depression hos äldre är ett undanskymt och i många fall icke diskuterat problem. Problemets omfattning kan vara svårt att avgöra, men en granskning av tidigare forskning och tillgänglig litteratur talar för att problemet är omfattande. Ett problem är att det i många fall är svårt att ställa en riktig diagnos dels beroende på de äldre själva men också på grund av okunskap hos de professionella (Gulmann 2003:134; Hedelin 2000:62).

En plats där många äldre vistas är på kommunens äldreboenden. Övergången från att ha bott hemma till att behöva ständig tillsyn beskrivs som en i raden av utlösande faktorer för depression hos de äldre. Samtidigt beskrivs i Socialtjänstlagen (2001:453 5 kap. 4-6§§), som är den lag som styr verksamheten på äldreboenden, att de äldre ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Depression hos de äldre måste rimligtvis vara ett hinder för detta.

Ansvar för att Socialtjänstlagens krav uppfylls ligger på enhetschefen då denne är ytterst ansvarig för de äldre som bor på äldreboendet. Enhetschefens roll är dock mycket komplex och förändras ständigt. Bland annat beskrivs det i forskning hur enhetschefen hamnar allt längre bort från brukaren (Hjalmarsson, Norman & Trydegård 2004:71-79; Wolmesjö 2005:260-261). Utifrån detta frågar vi oss hur enhetscheferna ser på sitt ansvar och hur de arbetar för att uppfylla Socialtjänstlagens krav.

Följdverkningarna av depression hos äldre är ytterst märkbara då depression kan vara en utlösare till en mängd somatiska sjukdomar som drabbar både individen och samhället (Gulmann 2003:142-143). Individens lidande och den omfattande problematiken för samhället i stort borde göra att ett större fokus läggs på depression hos äldre. Sveriges demografiska utveckling med en allt större del äldre människor (Statistiska Centralbyrån 2013) öppnar dessutom för att omfattningen av problemet med depression hos äldre kan komma att öka.

Depression bör vara ett för den svenska äldreomsorgen högprioriterat ämne. Frågan är hur det ser ut i verksamheterna. Målet med denna studie är att utforska enhetscheferns upplevelser av hur de i lag formulerade målsättningarna återspeglas i verksamheten, vilka strategier som går att finna på det lokala planet och hur de ansvariga cheferna tänker och agerar i frågan.

Vi kommer nedan att ge en utförligare presentation av orsaker till depression hos äldre och hur depression kan upptäckas. Detta för att ge en bild av problemets omfattning och allvar. Därefter beskriver vi de riktlinjer och den lagstiftning som bör ligga till grund för arbetet på äldreboenden. Denna information är

relevant då den ger en bild av hur verksamheten bör bedrivas och vilket ansvar som ligger på enhetschefen.

1.1 Depression hos äldre

En depressions ursprung och anledningen till dess uppkomst varierar naturligtvis mellan individer, men en primär orsak till depression är enligt Murphy (1982) olika former av förluster. Hos äldre handlar det ofta om förluster som är oåterkalleliga, som förlusten av en partner eller förlust av fysisk förmåga. Även förlusten av självständighet, att i allt större utsträckning bli beroende av andra människor är enligt Murphy en bidragande orsak till uppkomsten av depression bland äldre människor. Murphy menar att huruvida individen har tillgång till människor som denne kan vara förtrogen med har en märkbart förebyggande effekt mot depression. Murphy menar också att det inte är mängden av personer som individen kan vara förtrogen med som är av betydelse, utan en skyddar lika väl som flera (Murphy1982:139–141). Andra orsaker till den äldre individens depression kan enligt Gulmann (2003) vara olika typer av sjukdomar. Allt ifrån en enklare virussjukdom till ett allvarligare fall av sjukdom som exempelvis cancer kan leda till att det äldre utvecklar en oro som i sin tur blir en utlösande faktor för en depression. Även den medicinering som ges kan i vissa fall bidra till att den äldre utvecklar en depression (Gulmann 2003:138–140). I en kvalitativ studie från 2004 undersöks vilka faktorer som skulle kunna innebära en högre risk för äldre att drabbas av en depression. Här lyfts bland annat ensamhet, funktionshinder och emotionell instabilitet fram som riskfaktorer (Eisses et al. 2004:638).

Att bli gammal innebär i sig själv en förhöjd risk att drabbas av depression (Gottfries 2004:5). Detta innebär att om fler blir allt äldre riskerar också gruppen äldre deprimerade att öka i storlek. Enligt statistik från Statistiska centralbyrån (SCB) är just denna utveckling tydlig (se bilaga 4). Vi blir allt äldre. Vid en jämförelse av statistik för år 2013, 2023 och 2033, kan vi se en tydlig ökning av personer i gruppen 65 år och äldre. Speciellt tydlig blir ökningen i gruppen 75-84 år om man jämför mellan 2013 och 2023. Det går även att se att gruppen äldre över 85 år kommer att öka markant enligt prognosen för år 2033. Slutligen kan vi också urskilja att gruppen äldre över 95 år kommer att öka under de kommande tjugo åren (Statistiska Centralbyrån 2013).

Andelen kvinnor är bland de äldre större än andelen män och så ser det ut att fortsätta vara under den synbara framtiden enligt prognosen (Statistiska Centralbyrån 2013). Detta skulle kunna innebära att andelen deprimerade äldre kommer att öka ytterligare eftersom det är känt att kvinnor är mera drabbade av depression än män (Wasserman 2003:53).

Ett sätt att upptäcka symptom på depression hos äldre är den så kallade geriatriska depressionsskalan (GDS) (Se bilaga 3). Detta är en skattningsskala där individen får svara på frågor av typen ”är du i grund och botten nöjd med ditt liv?” och ”känner du dig oftast glad och nöjd?”. Svaren skrivs sedan om till en poängsumma som i sin tur anger om personen som svarats kan anses lida av en depression (Gottfries et al. 1997:1099–1100).

Förutom det för äldre individer anpassade diagnosverktyget geriatrisk depressionsskala (GDS) finns det andra liknande skattningsskalor för att upptäcka depression. Exempelvis Becks depression inventory (BDI) den liknar den geriatriska depressionsskalan på det sättet att individen får svara på ett antal frågor som ger poäng som sedan sammanställs för att läsas av mot en gradering som avgör personens grad av depression. Becks skala är enligt Socialstyrelsen anpassad för att mäta depressionsnivån hos individer i åldrarna 13-80 år (Socialstyrelsen 2013).

1.2 Riktlinjer och lagstiftning

Det är Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som styr hur arbetet inom äldreomsorgen ska se ut. Under denna lag lyder enhetschefen och den vårdpersonal som ansvarar för den dagliga omsorgen av de äldre på äldreboenden. Specifikt för äldreomsorgen är 5 kap. 4-6§§ där den verksamhet som bedrivs med fokus på äldres välbefinnande beskrivs. Här fastställs bland annat vilket syftet med detta arbete bör vara och med vilka utgångspunkter arbetet bör bedrivas. Då Socialtjänstlagen är en ramlag finns det relativt stort utrymme för enskilda kommuner att anpassa arbetet med utgångspunkt i denna lagtext, varför arbetet med dessa frågor kan variera i utseende både mellan olika kommuner och mellan enskilda utförare.

I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 5 kap. 4§ finns sedan den 1 januari 2011 ett stycke gällande värdegrunden. Här står att: ”*Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).*” Denna paragraf utvecklas vidare i *Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre* där uttrycket *välbefinnande* förklaras med hjälp av underrubrikerna *trygghet* och *meningsfull tillvaro*. Trygghet ska här åstadkommas genom att personalen verkar för att den äldres önskemål hur en viss insats ska utföras beaktas och att eventuella förändringar i omsorgen delges och diskuteras med den äldre. Det gäller här att ta stor hänsyn till den enskilde individens behov. Trygghet ska även uppnås genom att personalen enkelt ska kunna nås och finnas tillgänglig. När det gäller hur omsorgen ska kunna hjälpa de äldre att få en meningsfull tillvaro beskrivs att detta bland annat ska ske genom att erbjuda olika former av aktiviteter, som i sin tur kan ge möjlighet till social samvaro

(SOSFS 2012:3). Vi anser att kunna skapa en meningsfull tillvaro för de äldre är ett viktigt steg i att motverka depression.

En enligt oss i sammanhanget viktig mening återfinns i sista strecksatsen i Socialstyrelsens allmänna råd. Den lyder: *”Personalen bidrar till att stärka den äldre personens självkänsla och tilltro till sin egen förmåga”*(SOSFS 2012:3 s. 6). Frågan är i vilken utsträckning det är möjligt för verksamheterna att bidra till att stärka de äldres självkänsla och tron på den egna förmågan. För att motverka depression hos de äldre bör stärkandet av den egna självkänslan vara en vital del i äldreomsorgens arbete. En bra självkänsla kan skapa ett skydd mot depression när den äldre blir utsatt för olika stressfaktorer. Att försöka öka individens självkänsla kan också vara ett sätt att hjälpa den redan av depression drabbade människan (Jansson 2010:58).

Utifrån Socialtjänstlagens stycke om värdegrund finns möjlighet för kommunerna att själva formulera värdighetsgarantier som förtydligar hur dessa arbetar för att leva upp till socialstyrelsens krav på äldreomsorgens verksamheter. Både i Linköping och i Norrköping finns numera sådana värdighetsgarantier. I dessa lovas bland annat att den som flyttar in på ett äldreboende ska få en egen kontaktman som har särskilt ansvar för den boende. Det lovas också att en genomförandeplan ska formuleras utifrån den boendes egna önskemål. I Norrköping ges även löftet om att det ska erbjudas minst en aktivitet om dagen utifrån den boendes egna intressen (Linköpings kommun 2013; Norrköpings kommun 2013b).

Utöver Socialtjänstlagen finns ytterligare en lag med relevans för arbetet på äldreboenden. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är den lag som reglerar hur den medicinska vården av de äldre ska utföras. I 18§ i HSL framgår att varje kommun har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård för boende på äldreboenden. De sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorgen lyder under denna lag. Dessa är ansvariga för den medicinska omvårdnaden av de äldre, och förväntas bland annat ansvara för såväl bedömning och behandling som för att handleda och delegera insatser (Vårdförbundet 2007:11).

När det gäller just hantering av depression finns speciella riktlinjer framtagna av Socialstyrelsen. Dessa är formulerade för att vara ett stöd i styrningen av insatser för personer som lider av psykisk ohälsa. I riktlinjerna beskrivs för- och nackdelar med olika metoder som används för att upptäcka depression hos olika åldersgrupper. Här framställs även för- och nackdelar med de behandlingsalternativ som finns i förhållande till patienter i olika åldrar. Det finns också ett speciellt avsnitt i riktlinjerna som avhandlar läkemedelsbehandling för de äldre och vad denna kan innebära för risker (Socialstyrelsen 2010).

I socialstyrelsens skrift: *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre - en kunskapssammanställning* (2009) hänvisas till en preliminär version av de ovan nämnda riktlinjerna. Den här publikationen gör som det står i syftet: ”en kartläggning av nyttan av psykologisk behandling för äldre som drabbas av psykiska besvär i termer av depression, ångest och sömnproblem” (Socialstyrelsen 2009:12). Denna skrift bör vara en tillgång för de för studien aktuella verksamheternas arbete med depressionsdrabbade vårdtagare, då den bland annat tar upp vilken effekt olika typer av behandling har visat sig ha på äldre (Socialstyrelsen 2009:13–14).

1.3 Arbetets disposition

Ovan har vi beskrivit vilka faktorer som riskerar leda till depression hos de äldre. Vi har också presenterat den lagstiftning och de riktlinjer som är relevanta för studien. Nedan kommer vi inleda med att presentera vårt syfte och våra tre frågeställningar. Därefter försöker vi förtydliga några för studien centrala begrepp, innan vi under efterföljande avsnitt redogör för tidigare forskning på området. Under rubriken Teoriram presenteras studiens teoretiska utgångspunkter, och därpå följer en diskussion kring de valda teoriernas bidrag till studien. Efter detta beskriver vi hur vi gått till väga vid genomförandet av vår studie. Också efter detta avsnitt följer en diskussion där vi bland annat reflekterar över studiens trovärdighet. Sedan följer en redogörelse av studiens resultat med efterföljande analys, och därefter presenteras våra slutsatser i en slutdiskussion. Till sist reflekterar vi över studiens kunskapsbidrag och ger förslag på framtida studier i ämnet.

2. Syfte

Depression hos äldre tycks vara ett omfattande problem, och måste därmed ses som ett hinder för Socialtjänstlagens krav på äldres rätt till att få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Inom äldreboendets väggar är det enhetschefen som är ansvarig för att dessa krav uppfylls. Därmed blir det relevant att undersöka hur dessa enhetschefer upplever arbetet med att hantera depression hos de äldre. Syftet med denna studie är därför att kartlägga hur enhetschefer på äldreboenden upplever arbetet med att hantera depression hos äldre, samt att belysa vilka svårigheter som kan upplevas i samband med detta arbete. Den specifika forskningsfrågan är: Hur upplever enhetschefer på äldreboenden arbetet med att hantera depression hos äldre?

För att uppfylla syftet utgår vi från tre för studien centrala frågeställningar:

- Hur ser kunskapsläget ut inom verksamheterna gällande depression hos äldre enligt enhetscheferna?
- Vilka riktlinjer används för att förebygga och upptäcka depression hos de äldre?
- Vilket handlingsutrymme/ansvar anser enhetscheferna själva att de har i arbetet med att hantera depression hos äldre?

3. Begreppsförklaringar

För att öka förståelsen för innehållet i vår studie klargörs nedan några av de begrepp som är centrala för studien. Då vi funnit att begreppen kan tolkas på flera olika sätt finner vi det därför viktigt att visa på den för oss tänkta definitionen av begreppen. Förklaringarna görs utifrån hur vi ser på begreppen, men vi har även i vissa fall tagit hjälp av litteratur och andra källor för att klargöra begreppen ytterligare.

3.1 Äldre - I kapitlet med tidigare publicerad forskning definieras begreppet äldre i de flesta fall som personer som är 65 år eller äldre. Vi är dock medvetna om att begreppet äldre inte alltid hänger samman med den kronologiska åldern. En individ som fyllt 65 år behöver inte känna sig som äldre eller se sig som äldre på det sätt som vi tänker oss i vår studie.

I vårt eget resultat är de äldre vi syftar på de som är boende på de äldreboenden vi valt att besöka. Här är de äldre oftast mycket äldre än 65 år.

3.2 Enhetschef - Med begreppet enhetschef menar vi i vårt fall de chefer som leder enheter inom den äldreomsorg som bedrivs i respektive kommun. Hit

hör både kommunala och privata utförare eftersom båda dessa lyder under den nämnd som är ansvarig för äldreomsorgen. I vissa kommuner används begreppet verksamhetschef för den här gruppen av chefer inom äldreomsorgen, men för att undvika förvirring stannar vi vid att använda endast ett begrepp och väljer därför begreppet enhetschef genom hela vår studie.

3.3 Depression - I vår studie kommer vi att se på begreppet depression ur ett relativt brett perspektiv. Depression innefattar i vår definition i en stigande skala allt från lättare depressioner till den typ av djupa depressioner som klassas som allvarlig psykisk sjukdom. För att fastställa att en person lider av depression används en kriterielista där exempelvis sänkt stämningsläge, nedsatt lust eller intresse, tankar om döden, sömnstörningar och förändrad vikt och aptit ses som tecken på en depression. En person kan beroende på antalet uppvisade symptom anses lida av en lättare eller djupare depression (Gulmann 2003:136).

Vi väljer i denna studie att bortse från olika former av lättare nedstämdhet som enligt Wasserman (2003) tillhör livet och rentutav kan vara utvecklande (Wasserman 2003:10–11).

3.4 Äldreboende - När vi i denna studie använder begreppet äldreboende syftar vi på den typ av boende där den äldre bor långvarigt i en egen lägenhet och med tillgång till personal dygnet runt. Då det finns många olika benämningar på denna typ av boende, som exempelvis särskilt boende, sjukhem eller ålderdomshem, har vi valt att konsekvent använda begreppet äldreboende för att undvika förvirring.

3.5 Genomförandeplan - Genomförandeplan är ett begrepp som betecknar den individuella vård- och omsorgsplan som alla som får någon form av hjälp av kommunen ska ha. I genomförandeplanen beskrivs hur individen vill att den vård och omsorg som denne får ska vara utformad. Genomförandeplanen ska uppdateras regelbundet eller när det finns ett behov. Det är vårdtagaren i samråd med sin kontaktman som upprättar genomförandeplanen. I de fall vårdtagaren inte själv kan göra sin röst hörd förs en dialog med anhöriga kring upplägget av genomförandeplanen (SOSFS 2006:5 s. 9-10).

4. Tidigare forskning

4.1 Att upptäcka depression

Ofta när depression hos äldre behandlas i forskning skrivs det ihop med en upplevelse av ensamhet. Detta skulle kunna få till följd att depression hos äldre ses som någonting ”*ofarligt*” och kanske till och med oundvikligt. Reynolds et al. (2001) beskriver tvärtom depression hos äldre som en kronisk sjukdom med stor risk för återinsjuknande där det är mycket viktigt att behandling sätts in i tid. (Reynolds et al. 2001:513). För att detta ska vara möjligt krävs förstås att de som arbetar nära de äldre har möjlighet att upptäcka eventuella symptom i ett tidigt stadium. Detta kräver i sin tur att det finns kunskap och kompetens när det gäller depression hos äldre inom de verksamheter där äldre vistas, samt att förutsättningar ges för att kunna jobba aktivt med denna typ av problematik. Här spelar de ansvariga enhetscheferna en avgörande roll.

När det gäller de professionella i den äldres närhet och dess roll i problematiken med deprimerade äldre har vi hittat mycket lite av intresse. I en avhandling skriven av Hedelin (2000) framgår emellertid att distriktsläkare generellt tycks ha en begränsad kunskap när det gäller att möta äldre med symptom på depression. De hade bland annat svårt att ställa en diagnos utifrån de många gånger vaga beskrivningarna de äldre gav (Hedelin 2000:62). Denna syn delas också av Gulmann (2003) som menar att trots att depression hos äldre är ett omfattande problem får äldre sällan en riktigt ställd diagnos till följd av att de har en benägenhet att dölja sin depression med olika former av kroppsliga symptom. Han trycker också på det allvarliga i att den odiagnostiserade deprimerade individen troligen förblir obehandlad. Gulmann konstaterar även att dödligheten ökar hos de som är drabbade av en kroppslig sjukdom och samtidigt är deprimerad. Depression är också en faktor som spelar in i de höga självmordstalen hos gruppen äldre (Gulmann 2003:134,142-143). Ytterligare en anledning till att depression hos äldre inte får större uppmärksamhet är att de äldre själva ofta inte vill kännas vid problemet. Det kan för den äldre vara förknippat med en stor skam att sammankopplas med någon form av psykisk ohälsa. Att ha den äldres perspektiv på problemet är därför centralt för att kunna ställa riktiga diagnoser och genomföra behandlingar (Wasserman 2000:95).

Hedelin (2000) konstaterar i sin avhandling vidare att det var mycket sällan som läkaren hänvisade den äldre vidare till någon annan profession vid misstanke om depression, utan det som erbjöds var i allmänhet medicinering (Hedelin 2000:62-63). Samtidigt konstateras det i två nyligen publicerade artikelgranskningar att interventioner som fysisk motion, kognitiv beteendeterapi, gruppsamtal, reminiscens och sociala aktiviteter tycks ha god effekt då det gäller att reducera symptom på depression hos äldre (Cody &

Drysdale 2013:62-64; Forsman, Nordmyr & Wahlbeck 2011:96). I en av studierna reflekterar författarna över att det kanske inte är typen av terapi som är betydelsefull, utan snarare hur väl integrerad den är i vården av de äldre. De menar att en integrerad modell för psykiskt välmående skulle kunna ge bättre utfall än vid självständigt arbete med enskilda individer (Cody & Drysdale 2013:62-64). Detta leder oss till att undra hur den grupp vi studerar ser på denna problematik och vilken kunskap som finns hos dessa personer när det gäller att uppmärksamma och hantera de äldres mående.

Enligt Huang och Carpenter (2011) kan det vara viktigt att använda ett standardiserat och evidensbaserat verktyg för att upptäcka depression hos äldre. Det standardiserade verktyget blir en garant för att alla äldre blir föremål för samma form av undersökning och att den är evidensbaserad. Utan ett standardiserat diagnosverktyg finns en fara för att människor utsätts för olika former av utvärdering beroende på var de bor eller vem som utför undersökningen (Huang & Carpenter 2011:1048-1049). Ett sådant verktyg skulle kunna vara den tidigare nämnda geriatrika depressionsskalan.

Den geriatrika depressionsskalan är ett relativt enkelt men även något trubbigt verktyg. Människor som är drabbade av somatiska sjukdomar kan uppnå ett resultat som indikerar depression utan att det egentligen föreligger någon depression (Cullum et al.2006:474). På vissa håll inom den svenska sjukvården finns det ändå tankar om att alla patienter över sextiofem år bör testas och den geriatrika depressionsskalan ses då som ett effektivt sätt att ställa en tillförlitlig diagnos. Det talas här även om att den geriatrika depressionsskalan kan vara ett bra sätt för att fastställa om en individs medicinering mot depression verkligen fungerar (Gottfries et al. 1997:1099–1100). Kanske kan det vara aktuellt för äldreomsorgen att också ställas inför en sådan möjlighet. Både den individuella nyttan och samhällets vinster kan tala för det.

Användningen av ett bedömningsinstrument kan ses som ett effektivt sätt att ställa diagnoser. Men det måste också ställas i relation till den tid det tar i anspråk att genomföra i någon större omfattning. Personal inom äldreomsorgen är redan idag under stor tidspress och ännu en uppgift i form av den geriatrika depressionsskalan kanske inte ses som något positivt. Ett annat alternativ blir då att ge personalen förmågan att själva kunna upptäcka symptom på depression i omsorgens vardag. Att kunna avgöra huruvida en individ är drabbad av depression eller inte är dock ingen enkel sak. Amerikansk forskning tyder på att personal inom äldreomsorgen kan ha svårigheter att avgöra huruvida en individ lider av depression. Det står dock klart att erfarenhet och utbildning kan öka förmågan att upptäcka problematiken (Brown et al. 2003:212-213).

Ett viktigt begrepp när det gäller uppmärksammandet av depression hos äldre är *Gerotranscendens*. Gerotranscendens beskrivs som ett tillstånd vissa äldre kan uppnå och liknas av Tornstam (2010) vid ett transtillstånd som exempelvis

Zenbuddister kan uppnå. De som har uppnått detta tillstånd får en annorlunda tidsuppfattning där nuet och det förflutna sammanflätas. En annan effekt av det här tillståndet är att den som uppnår det känner en större samhörighet med resten av mänskligheten, vilket i sin tur kan innebära ett mindre egoistiskt tänkande. Individen blir även mera medveten om sina egna tillkortakommanden och får insikter som tar fram en mer osjälvisk hållning. Den gamle blir på gerotranscendensnivån nöjd med sakernas tillstånd och kanske inte kräver några omfattande aktiviteter. De aktiviteter som den gamle efterfrågar kan ändra karaktär och målet med aktiviteterna kan förändras. De personer som har lyckats att nå denna nivå av gerotranscendens känner sig i det här tillståndet mera tillfreds med livet som det är. Enligt Tornstam är det individuellt när människor uppnår detta tillstånd och vissa når inte dit alls (Tornstam 2010:285–314).

Tornstam (2010) menar att de som arbetar med äldre bör ha i åtanke att personer kan ha funnit gerotranscendensstillståndet med allt vad det inbegriper. Det kan krävas att de måste tänka om och tänka nytt i hur arbetet med de äldre ska bedrivas. Att arbeta med gerotranscendens teorin i äldreomsorgen kan exempelvis innebära att personalen flyttar fokus från fysisk aktivitet och i stället uppmanar och utmanar den gamle att berätta om svunna tider. Personalen kan också låta de äldre välja själva i större utsträckning huruvida de vill vara själva eller vill vara med på de aktiviteter som erbjuds. De aktiviteter som erbjuds kan även behöva förändras och ibland inriktas på stillhet och avkoppling istället för rörelse och fysisk aktivitet. Tornstam varnar dock för att dra detta synsätt för långt och använda teorin som en förevändning för att dra ner på de aktiviteter som erbjuds bara för att kunna göra ekonomiska vinster (Tornstam 2010:285–314). Vi ser också en risk i att detta tillstånd misstas för en depression hos den äldre vilket skulle kunna leda till felaktig medicinering. Å andra sidan kan vi även se att en eventuell depression skulle kunna bortförklaras med hänvisning till att den äldre gått in i ett gerotranscendensstillstånd. Detta då gerotranscendens och depression vid en första anblick kan likna varandra.

4.2 Ansvar och handlingsutrymme

Det är som vi tidigare nämnt Socialtjänstlagen (2001:453) som i grunden styr hur verksamheter inom den kommunala äldreomsorgen ska bedrivas, men det finns olika sätt att inom ramen för det kommunala självstyret lösa uppgiften. Kommunalpolitikerna kan på det lokala planet styra utformningen av omsorgen genom tilldelning av resurser men även genom olika direktiv som beskriver vilken ambitionsnivå som ska hållas inom den aktuella kommunen. Enhetscheferna inom den kommunala äldreomsorgen har ett delegerat ansvar som egentligen tillhör den ansvariga nämnden i kommunen. Genom denna delegering fattas besluten närmare de människor som är i behov av omsorgen. Makten förskjuts härmed till de med kunskap och insikt i den dagliga

verksamheten, med andra ord ligger ansvaret i händerna på de enskilda professionella enhetscheferna. Eftersom den reella styrningen från politikerna mestadels sker genom ekonomisk styrning är det upp till verksamheternas chefer att inom det handlingsutrymme som de har lösa uppgiften (Thorslund 2002: 240-241).

Johansson (2007) beskriver handlingsutrymme som friheten att kunna fatta egna beslut om tilldelning och utformning av den omsorg som ges. Handlingsutrymme handlar också om vilken maktställning enhetschefen tar när det gäller att omforma den enskilde individen till en för verksamheten hanterbar del (Johansson 2007:42–43). Här menar vi att det inte alltid är möjligt att se till varje individs behov utan att individen måste anpassas till verksamheten. Hur denna anpassning sker är en del i chefens roll men även en del i vad som kännetecknar enhetschefens handlingsutrymme.

Enhetschefer inom äldreomsorgen har mycket varierande uppdrag och förutsättningar, och de upplever också dessa på väldigt olika sätt. Hjalmarson, Norman och Trydegård (2004) beskriver en i stora delar ”*spretig*” yrkesroll som har att ansvara för så väl ekonomi och administration som för personal och brukare. De ekonomiska svårigheterna beskrivs som betydande, även om de enhetschefer som ansvarar för just äldreboenden upplevs ha det något bättre ställt då förutsättningarna för att planera arbetet på egen hand är större här än i andra delar av äldreomsorgen. Även förutsättningarna för att kunna finnas till för personalen och aktivt leda dem i deras arbete varierar stort, bland annat till följd av att storleken på enheterna varierar. Detta gör att många chefer tvingas välja bort vissa arbetsuppgifter till förmån för andra, och de uppgifter som väljs bort är ofta de som leder till en ökad kontakt med så väl personal som brukare. Detta medför självklart svårigheter när det gäller att leda arbetet inom verksamheten. (Hjalmarson, Norman & Trydegård 2004:71-79)

Wolmesjö (2005) tar i sin avhandling upp ett antal kompetenser som krävs av en chef inom äldreomsorgen. Bland annat nämner hon kunskap om politiska mål, riktlinjer och lagar. Hon tar också upp förmåga att delegera, förmåga till god kommunikation och kunskap om de äldres situation som viktiga egenskaper. Hon lyfter också vikten av ett nära ledarskap byggt på kommunikation, där chefen finns tillgänglig för omedelbar handledning. Detta beskrivs dock som ett dilemma till följd av att det under de senaste decennierna har skett en förändring av de arbetsuppgifter som ligger på enhetschefer inom äldreomsorgen. Från att tidigare ha varit närmare omsorgstagarna ute i verksamheterna har de under senare år i en allt större omfattning omvandlats till administratörer. Härmed hamnar enhetschefen i en balansgång där det gäller att både kunna vara nära och ha det övergripande ansvaret (Wolmesjö 2005:243, 260-261). Vi känner att det kan finnas en fara med att enhetscheferna i allt större grad hamnar utanför den dagliga driften inom äldreomsorgen och mötet med omsorgstagarna. Att de

istället blir isolerade och allt för upptagna med de administrativa uppgifterna för att ha tid att synas ute i verksamheten. Hur ska de på ett bra sätt kunna fatta beslut i en verksamhet där de i en allt större utsträckning blir främlingar?

Wolmesjö (2005) lyfter också vikten av ett gott samarbete och en god grupprocess inom verksamheten (Wolmesjö 2005:243). Vi tänker oss att detta kanske är av extra stor vikt då arbetsgruppen på exempelvis ett äldreboende består av så kallade interprofessionella team där flera olika yrkesgrupper förväntas arbeta tillsammans (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:189). Thylefors (2007) beskriver hur kärnan i det interprofessionella arbetet bör vara kommunikation, gemensamma målsättningar, planering och delat ansvar. Stor vikt ligger vid att deltagarna i teamet förmår samordna sina insatser (Thylefors 2007:94) Just detta tycks enligt Kvarnström vara ett av problemen i det interprofessionella teamarbetet. Deltagarna kan ha en upplevelse av att lite av helhetssynen går förlorad i och med teamarbetet. De upplever svårigheter i att uppträda enat och fokusera på den kollektiva prestationen. Härmed finns också upplevelsen av att det är svårt att ge en effektiv och allsidig vård (Kvarnström 2007:38).

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att trots att det finns forskning om hur depression kan upptäckas och vikten av att detta görs i ett tidigt stadium saknas det dock forskning kring hur detta arbete ser ut inom enskilda verksamheter och vem som bär ansvaret. Det saknas också i stor utsträckning forskning som berör vilken kunskap som finns för att hantera denna problematik.

5. Teoriram

5.1 Hermeneutik

Den vetenskapsteoretiska utgångspunkt vi valt att ha i denna studie är den Hermeneutiska läran. Här ligger fokus på att tolka, förstå och förmedla. Hermeneutik kan med fördel användas när målet som i denna studie är att beskriva människors upplevelser av ett fenomen. Vanligtvis är det texter, exempelvis intervjutranskriptioner likt de vi utgår ifrån i denna studie, som ligger till grund för en hermeneutisk tolkning (Westlund 2009:62, 65-66).

Det finns inom hermeneutiken tre huvudinriktningar som bland annat styr tolkningens fokus. I vårt fall är det framförallt den existentiella hermeneutiken som ligger till grund för vår tolkning. Här ligger fokus på den person som uttryckt de ord som studeras, alltså i vårt fall de informanter vars intervjusvar vi transkriberat (se metodavsnittet). Detta innebär att vi försöker förstå hur informanterna upplever arbetet med deprimerade äldre inom deras respektive verksamhet. Här är empati och inlevelse viktiga faktorer, precis som att vara medveten om och öppet redogöra för den förförståelse vi har av ämnet sedan tidigare (Westlund 2009:63-64). Vår egen förförståelse presenteras närmare i avsnittet Metoddiskussion.

5.2 Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater

Lipsky är den som introducerade benämningen Street-level bureaucracy som i senare svensk översättning benämns gräsrotsbyråkrati (Johansson, 2007:41). Enligt Lipsky (1980) är gräsrotsbyråkraten den beslutsfattare i samhällshierarkin som befinner sig närmast de individer som erhåller någon form av hjälp eller stöd från samhället. Gräsrotsbyråkraten har ett visst mått av handlingsutrymme inom vilket denne kan agera när det gäller tilldelning av förmåner till de hjälpbehövande. Omfattningen och utformningen av den hjälp som individen erhåller formas av det handlingsutrymme som den enskilde gräsrotsbyråkraten har. Gräsrotsbyråkraten blir statens och de regerande politikernas förlängda hand ut i samhället och i det direkta mötet med människorna som finns i samhället (Lipsky 1980:3-4).

Lipsky menar att gräsrotsbyråkraten tar sina egna beslut och bara tar fasta på organisationens regler om de är framträdande och uppenbart tvungna att följas. Lipsky anser också att gräsrotsbyråkrater strävar efter att öka sin självständighet eller åtminstone bibehålla den. Lipsky skriver även att vid eventuella förändringar som hotar gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme försöker denne bibehålla det genom att använda sig av befintliga regler och använda dessa till sin fördel (Lipsky 1980:19-21).

Gräsrotsbyråkraten fungerar som en stabiliserande faktor inom de organisationer där denne verkar, då denne står för en större långsiktighet och motverkar hastiga förändringar och reformer. Den självständighet som ges gräsrotbyråkraten att i viss mån styra verksamheten gör detta möjligt. Det ligger i gräsrotsbyråkratsens roll att se till klientens behov före yttre förändringars inverkan på det som klienten kan få. Det här är något som åtminstone gäller på kort sikt. Men det betyder inte att det inte finns utrymme för förändringsmöjligheter, inte ens gräsrotbyråkraten är immun för samhällets förändringar (Lipsky 2010:192-193). Det ligger på gräsrotsbyråkratsens lott att stödja den enskilde klienten och att lyckas med detta genom att utnyttja sin kunskap och position. Det krävs ett visst mått av skicklighet och erfarenhet för att nå målet att klienten ska få bästa möjliga hjälp (Lipsky 2010:72-73).

Lipsky beskriver gräsrotsbyråkratsens arbetsförhållanden som besvärliga i den bemärkelsen att resurserna ibland inte är tillräckliga för att nå målen för verksamheten. Målen kan dessutom vara vagt beskrivna och det kan vara svårt att mäta om målen uppnåtts (Lipsky 1980:27-28).

I vår studie ser vi specifikt på enhetscheferna inom äldreomsorgen och deras roll som gräsrotsbyråkrater. Den rollen blir tydlig när det kommer till deras uppgift att som chefer implementera lagstiftning och där med också värdegrunden i den egna verksamheten. Men även i hur de genom det handlingsutrymme som de har formar den dagliga verksamheten, som i sin tur får inverkan på de äldres vardag (Thorslund 2002:240-241). I denna studie vill vi undersöka hur enhetscheferna hanterar depression bland äldre som bor inom någon form av äldreboende. Vi väljer därför att utgå från Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater för att bland annat se hur enhetscheferna använder sitt handlingsutrymme för att lösa uppgiften.

5.3 Ålderism

I samband med att vi diskuterar enhetschefernas handlingsutrymme och deras roll när det gäller att hantera den problematik vi här riktar in oss på anser vi det också aktuellt att lyfta begreppet *ålderism*, då flera författare menar att detta är en viktig bakomliggande orsak till hur äldre bemöts och vilka resurser som läggs på denna grupp. Härmed blir det också intressant att fundera över huruvida ålderism spelar in när denna problematik hanteras av enhetschefer inom äldreomsorgen.

Begreppet ålderism (på engelska *ageism*) presenterades av psykologen Robert N. Butler 1969. Han beskrev detta som ”*en åldersgrupps fördomar mot en annan åldersgrupp*” (Butler 1969:243) och menade att dessa fördomar kom sig av ”*den så populära föreställningen om generationsklyftor*” (Butler 1969:243). Med begreppet ålderism avsåg Butler alltså både de yngre medborgarnas fördomar om de äldre såväl som äldres fördomar gällande de yngre (Butler

1969:244). I denna studie ligger det dock närmast till hands att fokusera på den förstnämnda tankegången. Senare har flertalet forskare kommit att utveckla och i viss mån omdefinierat begreppet. Bland annat Butler själv då han konstaterade att det finns tre huvudaspekter när det gäller ålderism: fördomsfulla attityder, diskriminerande praxis och vedertagna vanor (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2008:8-10).

Ålderism handlar precis som exempelvis rasism och sexism om stereotypa föreställningar som leder till grova generaliseringar (Tudor-Sandahl 1999:22). Några exempel på generaliseringar gentemot äldre skulle kunna vara att dessa anses vara hjälplösa, sjuka och vårdberoende (Gulmann 2003:12). Gulmann (2003) menar att ålderism kan vara en av orsakerna till att depression hos äldre inte uppmärksammas i den utsträckning det borde. Han menar också att det finns tecken på ålderism i samband med diagnostisering av äldre då det ofta finns andra diagnoser som ligger närmare till hands än depression, exempelvis demens (Gulmann 2003:12–13,141–142). Ytterligare en dimension av ålderism är *aldersimperialism*, då människor ur en viss åldersgrupp försöker tvinga på en annan åldersgrupp deras värderingar och prioriteringar (Biggs 2004, hänvisad i Andersson 2008:43).

Viktigt att påpeka är att ålderism alltså inte enbart handlar om diskriminering, utan att begreppet enligt vår definition också innefattar de föreställningar och attityder som finns gentemot äldre, oavsett hur de i praktiken påverkar vårt handlande. Dessa föreställningar skulle exempelvis kunna visa sig i hur de riktlinjer och lagar som reglerar arbetet med dessa individer utformas, eller i hur det talas om denna grupp människor i olika sammanhang. Ett sådant sammanhang blir självklart de intervjuer vi genomfört med våra informanter.

5.4 Teoridiskussion

Vi har valt att utgå ifrån två relativt olika teorier i denna studie. Dessa har vi valt för att på bästa sätt försöka belysa studiens ämne ur två för studien relevanta vinklar. Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater har vi valt då den på ett relativt tydligt sätt beskriver enhetschefens situation och arbetsvillkor. Lipsky beskriver bland annat den hierarkiska position enhetschefen befinner sig i och hur den påverkar dennes handlingsutrymme och ansvar. Vi anser att denna teori på ett bra sätt belyser enhetschefens roll på de äldreboenden vi studerat och dennes betydelse för det arbete som utförs på dessa boenden. Lipsky visar även på vilken betydelse lagar och regler har för detta arbete och hur dessa bör hanteras av enhetschefen.

Då Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater fokuserar på enhetschefens position inom organisationen och hur detta påverkar arbetet på de äldreboenden vi studerat, fokuserar Butlers teori om ålderism istället på de föreställningar som

påverkar hur vi i samhället ser på äldre. Dessa anser vi vara viktiga att medvetandegöra då de utgör en begränsning såväl för arbetet inom äldreboendets väggar som för problematiken med deprimerade äldre i stort. Vi ville därför undersöka vilka eventuella tecken på ålderism vi kunde se inom dessa verksamheter och hur dessa i sin tur påverkar arbetet i stort. Vissa av de ålderistiska aspekter vi funnit i vårt material hade säkerligen gått oss förbi om vi inte tagit intryck av Butlers teori om ålderism.

Utifrån dessa två teorier har vi kunnat analysera förhållandet mellan enhetschefernas faktiska förutsättningar och det arbete som i praktiken utförs. Vi har även kunnat se hur ålderistiska föreställningar i samhället i stort påverkar detta arbete även ner på individnivå.

Vi har i denna studie utgått från två i många avseenden grundläggande teorier med många år på nacken. Dessa har senare utvecklats och utvidgats av andra forskare. Då vi valt att använda oss av dessa teorier i dess ursprungliga form bör vi vara medvetna om att det finns en risk att dessa inte helt överensstämmer med hur samhället ser ut i dagsläget. Vi anser dock att de är mycket relevanta för studien och bidrar med många viktiga perspektiv.

6. Metod

Vi har genomfört en kvalitativ intervjustudie där enhetschefer på åtta olika äldreboenden fått ge sin syn på hur de inom verksamheten arbetar för att hantera depression hos äldre. Det insamlade materialet består av transkriberingar från åtta semistrukturerade intervjuer där vi utgått från en intervjuguide med de grundfrågor vi önskade få svar på (se bilaga 2). Dessa frågor har i sin tur haft sin utgångspunkt i de frågeställningar som finns angivna under syftet.

6.1 Urval

Vi har använt oss av ett kriterieurval där vi ställt upp vissa kriterier för våra informanter utifrån de frågeställningar vi har formulerat. Kriterierna bestod i att informanterna skulle vara:

- Enhetschefer
- Lokaliserade i Linköping eller Norrköping
- Verksamma på ett eller flera äldreboenden

Dessa kriterier har sedan legat till grund för urvalsprocessen så som Holme och Solvang (1997:101–104) föreslår. Vi har valt att intervjua enhetschefer då det är dessa som har det direkta ansvaret för det arbete som bedrivs ute i verksamheten. Ett alternativ vi övervägde var att intervjua både vårdpersonal och chefer för att på så vis kunna jämföra respektive grupps uppfattningar och erfarenheter. Vi bestämde oss dock för att i denna studie fokusera enbart på enhetschefernas upplevelser då vi ansåg att detta bör vara det centrala när det gäller hur arbetet inom verksamheten bedrivs.

Vi har valt att geografiskt avgränsa oss till enhetschefer för äldreboenden inom Linköping och Norrköpings kommun. Detta har vi bland annat valt att göra då vi själva bor i dessa kommuner och det därmed blev lättare att anpassa oss till de tider då våra informanter kunde ta emot oss.

Vi har valt att i vår studie utesluta exempelvis hemtjänstverksamhet och korttidsboenden och enbart rikta in oss på det vi kallar för äldreboenden. Detta för att få en så homogen grupp informanter som möjligt. Initialt var tanken att även utesluta boenden för dementa äldre, men detta visade sig i praktiken vara svårt då de flesta äldreboenden idag har en eller flera demensavdelningar inom ramen för verksamheten. Vi tror dock inte att detta faktum påverkat vårt resultat nämnvärt eftersom nära på samtliga boenden vi besökt haft dementa vårdtagare. Samtalen har heller aldrig kretsat kring dessa specifikt, vilket vi innan intervjuerna var oroliga för kunde inträffa.

6.2 Tillvägagångssätt och etiska aspekter för intervjuer

För att få kontakt med informanter till vår studie började vi med att besöka Linköpings och Norrköpings kommuns respektive hemsidor. Där sökte vi upp äldreboenden som motsvarade de kriterier vi satt upp. Därefter tog vi via telefon kontakt med de för boendena ansvariga enhetscheferna vars uppgifter fanns angivna på hemsidan. Sammanlagt fick vi kontakt med 14 enhetschefer, varav nio ställde sig positiva till en intervju. Av dessa genomfördes dock endast åtta intervjuer då en hade missuppfattat datum för intervjutillfälle och således inte fanns på plats. Denne hade heller inte möjlighet att ställa upp ett nytt datum inom den givna tidsramen för studien. Sammantaget genomfördes alltså åtta semistrukturerade intervjuer.

Efter att vi haft en första kontakt med informanterna via telefon och dessa ställt sig positiva till att delta i studien skickade vi ut ett mejl med en mer detaljerad beskrivning av studien och vilka rättigheter de som informanter har, exempelvis när det gäller anonymitet och rätten att avbryta sin medverkan. Detta för att uppfylla informationskravet¹. Vi informerade i samband med detta också om hur deras information skulle komma att hanteras och hur studien kommer att publiceras. Bland annat beskrev vi att de inspelade intervjuerna endast skulle komma att användas till denna studie och att de kommer att förstöras efter att studien publicerats. Genom att göra på detta sätt anser vi att vi uppfyller nyttjandekravet² då detta material inte kommer att användas i något annat syfte än det avsedda. För att i möjligaste mån uppfylla konfidentialitetskravet³ bestämde vi oss för att låta informanterna förbli anonyma i vårt material samt att även utesluta namn och detaljer ur intervjuerna som skulle kunna avslöja vilka boenden vi besökt. Vid intervjutillfället bad vi också om en skriftlig bekräftelse på att de tagit del av denna information. Härmed uppfyller vi också samtyckeskravet⁴.

Vi valde att genomföra intervjuerna på respektive informants arbetsplats för att på så vis minska den tid det tog i anspråk för informanten. Detta gav oss också en naturlig plats för intervjun. Det var den professionella rollen vi var intresserade av och den gynnas enligt Ahrne och Eriksson-Zetterquist (2011:45) av att intervjun genomförs på arbetsplatsen.

Samtliga intervjuer spelades in för att underlätta analysen, men också för att vi skulle slippa anteckna mer än nödvändigt under själva intervjuerna. Detta

¹ Krav på att informera studiens deltagare om studiens syfte och villkor för deltagandet *Vetenskapsrådet (2002)*

² Krav på att för studien insamlade uppgifter inte ska användas i annat syfte *Vetenskapsrådet (2002)*

³ Krav på att i möjligaste mån skydda studiedeltagarnas identitet *Vetenskapsrådet (2002)*

⁴ Krav på att inhämta samtycke från studiens deltagare *Vetenskapsrådet (2002)*

eftersom vi valde att genomföra dessa enskilt. Ett alternativ hade varit att istället genomföra intervjuerna tillsammans så att den ena haft möjlighet att anteckna då den andra ställt frågor. Men då vi anser att dialogen med den intervjuade är en viktig komponent i intervjun och att denna underlättas då det bara är två parter som samtalar valde vi att dela på oss vid intervjuerna. Detta underlättade också effektiviseringen av arbetet då vi haft möjlighet att skriva på vår rapport parallellt med genomförandet av intervjuerna. En stor fördel med att spela in intervjuerna var att vi på ett enkelt sätt kunde gå tillbaka och lyssna på exakt vad som sagts under respektive samtal.

6.3 Analys

Analysen av våra intervjuer inleddes redan under själva intervjutillfället genom att vi reflekterade kring det som sades under samtals gång. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) underlättar det här förberedande arbetssättet det kommande analysarbetet då det leder till en snabbare analysprocess. (Kvale & Brinkmann 2009:206-210). De genomförda intervjuerna transkriberades sedan för att underlätta en analys av det insamlade materialet. Denna transkription, tillsammans med den inledande analysen, gjordes av den som genomfört respektive intervju. Efter detta delgav vi varandra våra transkriptioner och sammanställde sedan resultatet gemensamt och analyserade det med hjälp av de teoretiska utgångspunkter vi haft samt den forskning vi funnit i ämnet.

Vi har under vår analys utgått från en abduktiv metod. Detta innebär precis som Alvesson och Sköldberg (2008) beskriver att vi i likhet med en induktiv metod haft vårt eget insamlade material som utgångspunkt, men att vi också inspirerats av de teorier vi funnit relevanta (Alvesson & Sköldberg 2008:55-56). Författarna beskriver att abduktion går ut på en *”alternering mellan teori och empiri, varvid båda successivt omtolkas i skenet av varandra”* (Alvesson & Sköldberg 2008:56).

För oss har detta inneburit att vi sökt efter likheter och skillnader mellan de svar vi fått under våra intervjuer. Denna del av analysen skedde oberoende av annan tidigare forskning och teoretiska ramar. Här utnyttjade vi det faktum att vi genomfört intervjuerna enskilt, genom att jämföra våra resultat och undersöka huruvida innehållet i de transkriberade intervjuerna överensstämde trots olika intervjuare.

I ett första skede utgick vi ifrån de frågor som ställts under intervjuerna och jämförde de svar vi fått under respektive intervju. Redan här kunde vi ana vissa återkommande resonemang i informanternas svar. Utifrån dessa ordnade vi resultatet med hjälp av de tre huvudteman som funnits i intervjuguiden och som i sin tur utgick från våra tre frågeställningar. Namnen på dessa teman omformulerades något utifrån de svar vi fått under respektive frågeställning.

Huvudtemana blev slutligen: *Kunskapsbrist, Faktorer som påverkar arbetet och Ansvar och handlingsutrymme.*

Efter detta följde en fördjupad analys där vi bröt ner dessa huvudteman i mindre delar. Detta genom att vi sökte efter teman som vi ansåg representerade viktiga delar i vårt resultat. I samband med detta tog vi också intryck av den forskning vi funnit på området och de teorier vi valt för att få hjälp att urskilja dessa delar samt för att underbygga vårt resonemang. Teorierna belyste också vårt material ur nya vinklar vilket uppmärksammade oss på flera aspekter att lyfta i vår analys. Namnen på de teman vi funnit har formulerats utifrån vad vi kunnat uppfatta som utmärkande för respektive del. Dessa teman är: *De finns, men inte hos oss, Att sitta för sig själv, Tilltro till egen och andras kunskap, Stort ansvar på enskilda individer, Att fokusera på individen, Var läggs resurserna?, Att delegera ansvar, Vem har kunskap och tar ansvar?* och *Inte prioriterat.*

6.4 Metoddiskussion

6.4.1 Trovärdighet

Ahrne och Svensson (2011) skriver om vikten av att forskning ska vara trovärdig. De föreslår tre sätt att arbeta för att få läsaren att uppleva resultat som trovärdigt. Dessa tre är transparens, triangulering och återkoppling till fältet (Ahrne & Svensson 2011:26-27). Vi har använt oss av två av dessa för att i möjligaste mån öka trovärdigheten i vår studie.

Transparens innebär att göra studien möjlig att diskutera och kritisera (Ahrne & Svensson 2011:27). Detta hoppas vi uppnå genom att ge en noggrann och sanningsenlig beskrivning av metod och genomförande. Detta för att ge läsaren en tydlig bild av vad som skulle kunnat påverka studien.

Triangulering innebär att öka tillförlitligheten genom att kombinera exempelvis metoder, teorier eller data (Ahrne & Svensson 2011:27-28) Genom att vi som vi beskrivit ovan utfört intervjuer på var sitt håll och i olika kommuner anser vi oss ha använt oss av triangulering för att bidra till att öka tillförlitligheten i vår studie på det sätt som Ahrne och Svensson (2011) beskriver: *”genom att komma fram till samma eller liknande resultat med olika (...) forskare så ökar studiens trovärdighet”* (Ahrne & Svensson 2011:28). Vi menar att denna form av triangulering har ökat tillförlitligheten eftersom vi fått mycket liknande svar oberoende av kommun och vem av oss som intervjuat. Vi har heller inte sett några stora skillnader i svar mellan kommunalt drivna boenden och boenden drivna i privat regi.

Vi inser att det trots att vi fått en i många fall enhetlig bild av det ämne vi studerat, inte går att generalisera resultatet i någon större utsträckning. Vi tror

dock att vi kunnat ge en relativt trovärdig bild av hur situationen på denna typ av boenden ser ut i de kommuner vi besökt. Det går emellertid inte att generalisera detta resultat till andra delar av landet. Viktigt att ha i åtanke är också att det resultat vi fått fram består av enhetschefernas upplevelser och inte ska ses som någon absolut sanning. Kanske hade intervjuer med personalen gett en annan bild av verksamheten. Det var dock vårt syfte att undersöka hur arbetet med depression upplevs av just verksamheternas enhetschefer.

Vi har under studiens gång uppmärksammat ett antal punkter som vi anser varit extra avgörande för studiens resultat. Bland annat har vi reflekterat kring huruvida vi skulle fått annorlunda svar på våra intervjufrågor om vi valt att på ett tydligare sätt definiera begreppet depression för våra informanter. Vi valde att låta informanterna själva tolka begreppet och lade därför inget fokus på att förklara innebörden i begreppet. Vi har i analysen konstaterat att olika uppfattningar om vad depression är och innebär skulle kunna vara en förklaring till den variation i svar vi fick under våra intervjuer.

Vi kunde också under våra intervjuer konstatera att frågan om vilka faktorer som avgör det förebyggande arbetet orsakade många höjda ögonbryn. Vi var vid samtliga tillfällen tvungna att förtydliga och förklara denna fråga närmare. Förslagsvis skulle detta kunna bero på att det var en sammanslagning av två frågor. Ett alternativ hade varit att ställa dessa för sig och att då inleda med att fråga om de ansåg sig jobba förebyggande mot depression. Vi tror dock att det sätt vi valde att ställa frågan på bidrog till att det blev extra tydligt att det inte finns något förebyggande arbete på agendan. Detta på grund av deras frågande reaktioner. Frågan om huruvida de jobbar förebyggande hade fungerat mer ledande och hade därmed kunnat riskera att generera kortare och mindre innehållsrikt svar.

Under processen för att hitta våra informanter skedde den första kontakten via telefon. Vid denna första kontakt ställde sig många av de tillfrågade undrande både till valet av ämne och huruvida de var rätt person att svara på frågor kring detta ämne. Flera avstod från att delta i studien med motiveringen att de inte hade någon kunskap i ämnet. Detta skulle kunna misstänkas leda till en skevhet i vårt insamlade material, eftersom vi sannolikt inte har intervjuat de enhetschefer med minst kunskap inom ämnet. Istället ser vi en risk i att vi i stor utsträckning intervjuat de enhetschefer som haft någon form av intresse och medvetenhet kring ämnet. Vi kan dock inte se att detta skulle ha fått något större genomslag i vårt resultat.

Någonting som är viktigt att ha i åtanke är att enhetscheferna för de privata boendena i Linköping respektive enhetscheferna för de kommunalt drivna boendena i Norrköping intervjuats av olika intervjuare. Detta skulle teoretiskt sett kunna innebära att de skillnader vi uppmärksammat i analysen gällande svaren från dessa grupper skulle gå att härleda till oss som intervjuat. Vi kan

dock inte genom att titta på de intervjuer vi genomfört se att detta skulle vara fallet.

6.4.2 Förförståelse

Inom den existentiella hermeneutiken är det viktigt att reflektera över vår egen förförståelse och vad denna kan innebära för hur vi tolkar och analyserar vårt resultat (Westlund 2009:64). Därför följer här en kort redogörelse för den förförståelse vi haft med oss in i denna studie.

Vår förförståelse skiljer sig åt då en av oss har arbetat inom området samt gjort sin praktik med en enhetschef inom äldreomsorgen. Detta har bland annat fått till följd att vi haft olika utgångspunkter för vårt resonemang, samt att det inför studien ställts olika krav på inläsning i ämnet. Vi har dock sett detta som en tillgång eftersom vi tack vare olika förkunskaper fått en bredare bild av det ämne vi studerat.

En invändning mot användandet av intervjuer som forskningsmetod är att olika personer kan tolka samma intervjuer på olika sätt (Kvale & Brinkmann 2009:227). Detta blir kanske ännu mer aktuellt att reflektera över då vår förförståelse skiljer sig åt. Vi var från början införstådda med att vår skilda förförståelse skulle kunna skapa problem under analysen då det kunde förekomma att vi tolkade resultatet på olika sätt och gav uttalanden olika betydelser. Vi anser dock att detta varit en tillgång i arbetet i och med att det drivit oss att diskutera och reflektera kring den kunskap vi erhållit under arbetets gång. Genom att ständigt ifrågasätta varandras resonemang tror vi oss ha åstadkommit en så trovärdig bild av det studerade ämnet som vi möjligtvis kunnat.

7. Resultat

Vi har intervjuat åtta enhetschefer varav fyra arbetar på kommunala boenden i Norrköpings kommun och de resterade fyra för privata utförare inom Linköpings kommun. Utbildningsnivån hos de tillfrågade varierade kraftigt. Det som förekom var socionomer, sjuksköterskor, personalvetare, undersköterskor och beteendevetare. Många hade även läst påbyggnadskurser i ledarskap. Även yrkesbakgrunden varierade, då några var relativt nyutbildade och andra hade lång erfarenhet av arbete inom vårdsektorn.

Nedan följer en redogörelse av de svar vi fått under våra intervjuer. För tydlighetens skull har vi valt att ge varje boende vi besökt en bokstav från A till H utifrån ordningen för intervjuerna. Detta för att det ska gå att urskilja när samma enhetschef återkommer bland citaten. Vi har även valt att skriva ut om enhetschefen arbetar för en kommunal eller privat utförare. Detta för att tydliggöra huruvida det funnits skillnader i resonemang beroende på utförare.

Resultatet presenteras utifrån de huvudteman som funnits i vår intervjuguide, vilka i sin tur härstammar från våra tre frågeställningar. Först redogör vi för hur informanterna beskriver kunskapsläget i verksamheten när det gäller depression hos äldre. Vidare presenterar vi vilka faktorer som beskrivs påverka arbetet med deprimerade äldre. Slutligen beskrivs hur enhetscheferna ser på det ansvar och handlingsutrymme de har i sin arbetsroll när det gäller att handskas med denna problematik.

7.1 Kunskapsbrist

Vi kan över lag se att samtliga tillfrågade upplever att de har en bristfällig kunskap när det kommer till depression hos äldre. Även då erfarenheten varierar är alla överens om att den teoretiska kunskapen har stora brister. Den kunskap de ändå upplever sig ha är kunskap de förvärvat genom erfarenheter i arbetet. Endast en av de tillfrågade hade läst någon form av teoretisk utbildning. Det är tydligt att de chefer som har privata erfarenheter av depression tar problemet med depression hos de äldre på ett större allvar än de andra cheferna.

Något som också skiljer mellan de tillfrågade är upplevelsen av problemets omfattning. Samtidigt som några av informanterna menar att detta är ett stort och återkommande problem då många äldre som flyttar in på äldreboenden riskerar att bli deprimerade av den stora omställningen, finns det också informanter som hävdar att deprimerade äldre inte förekommer inom deras verksamhet.

”alltså det är inte så vanligt att man ser dom här djupa depressionerna på dom äldreboenden jag har haft [...] men inte nån

*djupare depression kan jag inte relatera till under mina år här”
(Enhetschef boende H, Privat utförare)*

På samma sätt som cheferna upplever att deras egen kunskap brister uttrycker de också att kunskapen hos omvårdnadspersonalen i många fall är dålig. I de fall då det finns personal med kunskap i ämnet handlar det framför allt om undersköterskor som läst vidare. En av informanterna uttryckte att de var dåliga på att ta tillvara den kunskap som ändå fanns. I de flesta fall hänvisade de tillfrågade till andra yrkeskategorier, exempelvis sjuksköterskorna, när frågan om kunskap kom upp. Ett par nämnde även demensteam som en resurs med kunskap om psykiskt mående hos de äldre. När det gäller möjlighet till utbildning för personalen framkom att det i dagsläget inte finns någon utbildning som fokuserar på just denna problematik. Inom de privata verksamheterna finns en uppsjö med utbildningar för de anställda men inte för denna typ av problematik. De enhetschefer vi talat med menar dock att om behovet uppstår skulle en relevant utbildning kunna köpas in. I Norrköping har hemtjänstpersonal fått gå en utbildning som berört psykisk ohälsa hos äldre, men denna har ännu inte kommit boendena till del. En informant lyfte också att det på kommunens intranät finns tillgång till information om denna problematik.

Vid frågan om det finns kuratorer tillgängliga i verksamheten framkom att tillgången på denna yrkesgrupp är kraftigt begränsad. Inom Norrköpings kommun finns endast en äldre kurator som bland annat finns tillgänglig för kommunens äldreboenden. Vi ställer oss dock något frågande till huruvida denna resurs utnyttjas. När de gäller de intervjuade i Linköping var det endast en enhetschef som uppgav att de hade tillgång till en kurator. Denne menade dock att denna resurs inte utnyttjades. En av våra informanter berättade att hon ibland vände sig till diakoner inom svenska kyrkan för att få hjälp med samtalsstöd till de äldre.

7.2 Faktorer som påverkar arbetet

När frågan om hur verksamheten jobbar för att förebygga depression hos de äldre kommer upp ställer sig många av informanterna frågande till vad vi menar med förebyggande arbete. Vi upplever att det över huvud taget inte verkar föras en diskussion kring förebyggande arbete för den här typen av problematik. Det framkommer emellertid då vi fortsätter prata om ämnet att det trots allt förekommer ett förebyggande arbete. Bland annat lyfts olika typer av sociala aktiviteter som avgörande för den äldres mentala välbefinnande. Här förs en diskussion kring vad som är en fullgod aktivitet, och hur aktiviteter ska anpassas till de individuella behov och önskemål som finns hos de äldre. Bland annat reflekterades det över att medan somliga kräver fysisk aktivering nöjer sig andra med en kopp kaffe och lite småprat. Det är viktigt att vara medveten om att aktiviteter värderas olika av olika individer.

Även ett rehabiliterande förhållningssätt, att jobba med händerna på ryggen⁵ som flera uttrycker det, anses påverka den äldre i positiv riktning. Utöver detta nämns också dokumentation som en viktig del såväl när det gäller att förebygga som att upptäcka depression hos de äldre. En av de tillfrågade påpekar också vikten av andra bedömningsinstrument för att få en enhetligare bedömning och minska den godtycklighet som annars riskerar att finnas då flera olika personer sköter dokumentationen.

En viktig aspekt av arbetet med att hantera risken för och förekomsten av depression hos de äldre är kontaktmannaskapet. En majoritet av de tillfrågade lägger mycket stor vikt vid kontaktmannaskapet och den roll som denne har när det gäller att uppmärksamma den äldres mående. Kontaktmannen är i detta sammanhang en ur den ordinarie personalen (oftast en undersköterska) som blivit utsedd att vara ansvarig för brukaren. Det är kontaktmannen som förväntas ha störst kunskap om brukaren och dennes behov. Det är också kontaktmannen som förväntas upptäcka förändringar i beteendet som skulle kunna tyda på psykisk ohälsa:

”ja jag tror att grunden handlar mycket om och skapa den här tilliten mellan kontaktman och brukare för att på det sättet identifiera hur mår den här personen” (Enhetschef på boende D, Kommunal utförare)

Vilka faktorer som upplevs påverka arbetet med depression hos äldre varierar något mellan de tillfrågade enhetscheferna. Gemensamt för de flesta är dock att de hävdar att ekonomin inte spelar en avgörande roll för hur arbetet ser ut.

”så vad det gäller ekonomin så har det ju inte med hur vi jobbar att göra så att säga” (Enhetschef boende G, Privat utförare)

”ekonomin spelar ju alltid roll överordnat i och för sig fast det är ingenting man tänker på när det gäller enskilda individer” (Enhetschef boende B, Kommunal utförare)

Enhetscheferna inom de privata verksamheterna tycks överens om att resurser finns att tillgå då de behövs och att ekonomin inte är ett hinder:

”är det någon av dom som bor hos oss som vi ser eller utvecklar en depression så sätter vi in dom resurser som behövs” (Enhetschef boende F, Privat utförare)

⁵ ”Att jobba med händerna på ryggen”- Att stötta mentalt snarare än fysiskt, att stödja med ord och inte med handling.

Alla tillfrågade verkar vara överens om att det är det individuella bemötandet och den tid som finns till förfogande för samtal som är den avgörande faktorn för hur arbetet med äldre med depression fungerar:

”som chef vill man ju alltid ha mer pengar men jag skulle säga att den avgörande faktorn är hur vi jobbar gentemot våra brukare bemötande att skapa tillit så att vi är tillräckligt lyhörda och ser såna här signaler” (Enhetschef boende D, Kommunal utförare)

Här lyfts också kunskap och engagemang som viktiga aspekter. Det talas mycket om individualitet och att det är brukarens behov som ska stå i centrum. Många av de tillfrågade menar att då ett problem uppstår löser de detta med fokus på den individ det gäller. De beskriver bland annat individuella genomförandeplaner som ett sätt att arbeta med individer exempelvis då symptom på depression uppvisas. Samtidigt påpekas det att detta individuella synsätt tar mycket tid i anspråk, något som vissa av informanterna upplever som problematiskt. Hos de privata utförarna tycks de avtal de har med kommunen vara det som framförallt styr arbetet. Flera av de tillfrågade lyfter dessa avtal som mycket betydelsefulla för hur arbetet utförs.

”vi följer ju dom avtalen som vi har med kommunen och det finns inte i något förfrågningsunderlag från kommunens sida att man ska ha någon form av avtal eller någonting sånt med kurator” (Enhetschef boende F, Privat utförare)

Vi upplever en stor osäkerhet och okunskap kring vilka riktlinjer som finns för arbetet med denna målgrupp. Istället läggs stor vikt vid dokumentation och den enskilda personalens förmåga att hantera en uppkommen problematik. Som vi nämnt tidigare ställde sig endast en av de tillfrågade positiv till den typ av skattningsskalor som finns för att upptäcka depression hos brukarna. Denna informant menade att ett mer metodiskt sätt att arbeta skulle göra den insamlade informationen mer värdefull och användbar. De resterande informanterna saknade i flera fall kunskap kring denna typ av skalor och hade därför inte någon åsikt i frågan.

En av enhetscheferna poängterade att de är en värderingsstyrd organisation och att det därmed är dessa värderingar som styr arbetet. I samband med detta nämner denna enhetschef precis som de övriga informanterna också det för tillfället mycket aktuella arbetet med den nationella värdegrunden. Samtlig personal inom dessa kommuner har gått eller ska gå en utbildning där dessa värdegrundsfrågor tas upp. Utöver detta finns lokala värdegrundsgarantier som verksamheterna ska följa. Enhetscheferna beskriver värdegrundsarbetet som ett pågående och långsiktigt arbete som aldrig blir helt implementerat.

7.3 Ansvar och handlingsutrymme

En för oss central fråga var vilket ansvar enhetscheferna själva upplever att de har när det handlar om att hantera depression hos de äldre inom deras verksamhet. Här skiljer sig svaren åt något. Några uttrycker att de har det yttersta ansvaret för hur brukarna mår och har det. Andra fokuserar på att deras ansvar till största delen ligger i att stödja personalen i deras arbete så att dessa kan hantera situationer som uppkommer. Många upplever att det är svårt att som enhetschef ha inblick i varje brukares individuella situation. Därför är det viktigt att kunna förmedla till personalen att detta är en prioriterad fråga. Utöver detta tycks det för många vara viktigt att ha ett fungerande samarbete med övriga yrkesgrupper, så som sjuksköterskor och läkare. Det handlar om att hjälpa till att hitta lösningar, att få arbetet att flyta på och fungera och att delegera ansvar till annan personal.

Flera av enhetscheferna i Norrköpings kommun nämner samverkan mellan kommun och landsting som någonting problematiskt. En av de tillfrågade uttryckte att landstinget inte tar tillräckligt stort ansvar:

”för det är ju fortfarande så att vi ska ju inte kunna allting här utan vi ska ju använda samhällets resurser [...] det som brister är väl att man inte vill ta ansvar över huvud taget utan bor man på ett [...] särskilt boende så då tycker man att då kan man få åka hem igen då kan vi sköta om det här istället även om vi inte har den kompetensen” (Enhetschef boende B, Kommunal utförare)

Även inom boendets egna väggar upplevs denna problematik i samband med att olika yrkeskategorier arbetar under olika lagstiftning. En informant menar att arbetet med att förebygga depression hos de äldre ligger utanför de krav som finns från lagstiftningen och att det därmed handlar om att kunna ge det lilla extra:

”då skjuter man gärna dom här områdena mellan yrkeskategorier lite just med hänvisning till lagstiftning att det där ligger under HSL [Hälso- och sjukvårdslagen vår anm.] eller det där ligger under SoL [Socialtjänstlagen vår anm.]” (Enhetschef boende C, Kommunal utförare)

Samtidigt finns en förståelse för att hälso- och sjukvårdspersonalen, i det här fallet sjuksköterskorna, kanske i vissa fall prioriterar fysiska åkommor i högre grad.

Majoriteten av de tillfrågade upplever att de har ett mycket stort handlingsutrymme. Trots att organisationen och därmed hierarkin bland chefspositionerna ser olika ut beroende på om verksamheten drivs av kommunen

eller i privat regi så tycks samtliga enhetschefer ha goda möjligheter att själva styra över sin verksamhet. En chef med erfarenhet av både privat och icke privat verksamhet anser att handlingsutrymmet är större inom den privata sektorn. Hon säger samtidigt att med ett stort handlingsutrymme följer också ett stort och i många fall tungt ansvar. En annan av informanterna menar att det i mångt och mycket handlar om vilket handlingsutrymme man tar sig:

”det här med handlingsutrymme är ju ofta faktiskt också det här att vad tar man sig för utrymme antingen frågar man först efter gränsen eller också så gör man och ser om man slår i väggen” (Enhetschef boende A, Kommunal utförare)

En av de tillfrågade uttryckte att handlingsutrymmet var stort på grund av att de aktiviteter som erbjuds inte alltid behöver vara så avancerade utan att det ibland räcker med ganska små medel för att höja kvalitén för brukarna.

Vi bad våra informanter att beskriva hur de önskar att situationen kring den här problematiken såg ut. Det visade sig för många vara svårt att komma på något bra svar. Det vi dock kan se är att många lyfter bättre utbildning och mer kunskap som avgörande. Mer tid och resurser efterfrågas också. Några önskade att kontakten med läkare skulle vara bättre, då de anser att äldreboenden har mycket lite läkartid. Det förekom även önskemål om speciella boenden för äldre med psykisk ohälsa:

”dom som mår riktigt psykiskt dåligt och har sådana här skov med depressioner kanske inte ska bo på vanligt ålderdomshem som vi har här det skulle finnas någon annan mer som har hand om psykisk ohälsa hos äldre” (Enhetschef boende E, Privat utförare)

”då finns det liksom inga specialboenden och det tror jag det skulle göra [...] där man dels har speciell kompetens så där och det finns ju för yngre men” (Enhetschef boende A, Kommunal utförare)

Flera lyfter också att de hoppas på bättre samarbete mellan kommun och landsting i framtiden då detta skulle underlätta exempelvis då det gäller att erbjuda vård till psykiskt sjuka äldre. En av de tillfrågade nämner den stundande hemsjukvårdsreformen som någonting som skulle kunna innebära bättre möjligheter för kommunen att själva vårda dessa personer. Dessutom uttrycker många det faktum att depression hos äldre är ett mycket känsligt och skamfyllt ämne. Detta behöver förändras om denna grupp ska få den vård de behöver.

”jag skulle önska att det fanns ett bättre att dom äldre sågs på samma sätt som man ser på yngre som har psykisk sjukdom” (Enhetschef boende B, Kommunal utförare)

Några av informanterna menar att det finns betydligt mer hjälp att få för yngre som drabbas av depression och att de äldre hamnar i skymundan. Detta upplevs som ett stort problem som endast skulle kunna lösas om synen på äldre som en enskild grupp i samhället förändras.

8. Analys av resultat

Ovan har vi sammanställt de svar vi fått under våra intervjuer för att försöka ge en bild av hur upplevelserna hos våra informanter uttryckts. Vi kommer nedan att analysera och tolka detta resultat bland annat med hjälp av de teorier vi tidigare presenterat. Vi kommer också att dra paralleller till tidigare forskning där detta är relevant. Analysen presenteras utifrån de teman vi introducerade i metodavsnittet.

8.1 De finns, men inte hos oss

Vi kan efter att ha utfört våra åtta intervjuer konstatera att samtliga intervjuade upplever en mycket bristfällig kunskap gällande ämnet depression hos äldre både när det gäller den egna kompetensen och personalens kunskapsnivå. Vår upplevelse är att denna brist på kunskap leder till att enhetscheferna underskattar problemets omfattning och att det i sin tur leder till äldre som lider i tysthet. Detta är mycket allvarligt då detta som Gulmann (2003) påpekar skulle kunna leda till både fysisk sjukdom och en hög risk för självmord (Gulmann 2003:142-143). Reynolds et al. (2001) lyfter i detta sammanhang vikten av att behandling sätts in i tid (Reynolds et al. 2001:513), vilket inte blir fallet om problemet inte uppmärksammas. Dessutom ligger det precis som Lipsky (2010) menar på enhetschefen att stödja varje enskild individ, vilket kräver att det finns kunskap om de situationer klienten kan hamna i (Lipsky 2010:72-73).

Det faktum att flera av våra informanter hävdar att det inte finns några deprimerade äldre inom deras verksamhet är intressant ur flera aspekter. Dels väcker det en undran gällande hur medvetna enhetschefer inom denna typ av verksamhet är när det gäller denna fråga. Finns det verkligen inte en problematik på dessa boenden, eller saknas helt enkelt kunskapen som behövs för att upptäcka dessa individer? En förklaring till chefernas olika upplevelser skulle kunna vara att synen på vad som är en depression varierar mellan de tillfrågade. Om även en lättare nedstämdhet ses som tecken på depression blir uppfattningen av antalet deprimerade på boendet förmodligen en annan än om endast mycket djupa depressioner räknas in. Ett tecken på att detta skulle kunna vara fallet ser vi i citatet från Enhetschefen på boende H där hon väljer att fokusera på att det inte finns några med en djupare depression på boendet.

En annan förklaring till att cheferna upplever att det inte finns några deprimerade kan precis som Hedelin (2000) och Gulmann (2003) nämner vara att symptom på depression ofta döljs av andra mer fysiska symptom. Härmed kanske inte den egentliga orsaken uppmärksammas vilket leder till att depressionen förbises (Hedelin 2000:62; Gulmann 2003:134).

En annan aspekt som är värd att notera är att det tycks finnas en skillnad mellan de olika kommunerna i huruvida det anses finnas deprimerade på boendena. Bland de tillfrågade är det endast enhetschefer från privata verksamheter i Linköping som påstår att de för tillfället inte har några deprimerade inom sin verksamhet. Samma tendens ses inte i intervjuerna med enhetschefer från Norrköpings kommun. En möjlig förklaring till detta är att det inom den privata omsorgen kanske upplevs som viktigare att framställa sin verksamhet i positiva ordalag. En annan att kunskapen om detta problem är mindre inom den privata sektorn och att dessa individer härmed inte uppmärksammas på samma sätt. En tredje förklaring skulle självklart kunna vara att det faktiskt för tillfället inte finns några deprimerade äldre på dessa boenden.

Det framkom under våra intervjuer att tillgången på kuratorer är kraftigt begränsad på dessa äldreboenden. I Norrköping finns endast en kommunanställd äldrekurator. Detta skulle kunna jämföras med det faktum att det är mycket vanligt med kuratorer exempelvis i skolmiljön. Frågan är då varför det ser ut som det gör just för den äldre befolkningen. Det faktum att det inte läggs resurser på de äldre i samma utsträckning som på yngre upplever vi som ett tecken på en sådan diskriminerande praxis som enligt Butler är en del av ålderismen (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2008:8-10).

En ytterligare fundering som väcks hos oss är i hur stor utsträckning de kuratorer som ändå finns tillgängliga används. Vår upplevelse efter intervjuerna är att denna resurs inte utnyttjas i någon större utsträckning. I de fall där enhetscheferna upplever att det inte finns några deprimerade äldre är det trots allt förståeligt att så är fallet. Däremot kan det tyckas märkligt att inte heller de enhetschefer som trots allt uppger att de uppmärksammar problemet utnyttjar denna resurs. Här ser vi en viss likhet med de läkare som Hedelin (2000) beskriver inte hänvisar de äldre vidare till andra professioner vid misstanke om psykisk ohälsa (Hedelin 2000:62-63). Utifrån Lipskys (2010) konstaterande att det ligger på enhetschefen att stödja varje enskild individ (Lipsky 2010:72-73) går det att ifrågasätta huruvida enhetscheferna här tar sitt ansvar, då de inte ser till att de äldre får den samtalskontakt de kanske behöver.

8.2 Att sitta för sig själv

En av enhetscheferna nämner att hon anser att det hör till åldern att sitta för sig själv och tänka och som hon säger lägga sitt livs pussel. Hon kopplar samman det här med något hon har läst som en forskare skrivit i ämnet. Vi förmodar att det den här informanten tänker på är Tornstams teori om gerotranscendens. Det här anser vi vara en intressant observation men precis som Tornstam (2010) själv varnar för kan inte gerotranscendens bli en ursäkt som gör att de äldre lämnas utan aktiviteter till förmån för de ekonomiska besparingar detta kan ge. Istället är det viktigt att komma ihåg att aktiviteter fortfarande kan vara aktuellt,

men i en annan form där fokus inte i lika hög utsträckning ligger på det fysiska (Tornstam 2010:285-314). Vi ser också en fara i att gerotranscendens används för att förbise den äldres mående och att symptom på depression misstas för tecken på gerotranscendenstillstånd. Detta riskerar i sin tur leda till bland annat brist på stimulans för de äldre.

Ett annat sätt att se på resonemanget ”äldre som tycks nöjda med att sitta för sig själva” är att detta skulle vara normalt beteende för äldre. Detta skulle kunna vara ett uttryck för de stereotypa föreställningar Tudor-Sandahl (1999) menar är en del av ålderismen (Tudor-Sandahl 1999:22). Denna syn på äldre skulle kunna leda till att symptom på depression bortförklaras som normaltillstånd.

8.3 Tilltro till egen och andras kunskap

I den initiala kontakten med våra informanter var det flera som upplevdes förvånade över att det var enhetschefernas upplevelser vi valt att fokusera på och hänvisade oss istället till verksamhetens sjuksköterska då denne ansågs vara mer lämpad att svara på våra frågor. Även under intervjuernas gång framkom det att det är sjuksköterskorna som anses ha störst kunskap i ämnet depression. Detta tycker vi är mycket intressant då flera av de enhetschefer som intervjuades själva har jobbat som sjuksköterskor och har lång erfarenhet av yrket. Dessa ansåg sig inte själva ha kunskap, men hänvisade alltså ändå till andra sjuksköterskor. Detta gör oss nyfikna på vad en sjuksköterska egentligen kan och förväntas kunna om denna problematik, och huruvida det finns en övertro till sjuksköterskornas kompetens i frågan. Om det är så att enhetscheferna inte vet vad medarbetarna kan rimmar det illa med Thylefors (2007) beskrivning av det interprofessionella teamet där kärnan bör vara kommunikation, gemensamma målsättningar, planering och delat ansvar (Thylefors 2007:94). Vi kan dock se en samstämmighet med de brister Kvarnström (2007) lyfter då vi tänker oss att dålig insikt kring de andras kunskap måste leda till en ineffektiv vård (Kvarnström 2007:38).

Det ligger som vi tidigare nämnt på gräsrotsbyråkratens (i vårt fall enhetschefernas) lott att se till den enskilde individen och dennes unika behov. Det är enhetschefen som i sin roll som politikernas förlängda hand måste implementera ny lagstiftning och sätta sig in i riktlinjer samt förvärva ny kunskap för att kunna uppfylla de krav som lagstiftningen kräver. Det är som Lipsky (2010) beskriver just gräsrotsbyråkratens kunskap och position som blir viktiga verktyg för att uppfylla den enskilde individens behov av omsorg (Lipsky 2010:72–73). Vad enhetscheferna själva säger är att kunskapen gällande depression hos äldre inte finns, detta gör att ett av verktygen för att kunna hjälpa omsorgstagarna på individnivå fattas. Det blir en omöjlig uppgift för enhetscheferna att försöka leva upp till lagstiftningen utan relevant kunskap. Det

bör ligga i enhetschefernas intresse att fylla den kunskapslucka som de visar tydlig medvetenhet om. Frågan vi ställer oss är varför detta inte sker.

Det tycks i dagsläget inte finnas någon färdig fortbildning för personal som berör problematiken med deprimerade äldre. Däremot säger enhetscheferna hos de privata utförarna att det finns möjlighet att köpa in utbildningar när behov uppstår. Vi ställer oss frågande till hur de ska kunna avgöra om behov uppstår då kompetens för att upptäcka depression hos äldre inte finns till följd av brist på utbildning. Detta eftersom forskning visat att det är svårt för personal att upptäcka depression om de inte har erfarenhet och utbildning (Brown et al. 2003:212-213) Vi anser att avsaknaden av utbildning tyder på dålig framförhållning och brist på förståelse när det gäller denna problematik. Vi funderar också på hur detta står sig gentemot den bild av gräsrotsbyråkraten som Lipsky (1980) ger, där han beskriver hur dessa generellt sett är bra på att ta egna beslut (1980:19-21). Om detta stämmer innebär det alltså att enhetscheferna medveten väljer att inte prioritera kunskap kring detta problem. Är det så skulle detta mycket väl kunna ses som ett tecken på ålderism, antingen till följd av att de inte förstår att äldre kan drabbas av depression, eller genom att de inte anser det tillräckligt viktigt att arbeta med (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2008:8-10).

8.4 Stort ansvar på enskilda individer

Ytterligare ett tecken på bristande framförhållning syns när vi berör ämnet förebyggande arbete mot depression. Den oförståelse cheferna uppvisar tyder på att det inte medvetet arbetas förebyggande inom verksamheterna. Vi kan dock se att många av de sociala aktiviteter som verksamheten ändå erbjuder mycket väl kan ses som förebyggande för denna problematik. Även det rehabiliterande förhållningssättet, att arbeta med ”*händerna bakom ryggen*”, kan precis som Jansson (2010) talar om ses som ett sätt att arbeta förebyggande mot depression (Jansson 2010:58). Sammantaget kan vi alltså konstatera att de flesta verksamheter arbetar förebyggande för denna problematik utan att själva reflektera över det.

Vi upplever att ett mycket stort ansvar läggs på kontaktsmannen både när det gäller att förebygga och att upptäcka depression hos de äldre. Det faktum att de flesta informanterna inledningsvis konstaterar att kunskapen hos de anställda är högst bristfällig får oss att undra hur det är tänkt att den enskilda personalen ska kunna hantera detta ansvar. Precis som Brown et al. (2003) konstaterar är det svårt för enskild personal att avgöra om en person lider av depression (Brown et al. 2003:212-213). Detta blir precis som vi tidigare konstaterat inte lättare av en bristande kunskap. Det är dock i viss mån förståeligt att ansvaret fördelas på det här viset. Till följd av de förändringar av arbetsuppgifter som Wolmesjö (2005) beskriver har enhetschefen hamnat längre ifrån verksamheten (Wolmesjö

2005:243). Denna beskrivning av verkligheten stämmer väl överens också med Lipskys beskrivning av gräsrotsbyråkratens utmaningar (Lipsky 2010:192-193). Detta leder till ett behov av att delegera ansvar, vilket vi berör senare i denna analys.

Ytterligare en svårighet när det kommer till enskild personals bristande kunskap är den vikt som läggs vid den dagliga dokumentationen som beskrivs som ett sätt att upptäcka depression. Vi ser en risk att en rad subjektiva åsikter är vad som ligger till grund för den bedömning som görs av individens mående. Detta till följd av att personalen inte har någon enhetlig kunskap. Här kommer skattningsskalor likt den geriatriska depressionsskalan (GDS) in i bilden. Vi anser precis som Huang och Carpenter (2011) att evidensbaserade skattningsskalor likt denna kan vara ett bra verktyg för att få en enhetlig, ärlig och mer rättvis bedömning (Huang & Carpenter 2011:1048-1049). Viktigt att poängtera är dock att det fortfarande krävs kunskap för att använda dessa skalor på ett korrekt sätt. Som vi beskrivit tidigare hade många av de tillfrågade dålig kunskap kring denna typ av metoder och endast en var odelat positiv till dess användning. Detta anser vi vara anmärkningsvärt då forskning visar att dessa kan vara användbara.

8.5 Att fokusera på individen

Någonting som återkommer i samtliga intervjuer är tankarna kring individfokus och att bemöta varje brukare individuellt bland annat då det gäller dennes psykiska mående. Detta är i grunden en god inställning som lyfts bland annat i lagstiftningen (Socialtjänstlagen 2001:453) och av Lipsky (2010:72-73). Ett led i arbetet med individfokus är de genomförandeplaner som flera av informanterna hänvisar till. Dessa ser vi som mycket värdefulla när det gäller att lära känna individen och ta vara på varje individs personliga önskemål. Vi ser också en mening med att i högre grad än idag integrera en livsberättelse i denna genomförandeplan. En sådan livsberättelse bör innehålla en beskrivning av den äldres livshistoria och dennes vanor. Vi tänker oss att denna skulle kunna underlätta upptäckten av eventuella förändringar i individens sätt att vara och uppföra sig vilka skulle kunna härledas till en eventuell depression.

Trots att ett individuellt fokus i grunden är positivt menar vi att det är värt att fundera över vad ett individfokus bör innebära, och kanske framför allt vad det inte bör innebära. Vi anser att det finns en risk att fokuseringen på individen används som en ursäkt då ett mer övergripande arbete med en viss problematik saknas i verksamheten. Detta är vi rädda är fallet när det gäller depression inom de verksamheter vi studerat i denna studie.

Lipsky (2010) beskriver hur gräsrotsbyråkraten ska se den enskilde och jobba för individens bästa även om den övergripande organisationen försöker att

likställa behandlingen för alla klienter (Lipsky 2010:72-73). Vi menar precis som Lipsky att det är viktigt att i varje situation som uppkommer lägga fokus på den enskilde individen och dennes behov. Detta tillvägagångssätt hindras dock inte av att det finns generella riktlinjer och utarbetade arbetsmetoder för hur depression hos de äldre ska förebyggas, upptäckas och hanteras. Tvärtom skulle dessa riktlinjer kunna vara ett utmärkt hjälpmedel för att försäkra sig om att äldre i behov av hjälp och stöd verkligen uppmärksammas. Precis som Cody och Drysdale (2013) tror vi att ett mer integrerat sätt att arbeta med depression där en utarbetad plan redan finns skulle underlätta såväl för den drabbade individen som för verksamheten i stort (Cody & Drysdale 2013:62-64).

Ytterligare ett område där individualism kommer på tal är när det gäller olika former av sociala aktiviteter. Det ses som problematiskt att förena den kollektiva normen med varje individs enskilda önskemål. Vi tänker också precis som några av informanterna att det är viktigt att vara medveten om att alla inte vill delta i all form av aktivitet och att en person som avstår från en aktivitet inte automatiskt bör ses som deprimerad. Detta antagande att alla äldre vill och behöver gruppaktiviteter ser vi som ett uttryck för de stereotypa föreställningar som Tudor-Sandahl (1999) menar bygger på ålderism (Tudor-Sandahl 1999:22). Precis som Tornstam (2010) menar vi att alla individer inte behöver ständig aktivering (Tornstam 2010:285-314). Här är det individualistiska fokus som många av de intervjuade har helt klart att föredra framför det kollektiva.

8.6 Var läggs resurserna?

Vi ser en rad brister i arbetet med att förebygga depression inom verksamheterna. En förklaring skulle kunna vara att dåliga ekonomiska förutsättningar ligger bakom dessa brister, något som även Lipsky (1980) lyfter som ett problem som försvårar enhetschefernas arbete (Lipsky 1980:27-28). Detta tycks dock inte vara fallet enligt de tillfrågade enhetscheferna. Ingen av de tillfrågade lyfter självmant ekonomin som en avgörande faktor för hur arbetet med den här gruppen ser ut. Vi ser framförallt två möjliga orsaker till detta. Dels skulle det kunna bero på den okunskap vi tidigare varit inne på. Om problemet till följd av okunskap inte uppmärksammas leder detta till att förståelsen för vilka resurser som behövs blir lidande. Detta i sin tur skulle kunna förklara varför ekonomin inte ses som ett problem. En annan förklaring vi ser är att lojalitet till arbetsgivaren skulle kunna göra att cheferna inte vill lyfta ekonomin som ett problem.

Samtliga informanter lyfter arbetet med den nationella värdegrunden. Där står bland annat att den äldre ska få känna välbefinnande (Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 4§). I detta ingår också att stärka den äldres självkänsla (SOSFS 2012:3), vilket vi precis som Jansson (2010) anser hör väl samman med arbetet för att motverka dåligt psykiskt mående hos de äldre (Jansson 2010:58).

Då den nationella värdegrunden av enhetscheferna beskrivs som mycket aktuell finner vi det därför märkligt att inte mer resurser läggs på denna typ av problematik.

Lipsky (1980) skriver att gräsrotsbyråkraten verkar under arbetsförhållanden som i viss utsträckning präglas av otydlighet i den bemärkelsen att målen är vagt beskrivna (Lipsky 1980:27–28). Här ser vi en tydlig koppling till den verklighet som enhetscheferna lever i där det saknas beskrivningar kring hur vissa mål som finns ska uppfyllas. Ett exempel är de av kommunerna framtagna värdighetsgarantierna som presenteras närmare i avsnittet Inledning. I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) står bland annat ”*Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)*”. Vi konstaterar dock att det sägs mycket lite om välbefinnande eller hur detta ska uppnås i de båda kommunernas värdighetsgarantier. Här ligger fokus istället på trygghet, inflytande och valmöjlighet. Vi anser självklart att dessa punkter är mycket viktiga för värdegrundsarbetet, men anser samtidigt att en viktig bit fallit bort i och med avsaknaden av fokus kring just välbefinnandet. Lipsky (1980) skriver även om att det kan vara svårt att mäta huruvida mål har uppnåtts eller inte och det är i detta fall förståeligt då det böra vara svårt att mäta exempelvis ”*välbefinnande*”.

En anledning till att fokuset ligger som det gör i dessa värdegrundsgarantier skulle enligt oss kunna vara att vi idag generellt i samhället lägger mycket stor vikt vid just valmöjligheter och eget inflytande. Detta syns bland annat i den ökade privatiseringen. Härmed anser samhället också det vara viktigt för de äldre att få välja. Att ”andra åldersgrupper prackar på en åldersgrupp sina mål, syften och prioriteringar” (Andersson 2008:43) benämns som åldersimperialism (Biggs 2004, hänvisad i Andersson 2008:43). Frågan är om valmöjligheter verkligen är vad som är viktigast för de äldre som kanske inte är vana att ha denna möjlighet.

8.7 Att delegera ansvar

När ansvarsfrågan kommer på tal står det klart att många av informanterna känner att det i grunden är deras ansvar att hantera problemet med depression hos de äldre, samtidigt som de uttrycker att det är ett ansvar som de delar med personalen. Flera av informanterna menar att detta samarbete med personalen kring ansvaret är viktigt då cheferna själva inte har möjlighet att se varje individ hela tiden. Detta delvis till följd av de förändringar Wolmesjö (2005) lyfter och som vi varit inne på tidigare. Härmed blir det interprofessionella arbetet än viktigare.

Delegeringen innebär att enhetschefen utnyttjar sitt handlingsutrymme och sin möjlighet att använda regelverket till sin fördel genom att förflytta ett visst

ansvar till personalen. Detta handlingsätt stämmer väl in på hur Lipsky beskriver gräsrotbyråkraten i sin teori (Lipsky 1980). Det är dock viktigt att komma ihåg att det fortfarande, precis som Lipsky lyfter (Lipsky 1980:3-4), är enhetschefen som har det yttersta ansvaret för de äldre och att de därmed också ansvarar för vad personalen gör med sitt delegerade ansvar. Detta innebär alltså att enhetscheferna delegerar ansvar till personal som de själva anser inte har tillräckligt med kunskap i ämnet.

8.8 Vem har kunskap och tar ansvar?

Det faktum att våra informanter upplever att det inte finns tillräckligt med kunskap gällande dessa frågor i verksamheten leder oss in på frågan om vilken kompetens som bör finnas på äldreboenden. Vilken kunskapsnivå kan krävas? Precis som en av de tillfrågade lyfter är tanken att den sjukvård som finns inom landstinget ska utnyttjas även av de som bor på denna typ av boenden. Problemet är att detta i många fall inte upplevs fungera. Flera av de tillfrågade enhetscheferna i Norrköpings kommun upplever att de äldre som behöver mer vård än boendet själv kan erbjuda hamnar i en situation där ingen tar ansvar för deras mående. Detta gäller inte minst vid symptom på depression. Flera av enhetscheferna menar att det finns brister i samarbetet mellan kommun och landsting och att detta går ut över enskilda individer. Detta skulle kunna bero på att äldre inte prioriteras inom vården, någon som i sin tur skulle kunna beskrivas som ålderism till följd av diskriminering (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2010:8-10). Vi ser att detta riskerar att leda till allvarliga konsekvenser då kunskapen om hur psykisk ohälsa bör hanteras inte finns på de äldreboenden där de äldre bor. Kanske borde denna kunskap finnas i större utsträckning då det ändå är här de äldre vistas större delen av tiden. Ett led i detta skulle kunna vara att ha en kurator med denna typ av kunskap. Likaså skulle personalen behöva en ökad kunskap när det gäller att uppmärksamma de äldre som mår psyksikt dåligt.

Några av de tillfrågade lyfter att det finns en problematik när det gäller de två lagar som är aktuella när det gäller vården av de äldre. De menar att socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen fokuserar på olika delar inom vården av de äldre, samtidigt som ämnet depression riskerar att falla mellan stolarna då ingen av dessa lagar tydligt tar ansvar för de äldres psykiska mående. Denna problematik syns även på lägre nivå eftersom sjuksköterskorna arbetar under Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och undersköterskorna i huvudsak under Socialtjänstlagen (2001:453). Detta tycks medföra att det även här uppstår frågetecken kring vem som har ansvaret för de äldres psykiska mående. Vi ser här en tydlig parallell till den brist på helhetssyn som Kvarnström (2007) beskriver riskerar att uppstå i interprofessionella team av den här typen (Kvarnström 2007:38). Kanske skulle ett bättre samarbete mellan kommun och

landsting även leda till att denna fråga uppmärksammades mer inom verksamheterna och att det blev tydligare vem som har huvudansvaret för de deprimerade äldre.

En av de tillfrågade nämner i detta sammanhang den kommande hemsjukvårdsreformen där ansvaret för hemsjukvården förflyttas från landstinget till kommunerna (Landstinget i Östergötland 2013; Norrköpings kommun 2013a). Vi är dock rädda för att denna reform inte kommer att föranleda någon större förändring för just de äldre med psykiska besvär. Detta till följd av att ansvaret inte skiftar fullt ut och att ansvaret för denna grupp därmed fortsatt är svävande.

8.9 Inte prioriterat

Trots att den tidigare forskningen antyder att enhetscheferna i många fall har en problematisk arbetssituation tycks de flesta av våra informanter vara mycket positivt inställda till sitt arbete. De upplever att de har ett betydande handlingsutrymme där de har stor möjlighet att själva styra arbetet, inte minst när det gäller enskilda frågor så som exempelvis hur depression hanteras inom verksamheten. Som vi nämnt tidigare upplevs varken ekonomi eller styrning uppifrån försvåra arbetet med denna fråga. Vi tycker oss se en viss skillnad mellan de olika boendena och vad den enskilda enhetschefen ger genom sitt handlingsutrymme. Vi kan dock inte se någon skillnad mellan privata utförare och de kommunala utförarna när det kommer till hur de använder sitt handlingsutrymme.

Det mesta tyder alltså på att enhetscheferna känner en stor självständighet, även om den hos vissa informanter även ses som något betungande. Detta överensstämmer väl med den beskrivning Lipsky (1980) ger av en enhetschef som i hög utsträckning tar egna beslut (Lipsky 1980:19-21). Lipsky (1980) beskriver dock också att omfattningen och utformningen av den hjälp som ges till klienten beror på det handlingsutrymme enhetschefen har (Lipsky 1980:3-4). Detta blir motsägelsefullt eftersom det trots ett stort upplevt handlingsutrymme inte tycks prioriteras vård för de deprimerade äldre. Utifrån detta frågar vi oss varför problematiken med deprimerade äldre inte uppmärksammas i högre utsträckning. Det måste enligt detta finnas andra orsaker till att denna problematik inte prioriteras. Vår upplevelse är att detta inte prioriteras av cheferna själva, antingen på grund av okunskap eller för att det ses som en icke-fråga.

Oavsett anledning ser vi klara tecken på att ålderism förekommer i hanteringen av den här problematiken. Vår uppfattning är att depression uppmärksammas i betydligt högre utsträckning hos andra åldersgrupper men att de äldre bortprioriteras, vilket skulle kunna ses som ett tecken på ålderism genom

diskriminerande praxis (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2008:8-10). Vi upplever också att denna prioritering syns i många andra sammanhang. Även om detta kan tyckas vara en högst förståelig prioritering är det också en mycket problematiskt sådan, inte minst eftersom antalet äldre ökar och i och med det också medelåldern (Statistiska Centralbyrån 2013). Var drar vi gränsen för när det inte längre är viktigt att behandla en äldre person?

Det faktum att det idag inte finns några speciella boenden för äldre personer som lider av svår och återkommande psykisk ohälsa är också det någonting som skulle kunna kopplas till ålderism. För den yngre befolkningen finns hem av det här slaget och mycket resurser läggs på att ta hand om människor som mår psykiskt dåligt. När det kommer till äldre ses däremot mycket lite sådana åtgärder. Ytterligare ett exempel på åldersim är det faktum att läkartillgången för äldreboenden beskrivs som låg. Båda dessa yttringar av snedfördelade resurser tror vi har sitt ursprung i ålderistiska fördomar likt de Butler beskriver (Butler 1980, hänvisad i Andersson 2008:8-10) där äldre ses som en grupp som inte blir psykiskt sjuka.

9. Slutdiskussion

Vi kan efter genomförd studie konstatera att det finns en stor kunskapsbrist när det gäller arbetet med depression hos de äldre på de äldreboenden vi besökt. Denna okunskap tillsammans med en ovilja att på allvar se problemet leder till en ond cirkel där resultatet blir att ingenting händer. De äldres mående uppmärksammas inte i den utsträckning det skulle behövas och därmed ses inte behovet av stöd för de som mår dåligt. Flera av våra informanter uttrycker en vilja att införskaffa kunskap om problemet först när det dyker upp. Vi tror att det finns en stor risk att detta resonemang leder till att problemet aldrig kommer att uppmärksammas eftersom personalen inte vet vilka signaler de ska leta efter.

Vi fann under våra intervjuer med enhetscheferna att det inte var någon av dem som kunde säga att de hade några specifika riktlinjer att arbeta efter när det gäller depression hos äldre. När vi senare undersökte tillgången av riktlinjer fann vi att socialstyrelsen har gett ut skrifter i ämnet som visserligen inte är specifika för äldre, men där även de äldre berörs. Med tanke på att ingen av informanterna nämner någon av de här skrifterna eller något annat exempel på liknande material kan vi konstatera att det finns en kunskapsbrist inte bara i ämnet depression hos äldre, utan även när det gäller den information som finns att tillgå genom de skrifter och riktlinjer som socialstyrelsen publicerat.

Över lag beskriver våra informanter ett stort handlingsutrymme och en medvetenhet gällande det egna ansvaret för de äldres välbefinnande. De uttrycker också alla en medvetenhet kring problematiken med depression hos de äldre. Utifrån detta anser vi att det är märkligt att inte mer görs. Varför införskaffas inte mer kunskap och varför läggs inte mer resurser på denna problematik? Den enda förklaring vi kan se är att det är en prioriteringsfråga där de äldre systematiskt bortprioriteras.

Vi anser att det behövs en rad förbättringar på äldreboenden av det här slaget för att den grupp äldre som mår psykiskt dåligt i framtiden ska få den hjälp de behöver. Precis som enhetscheferna själva efterlyser vi mer kunskap och en större förståelse för att detta är en viktig fråga. På samma sätt som det idag finns exempelvis sjukgymnaster och arbetsterapeuter som en naturlig del av verksamheten bör det enligt oss också finnas personal som har ansvar för att uppmärksamma det psykiska måendet. Vi skulle därför vilja se en ökad tillgång på kuratorer och psykiatriombud som har extra kunskap om äldres psykiska hälsa.

Vi tror också att det skulle behövas speciella boenden med extra stor kompetens kring dessa frågor, precis som det finns för andra åldersgrupper. Här skulle de personer som idag inte anses sjuka nog att platsa inom landstingets psykiatrivård men inte heller upplevs friska nog för äldreboenden kunna få en plats. Detta tror

vi skulle minska trycket på psykiatrin samtidigt som de äldre får en bättre omsorg mer anpassade efter deras behov.

Vi önskar också att äldre med depression skulle ha en lika självklar rätt till hjälp som yngre individer med liknande problematik. Tyvärr ser vi att äldre idag i många avseenden hamnar utanför samhället. Från att tidigare i historien varit en grupp som yngre såg upp till, är äldre idag en grupp som helt förlorat sin status och mer ses som en belastning än en tillgång. Detta anser vi leder till en typ av alienation där äldre ses som en avskild grupp med helt skilda behov och intressen. Därmed tillskriver vi inte heller de äldre samma sjukdomsbegrepp som den övriga befolkningen. En äldre som uppvisar symptom på depression beskrivs därmed som ”*nedstämd*” eller ”*ensam*”, och inte som ”*deprimerad*” vilket skulle vara den naturliga beskrivningen om individen tillhört någon annan åldersgrupp. Denna syn på äldre måste förändras om äldre som drabbas av depression ska få den vård de har rätt till.

10. Studiens kunskapsbidrag

Trots att det finns en hel del att läsa om depression hos äldre, finns relativt få studier som fokuserar på enhetschefernas roll när det gäller att uppmärksamma det här problemet inom äldreomsorgen. Därför anser vi att det behövs en kvalitativ studie som fokuserar på hur chefer inom äldreomsorgen hanterar den här typen av problematik. Vi har också under studiens gång erfarit att det här är ett ämne som borde lyftas och ges större utrymme i debatten kring äldreomsorgens utseende och funktion. Vi hoppas därför med den här studien kunna bidra till en ökad diskussion och förståelse kring ämnet inom det verksamhetsfält vi studerat.

10.1 Förslag på ytterligare forskning

Vi kan i kölvattnet av denna studie se en rad möjliga studier som vore intressanta att genomföra. Exempelvis vore det mycket intressant att se på den anställda personalens upplevelser av denna problematik i förhållande till de upplevelser vi redovisat här. Det skulle också kunna vara av intresse att undersöka vilken kunskap som finns inom olika yrkeskategorier när det gäller depression hos äldre.

11. Referenser

Tryckta källor

Ahrne, G & Eriksson-Zetterquist, U. (2011) Intervjuer. I Ahrne, G & Svensson, P (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Ahrne, G & Svensson, P. (2011) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, G & Svensson, P (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Andersson, L. (2008) *Ålderism*. Malmö: Studentlitteratur

Brown, E. McAvay, G. Raue, P. Moses, S. & Bruce, M. (2003) Recognition of Depression Among Elderly Recipients of Home Care Services. *Psychiatric Services*, 54 (2) s. 208-213

Butler, R. N. (1980) Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9 (4 Part 1) s. 243-246

Cody, R. A. & Drysdale, K. (2013) The Effects of Psychotherapy on Reducing Depression in Residential Aged Care: A Meta-Analytic Review. *Clinical Gerontologist*, 36(1) s. 46-69

Cullum, S. Tucker, S. Todd, C. & Brayne, C. (2006) Screening for depression in older medical inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (5) s. 469-476

Eisses, A. M. H. Kluiters, H. Jongenelis, K. Pot, A. M. Beekman A. T. F. & Ormel J. (2004) Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (7) s. 634–640

Forsman, A. K. Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011) Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26 (Suppl 1) s. 85-107

Gottfries, C. Noltorp, S. Nørgaard, N. Holmén, A. Högstedt, B. (1997) Skala identifierar depression bland äldre. *Läkartidningen*, 94 (12) s. 1099-1102

Gottfries, C. G. (2004) Depressionssjukdomar hos äldre. I Gottfries C. G, Londos, E & Sandman, P. O. *Depression och demens hos äldre*. Helsingborg: H Lundbeck AB

Gulmann, N. C. (2003) Depressionssjukdomar och andra förstämningssyndrom. I Gulmann, N. C. (red) *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Gulmann, N. C. (2003) Gerontologi, geriatrik och allmän gerontopsykiatri. I Gulmann, N. C. (red) *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Hedelin, B. (2000) *Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Akad.avh. Nordiska hälsovårdshögskolan. Göteborg

Hjalmarson, I. Norman, E. & Trydegård, G-B. (2004) *Om man ska vara stöttepelare åt andra måste man själv så stadigt. En studie och äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar*. Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2004:2

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997) *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Huang, Y. & Carpenter, I. (2011) Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as part of comprehensive standardised care assessment in nursing homes. *Aging & Mental Health*, 15 (8) s. 1045-1051

Johansson, R. (2007) *Vid byråkratins gränser: om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. 3. uppl. Lund: Arkiv

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Kvarnström, S. (2007) *Interprofessionella team i vården - En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Akad.avh. Linköpings universitet. Institutionen för medicin och hälsa

Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation

Lipsky, M. (2010) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation

Murphy, E. (1982) Social origins of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*, 141 s. 135-142.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011) Att analysera kvalitativt material. I Ahrne, G & Svensson, P (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Reynolds III, C. F. Alexopoulos, G. S. Katz, I. R. & Lebowitz, B. D. (2001) Chronic Depression in the Elderly Approaches for Prevention. *Drugs & Aging*, 18 (7) s. 507-514

Sand, A-B. (2007) *Äldreomsorg mellan familj och samhälle*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, K. Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme - Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

Thorslund, M. (2002) Dagens och morgondagens vård och omsorg - Om gapet mellan behov och resurser. I Andersson, L (red) *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur

Thylefors, I. (2007) Babels torn - Tvärprofessionella team. I Thylefors, I (red) *Arbetsgrupper - Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur

Tornstam, L. (2010) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag

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

Vårdförbundet (2007) *Sjuksköterskan i kommunal äldrevård - En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet*. Rapport nr 02 2007 U Namn: Maria Carlson

Wasserman, D. (2000) *Depression - En vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur

Wasserman, D. (2003) *Depression - En vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur

Westlund, I. (2009) Hermeneutik. I Fejes, A & Thornberg, R (red) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber

Wolmesjö, M. (2005) *Ledningsfunktion i omvandling - Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre och handikappomsorgen*. Akad.avh. Lunds Universitet. Socialhögskolan

E-böcker

Jansson, L. (2010) *Handbok i kognitiv terapi vid depression*. Natur och Kultur, Stockholm ISBN e-bok: 978-91-27-12309-0.

Offentliga publikationer

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*.

Socialstyrelsen (2009) *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre - En kunskapssammanställning*.

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*.

SOSFS 2006:5 *Socialstyrelsen allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.*

SOSFS 2012:3 *Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre.*

Internetkällor

Landstinget i Östergötland (2013) *Hemsjukvårdsreformen*

<http://www.lio.se/hemsjukvard> (Hämtad 2013-05-07)

Linköpings kommun (2013) *Värdighetsgarantier – vårdbostäder.*

<http://www.linkoping.se/Global/St%C3%B6d%20och%20omsorg/Kvalitet%20och%20utveckling/v%C3%A4rdighetsgarantier/13-0121%20Folder%20f%C3%B6r%20v%C3%A4rdighetsgarantier%20V%C3%85RDBOST%20C3%84DER%20WEB.pdf> (Hämtad 2013-05-15)

Norrköpings kommun (2013a) *Hemsjukvård*

<http://www.norrkoping.se/vard-omsorg/hemsjukvard/> (Hämtad 2013-05-07)

Norrköpings kommun (2013b) *Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen i Norrköpings kommun.*

http://www.norrkoping.se/vard-omsorg/kvalitet-utveckling/puff/forskning-och-utveckling/utvecklingsprojekt/lokala-vardighetsgarantie/Webb_Lokala_vardighetsgarantier.pdf (Hämtad 2013-05-15)

Socialstyrelsen (2013) *BDI (Becks Depression Inventory).*

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/bdi> (Hämtad 2013-04-08)

Statistiska Centralbyrån (2013) *Hitta statistik.*

[http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/VisavarAgg.asp?var=Alder&grupp\(1\)=%C5lder10%E5r&statusV\(1\)=1&nr=1&varpres=%E5lder&inl=&xu=C9233001&yp=tansss&huvudtabell=BefolkprognRev2012&deltabell=&deltabellnamn=Folkm%E4ngd+efter+%E5lder+och+k%F6n%2E++%C5r+2012%2D2110&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&prodid=BE0401&starttid=2012&stopptid=2110&antvar=2&vardemangd=%C5lder1%E5rG&innehall=Befolkprogn&databas=SDB_Befolkning1_ss&pr=T&Fromwhere=M&FromSel=G&lang=1&langdb=1](http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/VisavarAgg.asp?var=Alder&grupp(1)=%C5lder10%E5r&statusV(1)=1&nr=1&varpres=%E5lder&inl=&xu=C9233001&yp=tansss&huvudtabell=BefolkprognRev2012&deltabell=&deltabellnamn=Folkm%E4ngd+efter+%E5lder+och+k%F6n%2E++%C5r+2012%2D2110&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&prodid=BE0401&starttid=2012&stopptid=2110&antvar=2&vardemangd=%C5lder1%E5rG&innehall=Befolkprogn&databas=SDB_Befolkning1_ss&pr=T&Fromwhere=M&FromSel=G&lang=1&langdb=1) (Hämtad 2013-05-15)

Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter från Linköpings Universitet som just nu skriver vårt examensarbete. Arbetet handlar om depression hos äldre och hur Du som enhetschef inom äldreomsorgen upplever arbetet med depression hos de äldre inom just Din verksamhet. Därför skulle vi vilja besöka Dig för att under ca en timme ställa några frågor kring detta ämne. Vi kommer att genomföra dessa samtal en och en, vilket innebär att Du endast kommer att möta en av oss. Detta innebär också att vi kommer att vilja spela in samtalet för att lättare kunna ta del av varandras material. Denna inspelning kommer endast att användas av oss två i detta syfte, och vi kommer att radera inspelningen när arbetet är färdigt.

Vi kommer att tala med 8 enhetschefer/verksamhetschefer från både Linköping och Norrköping, och samtliga kommer att vara anonyma i vårt examensarbete. Detta arbete kommer att tryckas upp och finnas tillgängligt på Universitetets bibliotek i Norrköping. Det är frivilligt att delta och Du har när som helst under studiens gång möjlighet att avsluta din medverkan. Vi kommer vid vårt besök att be om en skriftlig bekräftelse på att Du tagit del av denna information.

Vi är väldigt tacksamma för att du tar dig tid att ställa upp i vårt examensarbete och vår förhoppning är att även du ska komma att ha ett utbyte av vårt samtal.

Amanda Borg

Jan Åbom

Bilaga 2 - Intervjuguide

- Vad har du för utbildning?
- Vad har du för arbetslivsbakgrund/erfarenhet?
- Kan du beskriva verksamheten kortfattat?

Hur ser kunskapsläget ut inom verksamheten gällande depression hos äldre?

- Hur ser din kunskap ut gällande depression hos äldre?
- Vilken kunskap inom ämnet finns hos personalen?
 - Finns det speciella ombud?
 - Finns det speciell personal som jobbar med detta?
 - Finns kuratorer inom verksamheten?
- Vilka möjligheter finns det för enskild personal att lära sig mer inom verksamheten?
 - Finns möjlighet till extern fortbildning?
 - Finns internt utbildningsmaterial?

Vilka riktlinjer finns/används för att förebygga och upptäcka depression hos de äldre?

- Vilka faktorer är det som avgör ert sätt att arbeta förebyggande?
 - Vilken roll spelar ekonomin?
 - Vilken roll spelar lagstiftning?
- Finns det några riktlinjer för arbetet?
 - Beskriv vad dessa innebär.
 - Finns det några utformade metoder för att förebygga depression?
 - Har ni några utformade metoder för att upptäcka depression hos de äldre?
 - Exempelvis GDS.

- I socialtjänstlagens 5 kap. 4 § står: *Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)*. Hur anser du att detta implementeras i er verksamhet i relation till depression hos äldre?

Vilket handlingsutrymme/ansvar anser enhetscheferna själva att de har i arbetet med att hantera depression hos äldre?

- Vilket ansvar upplever du att du har när det gäller att hantera depression hos de äldre?
- Vilket handlingsutrymme upplever du att du har i arbetet med deprimerade äldre?
 - Hur styrd känner du dig av dina chefer?
- Hur skulle du önska att arbetet med deprimerade fungerade i din verksamhet?

Bilaga 3 - Geriatriska depressionsskalan

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

GDS-20-skalan

GDS

1	Är du i grund och botten nöjd med ditt liv ?	ja	nej
2	Har du gett upp många aktiviteter och intressen ?	ja	nej
3	Tycker du att ditt liv är tomt ?	ja	nej
4	Blir du ofta uttråkad ?	ja	nej
5	Är du oftast på gott humör ?	ja	nej
6	Är du rädd att något skall hända dig ?	ja	nej
7	Känner du dig oftast glad och nöjd ?	ja	nej
8	Känner du dig ofta hjälplös ?	ja	nej
9	Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar ?	ja	nej
10	Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra ?	ja	nej
11	Tycker du att det känns bra att leva ?	ja	nej
12	Känner du dig tämligen värdelös som du är nu ?	ja	nej
13	Känner du dig full av energi ?	ja	nej
14	Tycker du att din situation är hopplös ?	ja	nej
15	Tycker du att de flesta andra har det bättre än du ?	ja	nej
16	Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen ?	ja	nej
17	Är du ofta orolig och ängslig ?	ja	nej
18	Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt ?	ja	nej
19	Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen ?	ja	nej
20	Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom ?	ja	nej

Ge 1 poäng för varje svar med bogstäver i grått fält

Summa poäng

Tolkning:

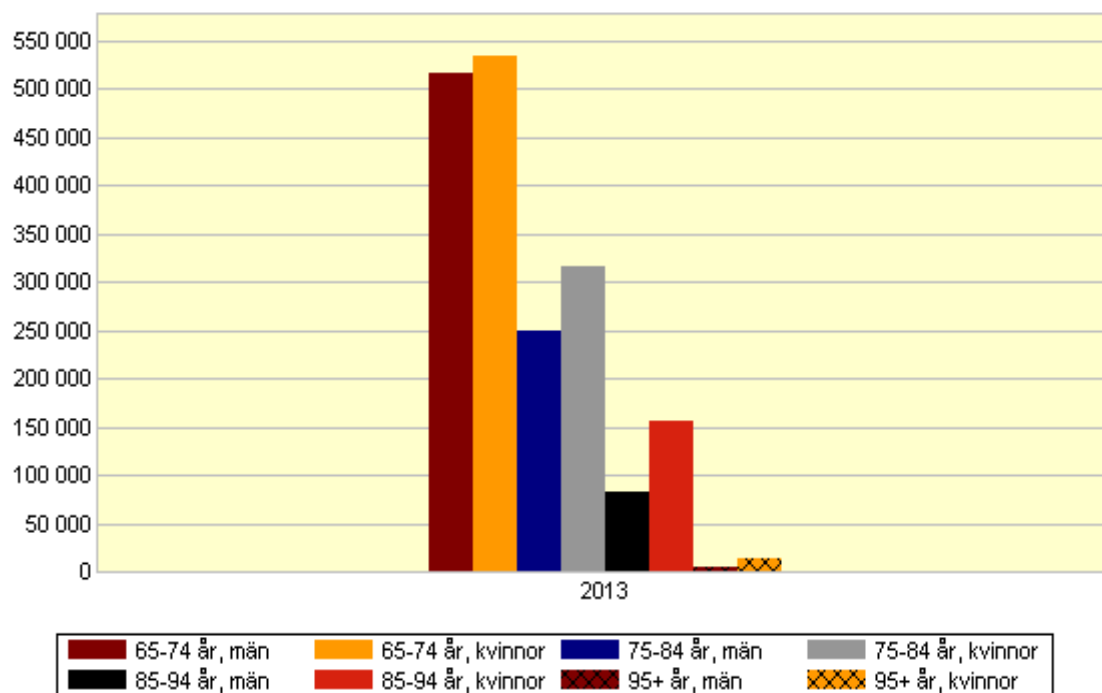
0-5 poäng: Depression osannolik.

6-20 poäng: Misstanke om depression

Bilaga 4 - Statistik från SCB

Prognos 2013

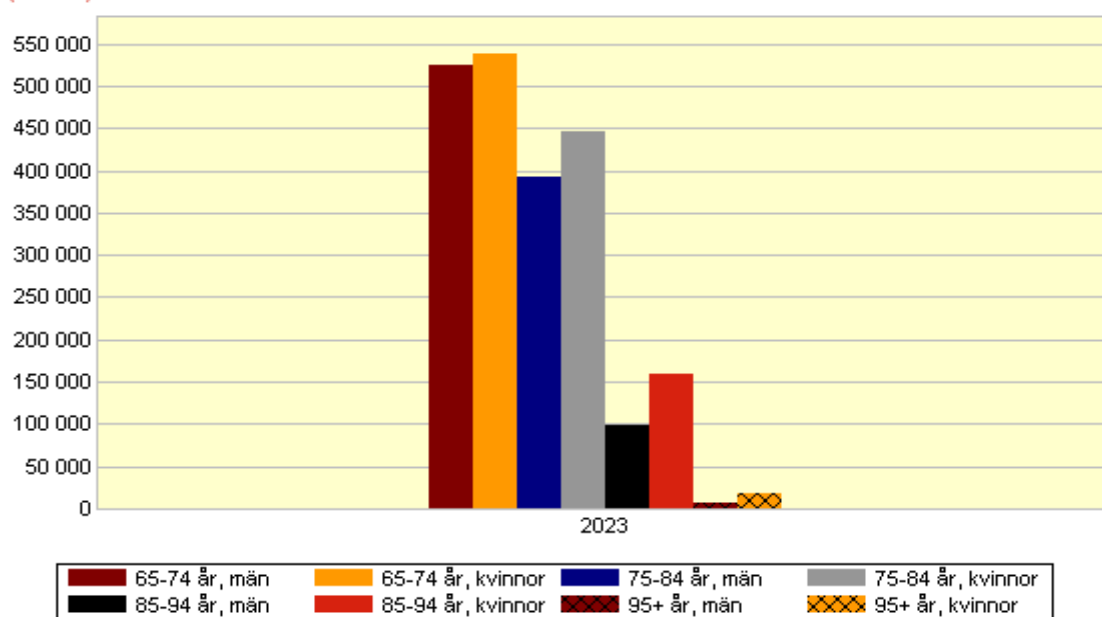
Aktuell prognos över folkmängden. Folkmängd 31 dec efter ålder, kön och tid. (antal)



© SCB

Prognos 2023

Aktuell prognos över folkmängden. Folkmängd 31 dec efter ålder, kön och tid. (antal)



© SCB

Prognos 2033

**Aktuell prognos över folkmängden. Folkmängd 31 dec efter ålder, kön och tid.
(antal)**