

Behandling på lika villkor?

- Om psykologisk depressionsbehandling för äldre personer

Av Anna Tibratt

Ht -10



Handledare: Dolf Tops

Abstract

Author: Anna Tibratt

Title: Treatment on equal conditions? - Psychological treatments for older people with depression
[translated title]

Supervisor: Dolf Tops

Assessor: Mats Hilde

The aim of this study was to present and examine the views of counselors in primary care and division managers of home help services on two issues: depression treatment to elderly people and the need of counselors in eldercare.

A qualitative method was utilized to interview three counselors and two division managers in various locations around Skane, South of Sweden. The methodology was supported by a theoretical framework that brought together theories of ageism, dignity and Lipsky's theory of street level bureaucracy.

Results from the study, while not generalizable to the wider population, suggest that staff in home help services are in need of regular supervision regarding their own work.

The study is also highlighting the reality that elderly people's access to psychological treatment for depression is not satisfactory. This is not helped by the national rehabilitation guarantee which results in persons older than 67 years being excluded from Cognitive Behavior Therapy, a recognized and evidence based intervention for people with depression.

This study concludes by recommending that counselors employed by the services could provide the supervision support that is needed by the service staff. From the literature review it is also clear that more research is required on this important issue.

Key words: elderly, depression, psychological treatment, ageism, counselors in eldercare

Nyckelord: äldre, depression, psykologisk behandling, ålderism, kuratorer i äldreomsorgen

Innehållsförteckning

Förord.....	5
1 Inledning	6
Bakgrund till ämnesvalet.....	6
Problemformulering.....	6
Syfte.....	8
Frågeställningar.....	8
<i>Primära:</i>	8
<i>Sekundära:</i>	8
2 Metod	8
Tillvägagångssätt och val av metod	9
Urval och undersökningspopulationens avgränsning	10
Metodens förtjänster och begränsningar.....	11
Metodens tillförlitlighet (validitet/reliabilitet).....	12
Etiska överväganden.....	12
Fortsatt framställning.....	13
3 Bakgrund	14
Rehabiliteringsgarantin.....	14
Depression och behandling.....	15
Diskrimineringslagen och ålder.....	17
Prioriteringar i sjukvården.....	18
Hemtjänsten.....	18
4 Tidigare forskning	19
Depression hos äldre personer.....	19
Depressioner hos vårdtagare inom äldreomsorgen.....	21
5 Teoretiska utgångspunkter	23
Ålderism	23
Ålder som kategori	24
Handlingsutrymme och gräsrotsbyråkrater	25
Värdighet	26
Varför just dessa begrepp?.....	26
6 Analys	27
Intervjupersonernas syn på kuratorer inom äldreomsorgen.....	27
<i>En kurator med handledningsfunktion</i>	27
<i>Nackdelar med kuratorer inom äldreomsorgen</i>	29
<i>En ökad efterfrågan i framtiden</i>	29

Äldre personer och psykologisk behandling	30
<i>Kuratorers handlingsutrymme och rehabiliteringsgarantin</i>	31
<i>Hur vanligt är det att äldre personer får psykologisk behandling mot depression?</i>	36
<i>Varför får äldre psykologisk depressionsbehandling mer sällan än andra åldersgrupper?</i>	37
Hemtjänstens rutiner kring psykisk ohälsa.....	40
Personalens utbildning.....	41
Enhetschefernas handlingsutrymme.....	42
Hemtjänstens ansvar för psykisk hälsa.....	42
Samtal om depression sköts av hemtjänstens sjuksköterskor idag.....	43
Krävs särskilda kunskaper för att behandla depression hos äldre personer?.....	44
7 Sammanfattning och slutdiskussion	45
<i>Sammanfattning</i>	45
<i>Slutdiskussion</i>	46
Referenslista	48
Bilagor.....	55
<i>Bilaga 1: INTERVJUGUIDE för intervju med enhetschefer</i>	55
<i>Bilaga 2: INTERVJUGUIDE för intervju med kuratorer inom primärvården</i>	57
<i>Bilaga 3: Introduktionsbrev</i>	58

Förord

Ett stort tack till min handledare Dolf Tops, som varit till stor hjälp under hela arbetsprocessens gång. Din entusiasm, dina idéer och dina konstruktiva kommentarer har varit oerhört värdefulla. Tack också till er intervjupersoner som så generöst delade med er av tankar och kunskap kring ämnet. Ni är oundgängliga för denna uppsats. Jag skulle även vilja tacka Helena för en noggrann läsning med givande feedback samt Michael för korrekturläsning av det engelska abstractet.

1 Inledning

Bakgrund till ämnesvalet

- Ja, men ska du inte ta och köpa ett par nya morgontofflor, kanske undersköterskan säger.

- Nej, det är ingen idé, för jag vet ju att jag lever kanske inte till nästa sommar.

Och så blir det hängande lite i luften. Och då kanske det egentligen är någonting mer man skulle vilja prata om. /.../ Men vi är kanske inte så bra på att fånga upp det här.

Vi kanske inte har förmågan och vi kanske inte har tiden som krävs för såna diskussioner.

Och sådana gånger känner man att den här personen skulle behöva prata lite mer.

-Enhetschef 1

När det blev dags att skriva kandidatuppsats såg jag det som ett tillfälle att få fördjupa mig i ett ämne som jag varit intresserad av under några års tid. Enhetschef 1 fångar i citatet ovan in några svårigheter som jag själv också upplevde under den tid som jag arbetade i hemtjänsten. Det förekom att de äldre människor jag mötte var nedstämda och ville prata om det som tyngde dem. Jag lade märke till att många av vårdtagarna åt antidepressiv medicin, men nästan ingen hade tillgång till någon form av samtalsstöd. Hur skulle detta tomrum kunna fyllas och av vem?

Problemformulering

Ungefär var femte människa i västländerna drabbas av en allvarlig depression någon gång under sin livstid (SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering 2004a s.73). ”Ju allvarligare depression desto större är sannolikheten att den upptäcks och behandlas” konstaterar SBU (2004b s.237). Det finns studier som visar att 50-70 % av patienter med depression inte får en depressionsdiagnos vid ett besök hos en allmänläkare inom primärvården (ibid s. 241).

Det finns studier som visar att depression hos äldre underdiagnostiseras (Mellor et al 2008 s. 389). Personal inom hemtjänst eller på vårdboende har svårigheter att känna igen depressionssymptom hos äldre vårdtagare (ibid). Äldre patienter med depressionssymtom behandlas annorlunda än yngre patienter i kontakt med primärvården enligt Fischer et al (2003 s. 1554.) Fischer et al ser ett mönster där de äldsta depressionspatienterna uppmärksammas mer sällan än andra åldersgrupper. Vårdgivarna i den nämnda studien frågade inte de äldre patienterna om självmordsrisk eller skrev remiss till psykiatrin i alls lika stor utsträckning som till de yngre patienterna (ibid).

Effekten av medicinsk depressionsbehandling tycks vara låg bland personer som är äldre än 85 år (Bergdahl 2007 s.6). 40-60 %, beroende på urvalsgrupp, av deltagarna i Bergdahls studie svarade inte på behandlingen med antidepressiva läkemedel. Dessutom konstaterar Bergdahl att en

stor del av människorna som är över 85 år lever med depressioner som varken är diagnostiserade eller behandlade. Depressioner har ett samband med en högre dödlighet för denna grupp (ibid s. 34,53). Andelen äldre personer i Sverige ökar stadigt enligt SCB (2011). År 2009 motsvarade personer som var 65 år eller äldre 18,1 % av befolkningen (ibid). Ett av argumenten som nämns i diskussionen om ökat behov och efterfrågan på samtalsstöd och psykoterapi bland äldre är att generationen som är född på 1940-talet kommer att ställa högre krav (se t.ex. Edling 2010 s. 43).

En morgon i juni 2008, när jag i vanlig ordning läste Sydsvenskan vid frukostbordet, fångade en TT-notis med rubriken "Livströtthet bland äldre kan behandlas" min uppmärksamhet. Notisen löd:

Depressioner hos äldre är ett folkhälsoproblem. Men föreställningen att det är naturligt att känna sig trött på livet när man blir gammal står i vägen för rätt hjälp. - Det här är ett sjukdomstillstånd som man kan behandla, säger Susanne Rolfner Suvanto, utredare på Socialstyrelsen. Socialstyrelsens egna folkhälsorapporter visar att mer än vad fjärde kvinna och var åttonde man i åldern 65-79 år besväras av ångslan, oro eller ångest. Mer än var tionde över 65 år lider av depression. (TT 2008).

Vid denna tidpunkt arbetade jag som vikarierande vårdbiträde inom hemtjänsten och de äldres psykiska hälsa var något som redan tidigare väckt intresse hos mig. Läsningen av notisen ovan väckte fler funderingar. Hur kunde det vara en nyhet att depressioner hos äldre är behandlingsbara? Har äldre som grupp prioriterats bort till förmån för andra grupper när det gäller t.ex. forskning och vårdåtgärder? Vilken behandling erbjuds äldre som drabbats av depression förutom psykofarmaka?

Enligt Socialstyrelsens (2010 s. 56-58) nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom finns det ett gap mellan befintlig praxis och riktlinjernas rekommendationer. Utbudet av psykologisk behandling (psykoterapi) motsvarar inte efterfrågan, vilket till stor del beror på brist på personal med denna kompetens. Det stora flertalet av alla deprimerade patienter får idag antidepressiva läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att om deras riktlinjer för lindriga till medelsvåra depressionstillstånd skulle följas skulle resultatet bli en jämnare fördelning mellan läkemedelsbehandling och psykoterapi (ibid).

Tillgången till terapi är alltså ett problem generellt, men för äldre tycks den vara sämre än för övriga åldersgrupper. SVT-programmet Sydynytt (2010) rapporterar t.ex. att Region Skåne har avtal med 100 KBT-terapeuter med målgruppen 16-67 år, medan endast 27 regionsanslutna psykoterapeuter tar emot även personer över 67 år (ibid). Region Skåne har upprättat ett ackrediteringssystem för arbetet med den s.k. Rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin är en

politisk satsning med ambitionen att minska sjukskrivningstalen för bl.a. personer med depression och oro (SKL 2010a). Garantin innebär att vårdcentraler med godkända KBT-terapeuter får 10 000 kr per behandlad patient om patienten är under 67 år (Region Skåne 2010b). Skulle detta kunna vara ett exempel på ålderism, det vill säga ”stereotypa föreställningar och negativ särbehandling av personer av hög ålder” (Jönson 2002 s.24)?

På några få orter i Sverige finns såväl kommunal- som privatanställda kuratorer inom äldreomsorgen (Edling 2010 s.42-43). I dessa kuratorers arbetsuppgifter ingår att ge stödsamtal till såväl de äldre som de anhöriga. Akademikerförbundet SSR förespråkar nu ett utökat antal kuratorstjänster inom området (ibid).

Ovanstående indikerar att äldre personer inte får tillräckligt kvalificerad vård eller vård på samma villkor som andra åldersgrupper idag. Vilken betydelse skulle fler kuratorer inom äldreomsorgen kunna ha när det gäller äldre människors tillgång till psykologisk behandling?

Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur kuratorer inom primärvården respektive enhetschefer med ansvar för hemtjänst ser på dels depressionsbehandling för äldre, dels behovet av kuratorer inom äldreomsorgen.

Frågeställningar

Primära:

- Hur ser kuratorer inom primärvården respektive enhetschefer med ansvar för hemtjänst på behovet och funktionen av kuratorer inom äldreomsorgen?
- Tillgodoses äldre personers behov av behandling vid depression enligt intervjupersonerna?

Sekundära:

- Anser intervjupersonerna att det krävs specifika kunskaper för att arbeta med depression hos äldre jämfört med andra åldersgrupper och i så fall vilka?
- Vilket ansvar har hemtjänsten för en äldre vårdtagares psykiska hälsa enligt intervjupersonerna?

2 Metod

Följande kapitel innehåller beskrivningar av metod, tillvägagångssätt, etiska överväganden och resonemang kring resultatens tillförlitlighet.

Tillvägagångssätt och val av metod

Kvalitativa intervjuer är den metod som användes för inhämtning av empiriskt material till denna uppsats. Intervjuerna var semistrukturerade. Semistrukturerad innebär att intervjuaren har förberett tydliga och konkreta frågor, men det finns också utrymme att följa upp intervjupersonens svar (Aspers 2007 s. 137). Intervjuguiden fungerade som en checklista för ämnen som skulle behandlas under intervjuens gång, men styrde inte vilken ordning frågorna ställdes eller deras exakta formulering. Två riktade intervjuguides utformades, en för enhetschefer och en för primärvårdskuratorer (se bilaga 1 och 2). Anledningen till detta var att arbetsförhållandena skilde sig åt. Fem intervjuer gjordes och de varade 45-80 minuter. Intervjuerna ägde rum på intervjupersonernas arbetsplats. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Intervjupersonerna tillfrågades om detta i samband med intervjustart och hade möjlighet att avböja. Intervjuerna transkriberades i sin helhet och efter transkriberingen gjordes en systematisk genomgång genom kodning av intervjumaterialet. Olika färgpennor markerade olika koder, vars utgångspunkt fanns i intervjufrågor och betydelsefulla begrepp (se Jönson 2010 s.59). Därefter sorterades materialet utifrån dessa teman och utgjorde sedan grunden för analysen. De teoretiska utgångspunkterna var inte fastlagda då intervjuerna gjordes, även om vissa tankar givetvis fanns. Det fanns en tanke om att inkludera ålderism som ett begrepp i ett tidigt skede av uppsatsarbetet. I och med det har det funnits ett mer induktivt förhållningssätt. Empirin fick leda riktningen på uppsatsen på så vis att intressanta teman ur den lyftes fram. Tidigare forskning har sökts via ett antal databaser, främst SocIndex. Några sökord som använts är: psychological treatment +depression, depression +elderly, depression +primary care, age care +depression, home care +depression, home help service +depression.

I den initiala delen av intervjun etableras tillit mellan intervjuare och intervjuperson och det kan vara en fördel att inleda med enklare, deskriptiva frågor (May 2001 s. 157-159). Värdeladdade ämnen bör behandlas med försiktighet och frågeställningarna kring dessa bör vara icke-konfrontativa (ibid). Dessa riktlinjer hade jag i åtanke vid intervjuguidernas utformning. Valet av metod gjordes med studiens syfte i åtanke. Intervjuer är enligt Aspers (2007 s. 133) ett sätt att komma i kontakt med fältet. En sådan kontakt kan bidra med viktiga kunskaper och perspektiv som inte finns tillgängliga vid t.ex. en dokumentstudie. Ett syfte med intervjuer är att intervjuaren strävar efter att försöka förstå intervjupersonen (ibid s.33). Valet föll därför på kvalitativ metod, eftersom det ger möjlighet att ställa följdfrågor och möjliggör en bredare såväl som djupare förståelse.

Urval och undersökningspopulationens avgränsning

Två intervjupersoner arbetar som enhetschefer med ansvar för hemtjänst i en stor respektive mellanstor stad i Skåne. Tre intervjupersoner arbetar som kuratorer inom primärvården i en mellanstor och två stora skånska städer. Intervjupersonerna i denna undersökning är kvinnor, ca 40-60 år gamla. De har mellan fem och 32 års arbetslivserfarenhet inom yrket. Samtliga har socionomutbildning eller likvärdig utbildning. Samtliga deltagare fick ett informationsbrev (se bilaga 1) om undersökningen efter att de tackat ja till att delta, minst en vecka innan intervjun ägde rum.

Nedan beskrivs tillvägagångssättet för att rekrytera intervjupersoner. I inledningsskedet av uppsatsarbetet fanns tanken att intervjua dels vård- och omsorgschefer eller andra kommunala chefer som har ett mer övergripande ansvar och insyn i t.ex. verksamhetsutveckling, dels kuratorer inom psykiatrin. Samtliga vård- och omsorgschefer som kontaktades hänvisade till enhetschefer med ansvar för hemtjänst. På grund av detta föll valet på att intervjua personer med den positionen istället. Vård- och omsorgscheferna kontaktades både via telefon och via e-mail. Enhetscheferna med ansvar för hemtjänst kontaktades via telefon. Kontaktuppgifter till enhetscheferna förmedlades av en vård- och omsorgschef i ett fall och av en utbildningssamordnare på en vård- och omsorgsförvaltning i ett annat. Anledningen till att både enhetschefer och kuratorer kontaktades var en tanke om att de skulle kunna bidra med olika perspektiv och bredare kunskap om hur situationen kan se ut för äldre personer med depression.

En lärare på Socialhögskolan med erfarenhet av att arbeta inom psykiatrin bidrog med information om att svåra depressioner behandlas av psykiatrin, medan lindriga till medelsvåra depressioner numera behandlas inom primärvården. Eftersom de senare depressionsformerna är de vanligaste hos äldre personer blev följden att främst tillfråga kuratorer inom primärvården om att ställa upp på intervju. Ett tiotal primärvårdskuratorer på olika orter i Skåne kontaktades via e-mail. Sex personer svarade, varav tre var intresserade av att ställa upp på en intervju. En intervju med kuratorer på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning bokades men ställdes dessvärre in. På grund av tidsbrist togs beslutet att undersökningen skulle utgå från de intervjupersoner som redan tackat ja. Detta innebar att ett perspektiv (från psykiatrins synvinkel) gick förlorat.

En avgränsning till hemtjänst gjordes eftersom den sociala situationen för de äldre som bor i eget boende kan skilja sig från de som bor på särskilt boende (vårdboende). I vissa kommuner finns det kuratorer anställda inom äldreomsorgen. Ett alternativ för uppsatsen skulle kunna vara att intervjua personer med denna position. På grund av praktiska skäl som t.ex. geografiska avstånd och att antalet personer med en sådan anställning är väldigt få valdes detta bort.

En annan avgränsning som gjorts är att ingen sjuksköterska som arbetar inom den kommunala äldreomsorgen har intervjuats, trots att det i dagsläget många gånger är de som möter äldre vårdtagare med psykisk ohälsa. Undersökningens storlek har betydelse för detta. Om fler intervjuer hade gjorts hade det kunnat vara intressant att få med sjuksköterskors perspektiv. Eftersom uppsatsen skrivs i socialt arbete och fokus har varit riktat på psykologisk behandling blev valet att intervjua socionomer. De medicinska dimensionerna av depressionssjukdomar berörs flyktigt i uppsatsen. Anledningen till att de inte behandlas mer ingående beror på uppsatsens omfång och ämnesområde. Den som önskar en fördjupning av den medicinska dimensionen av ämnet hänvisas till t.ex. Bergdahl (2007) och Fröjdth (2004).

Metodens förtjänster och begränsningar

Några svårigheter kopplade till semistrukturerade intervjuer är enligt Levin (2008 s.37) att det tar mycket tid i anspråk. Materialet kan vara svårt att analysera och intervjuaren kan få problem att ”skapa en hållbar och trovärdig relation” mellan sig och intervjupersonen. Några kännetecken och fördelar med kvalitativ metod är att den kan användas för att betrakta människor och sammanhang som helheter. Intervjupersonernas egna referensramar blir centrala för förståelsen i den kvalitativa forskningen (ibid). Vid avslutningen av en intervju kan intervjuaren be om lov att kontakta intervjupersonen vid ett senare tillfälle för eventuella klagörande frågor, vilket är en fördel jämfört med t.ex. kvantitativa enkäter (Aspers 2007 s. 152). Sådana avtal gjordes med intervjupersonerna men några klagörande frågor har dock inte ställts.

I en intervjusituation har intervjuaren chans att stärka intervjupersonens engagemang för att delta i studien genom att få honom eller henne att känna sig värdefull och respekterad (May 2001 s. 158). Denna möjlighet att motivera till delaktighet är en klar förtjänst med kvalitativ metod.

Vid kvalitativa intervjuer bör forskaren vara medveten om att hon/han ”påverkar och blir påverkad av andra människor” (Aspers 2007 s. 30). Att interagera i en obekant miljö kan vara pressande för intervjuaren och det är bra att vara medveten om att även forskare påverkas av t.ex. språk, kultur och miljö. Förförståelse och perspektiv är alltså något som intervjuaren tar med sig och måste förhålla sig till. Vid utformande av t.ex. en intervjuguide är det viktigt att vara vaksam över detta, eftersom det finns en risk att intervjuaren låser sig till sin egen uppfattning om verkligheten. Det bör finnas en medvetenhet om att intervjupersonen har begränsade möjligheter att lyfta fram sitt perspektiv i en semistrukturerad intervju (ibid s. 134, 137). Därför följde inte intervjuerna av den exakta ordningen för frågorna i intervjuguiden.

Metodens tillförlitlighet (validitet/reliabilitet)

Vilken tillförlitlighet har undersökningens metod? Min ambition har varit att öppet redogöra för avvägningar och tillvägagångssätt under arbetsprocessens gång, för att skapa transparens för läsaren. Intervjuerna transkriberades i sin helhet så snart som möjligt efter genomförandet. Anledningen till detta är att texten utgjorde ett arbetsmaterial för kodning och analys (Aspers 2007 s. 148-149). Kodning och analys påbörjades dock först efter att alla intervjuer transkriberats. Att diktafon används kan höja kvaliteten på materialet i jämförelse med att intervjuaren antecknar (ibid s. 152). Bandspelaren blir en garant för att intervjupersonens egna ord och formuleringar hamnar på pränt (May 2001 s. 169).

Genom att så noggrant som möjligt beskriva metod och analysverktyg och därmed ge läsaren insyn i studien blir det lättare för andra att upprepa undersökningen och nå ett liknande resultat. De bifogade intervjuguiderna (se bilaga 1 och 2) och redogörelsen för hur urvalet av intervjupersoner gått till bidrar också till att läsaren kan få en uppfattning om undersökningens kvalitet (Jönsson 2010 s. 120). Trots dessa redogörelser skulle det finnas svårigheter för andra forskare att reproducera undersökningen, vilket innebär att undersökningens reliabilitet är låg (Kvale & Brinkmann 2009 s.263). En annan orsak till den låga reliabiliteten är det ringa antalet intervjupersoner. När det kommer till validitet handlar det om ifall uppsatsen har undersökt det som uppges i syfte och frågeställningar (ibid s.264). Ett led i strävan att uppnå god validitet är den valda metoden, som lämpar sig väl när det handlar om att undersöka människors uppfattning eller syn på en fråga.

Etiska överväganden

Intervjusituationer tenderar att vara asymmetriska, menar Andersson & Swärd (2008 s. 237). Intervjuaren söker information om eller av intervjupersonen och är den som ställer frågorna. Samtidigt är intervjupersonen en medskapare till studien (ibid. s. 238). Ett sätt att sätta sig in i intervjupersonens situation är att fråga sig: Skulle jag vilja besvara den här frågan? (May 2001 s. 159). Genom att vara medveten om dessa förhållanden hoppas jag att jag kunde genomföra intervjuer på etiskt sätt.

Intervjupersonernas namn, arbetsplatser och orterna de är verksamma på har utelämnats pga. etiska skäl. Det blir ett sätt att skydda intervjupersonernas integritet. Intervjupersonerna informerades via ett introduktionsbrev om att de när som helst kunde avbryta eller avboka intervjun och att allt som har med intervjun att göra behandlas konfidentiellt (se bilaga 3). I introduktionsbrevet presenterades även uppsatsens syfte och frågeställningar, vilket gjorde det

möjligt för intervjupersonerna att överväga om det var ämnen som de kunde och ville prata om.

Anledningen till att inte äldre personer, dvs. brukarna, intervjuas beror delvis på ett etiskt ställningstagande. På grund av undersökningens storlek anser jag inte att det är befogat att de äldre utsätts för det eventuella obehag som kan finnas i en intervjusituation, särskilt med tanke på ämnets karaktär. Förhoppningen är att äldre personer och deras behov ska kunna hamna i fokus för undersökningen trots att de inte representeras bland intervjupersonerna.

Hur kan den här undersökningen förbättra situationen för intervjupersonen och de brukare som de möter (Kvale & Brinkmann 2009 s.84-85)? Kan publiceringen av denna uppsats få konsekvenser för intervjupersonerna och berörda brukare (ibid)? Det är frågor som övervägts under uppsatsarbetets gång. Förhoppningen är att publiceringen av uppsatsen inte ska få några negativa konsekvenser för varken intervjupersoner eller brukare. Att uppgifterna kring intervjupersonernas identitet behandlas konfidentiellt är en förutsättning för detta. Förhoppningsvis kan både intervjupersoner och brukare gynnas av att frågorna som behandlas i uppsatsen lyfts upp och diskuteras.

Forskare ansvarar för att ge läsarna insyn i perspektivval och utgångspunkter, vilket också är en del av den etiska reflektionen (Andersson & Swärd 2008 s. 247). Vilken är min egen position och förståelse till ämnet och hur kan jag distansera och förhålla mig till det? Som jag berättat i inledningen så arbetade jag tidigare inom hemtjänsten och kom då i kontakt med äldre människor. Många av dem var nedstämda i perioder och hade ett behov av att prata om det. Min utgångspunkt är alltså att jag upplevt att det finns ett behov av behandling för äldre med depressioner (mer än antidepressiva mediciner). Hur detta praktiskt bör tillgodoses har jag dock ingen specifik åsikt om. För mig är det viktigt att hitta en "lagom" kritisk inställning som inte kommer i vägen för min undersökning och utformningen av denna. Jag har strävat efter ett öppet och nyfiket förhållningssätt. Det har varit viktigt för mig att undvika att på förhand förutse undersökningens resultat. I så fall skulle undersökningen enbart bekräfta något som jag redan visste.

Fortsatt framställning

I kapitel 3 beskrivs uppsatsens bakgrund genom begreppen depression och behandling, rehabiliteringsgarantin, diskrimineringslagen, prioriteringar inom sjukvården och hemtjänsten. I kapitel 4 finns en redogörelse för tidigare forskning medan uppsatsens teoretiska utgångspunkter presenteras i kapitel 5. Kapitel 6 innehåller uppsatsens resultat och analys. En sammanfattande slutdiskussion återfinns i kapitel 7.

3 Bakgrund

I följande kapitel sker en redogörelse om rehabiliteringsgarantin, depression, depressionsbehandling, diskrimineringslagen och hemtjänsten som är centrala områden i uppsatsen.

Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin är ett avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2010a). Det första avtalet angående detta skrevs 2008 och den nuvarande överenskommelsen sträcker sig t.o.m. 2011. Rehabiliteringsgarantin riktar sig till bl.a. personer med depression, ångest och stress. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att förebygga sjukskrivningar samt att främja sjukskrivna personers möjligheter till att återgå i arbete. Efter en medicinsk bedömning av en läkare kan personer som ingår i rehabiliteringsgarantins målgrupp genomgå KBT (kognitiv beteendeterapi) (ibid). Även IPT (interpersonell psykoterapi) kan användas (SKL 2010b). Depression, ångest och stress är diagnoser som ofta återfinns bland orsaker till sjukskrivningar (ibid).

Genom Rehabiliteringsgarantin får landstingen extra ersättning för att behandla personer i åldern 16-67 år med dessa diagnoser. Fokus ligger på personernas arbetsförmåga (SKL 2010b). Ambitionen är också att personer med dessa besvär ska få effektiv behandling snabbt. Landstingen lämnar underlag om antalet genomförda eller påbörjade behandlingar till Försäkringskassan för att få ekonomisk ersättning för dessa (Regeringskansliet 2010). Behandlingarna ska vara evidensbaserade och utgå ifrån SBU-rapporter och nationella riktlinjer. Utförare av behandling ska vara antingen legitimerad psykolog alternativt psykoterapeut eller personal (t.ex. socionom, sjuksköterska, arbetsterapeut, läkare eller sjukgymnast) med steg 1-utbildning i KBT eller IPT (ibid).

Region Skåne har valt att ansluta sig till rehabiliteringsgarantin (Region Skåne 2010a). Tillämpningen av rehabiliteringsgarantin i Skåne är utformad som ett ackrediteringssystem, som innebär att såväl som privata som offentliga aktörer kan bli ackrediterade i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) (ibid). Läkare inom primärvården är de som bedömer om det är en lämplig behandling för patienten och skriver remiss (Region Skåne 2010b). Patienten ska erbjudas behandling inom en månad. Behandlingen kan ske enskilt eller i grupp. För varje fullföljd KBT-behandling får den aktuella vårdgivaren en ersättning på 10 000 kr per patient. ”En första delbetalning på 6 000 ges efter sex behandlingstillfällen och resterande 4 000 kronor efter resultatuppföljning tre månader efter patienten är slutbehandlad” (ibid s.1).

Depression och behandling

Depression är en vanligt förekommande sjukdom där symptomen kan vara känslomässiga, kognitiva, somatiska och kopplade till motivation (Passer & Smith 2004 s.526). Typiska symptom är depressiv sinnesstämning, låg självkänsla, förlust av intresse eller glädje, skuld känslor, sömn- och aptittrubbningar, orkeslöshet och koncentrationssvårigheter (WHO 2011). I den litteratur som fungerat som underlag för denna uppsats förekommer många olika benämningar av depression. Det talas om lindriga, medelsvåra och svåra depressionstillstånd, egentlig depression, kliniskt viktiga depressioner och så vidare. För den som inte är särskilt bevandrad i ämnet kan dessa graderande och medicinska termer upplevas som förvirrande. Gränserna mellan de olika benämningarna är inte särskilt tydliga, enligt SBU (2011 s.1). Den vanligaste formen av depression kallas egentlig depression och kan vara lindrig, måttlig eller svår (ibid). Då begreppet depression används i denna uppsats avses i regel lindriga till medelsvåra depressionstillstånd, eftersom det är dessa tillstånd som behandlas inom primärvården. Vid hänvisningar till tidigare forskning förekommer dock begrepp som forskarna själva använder. Avsikten med detta är att hänvisningarna ska bli så korrekta som möjligt.

Enligt Socialstyrelsen (2010 s.56) får 80-95 % av alla deprimerade patienter antidepressiva läkemedel i dag, trots att Socialstyrelsen även rekommenderar psykologisk behandling (KBT, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi) vid lindriga till medelsvåra depressionstillstånd. ”Om hälso- och sjukvården följer de rekommendationer som gäller lindriga till medelsvåra tillstånd är det rimligt att anta att fördelningen mellan personer som får psykologisk behandling respektive läkemedelsbehandling blir jämnare” (ibid s.56). Av de vuxna som känner sig nedstämda eller deprimerade vänder sig de flesta till primärvården. Det innebär alltså att den största delen av behandlingen mot depression utförs av primärvården (ibid s.13).

Psykologisk behandling har bättre effekt än läkemedelsbehandling på längre sikt (Socialstyrelsen 2010 s.56). Om psykologisk depressionsbehandling ökar bör alltså det totala behandlingsbehovet minska och därmed blir det också kostnadseffektivt. I dagsläget kan långt i från alla primärvårdsenheter erbjuda psykologisk behandling enligt Socialstyrelsens rekommendationer. 2008 hade 68 % av Sveriges vårdcentraler möjlighet att ge KBT eller ge remiss till en annan enhet. Anledningen till detta är till stor del en brist på utbildad personal (ibid s. 57-58).

”Det finns god dokumentation av effekten av behandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi hos äldre upp till 75 år (Evidensstyrka 1), men studier på personer över 80 år saknas

helt” skriver SBU (2004a s. 13). SBU:s litteraturgenomgång visar att det finns motsägelser i det som skrivs om depressioner hos äldre. Detta beror troligen på olika definitioner av depression har använts. SBU konstaterar att depression visserligen ofta är mildare hos äldre personer, men i gengäld är den mer långvarig. Dokumentationen av psykoterapeutiska behandlingars effekt är mindre omfattande för äldre personer än yngre (ibid s.19, 33).

Minor depression översätts till lindrig depression och är ett tillstånd som skiljer sig från egentlig depression och dystemi när det gäller djup och långvarighet (SBU 2004a s.59). Denna typ av depression är vanligare bland äldre och kan uppkomma i samband med somatiska sjukdomar. Personer med lindrig depression har ofta svårigheter att fungera socialt och riskerar att dö i förtid (vilket gäller särskilt bland män). Det kan vara svårt att skilja depression från det s.k. naturliga åldrandet hos äldre personer. Enligt de studier som SBU granskat är förekomsten av egentlig depression densamma hos äldre som hos andra åldersgrupper. Däremot syns en ökning av lindriga depressionstillstånd bland äldre. Stressande händelser i livet (som t.ex. ett skalt socialt nätverk, förlust av anhöriga) har koppling till depression hos äldre, precis som för andra åldersgrupper (ibid s. 80-82).

Depression kan också uppstå som en biverkning av läkemedelsbehandling (SBU 2004a s.139). Vissa medicinska preparat, bl.a. bensodiazepiner, kan ha samband med depression hos äldre personer (ibid). När en människa åldras förändras många kroppsliga funktioner och det finns risk för att somatiska eller psykiska sjukdomar utvecklas i samband med detta (SBU 2004b s. 330). När det gäller ålder och depressionsbehandling skriver Socialstyrelsen (2010 s. 14 sic! styckeindelning):

Det strider mot de etiska grundprinciperna att särbehandla någon enbart på grund av hennes eller hans kronologiska ålder. Däremot ingår det att bedöma personens biologiska status, eftersom det påverkar personens möjlighet att tillgodogöra sig vissa medicinska åtgärder [2].

Den enskilda personens förmåga att tillgodogöra sig en behandling måste vara det viktigaste i bedömningen. En äldre person kan ha sämre förutsättningar att klara en viss behandling. Riskerna med vissa åtgärder ökar när kroppens kondition avtar och då kan riskerna med behandlingen bli större än vinsterna.

Psykiska trauman även tidigare i livet ökar risken för depression hos äldre (SBU 2004 b s.332).

Risken är stor att depressionen blir kronisk hos den äldre och det medför också en högre dödlighet (ibid).

Det finns ett starkt stöd för att den akuta antidepressiva effekten är minst lika stor för KBT som för tricykliska läkemedel för patienter för lätt till måttlig depression. Vid lätt depression finns svagt stöd för att någon specifik behandling är effektivare än allmänt kliniskt omhändertagande. Vid svår depression är kunskapsläget otillfredsställande

(SBU 2004c s. 105).

SBU har i sin litteraturgenomgång (2004c s.137) konstaterat att: ”Sammanlagt fem metaanalyser talar för att effekten av psykologisk behandling kommer långsammare och är svagare vid hög ålder”.

Diskrimineringslagen och ålder

Diskrimineringslagen 2008:567 trädde i kraft första januari 2009 (Snellman 2009 s.12). Lagen ska motverka diskriminering och ” på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder” (Diskrimineringslagen 2008:567 1§, SFS 2008).

Dock finns ett antal undantag i lagen gällande ålder. Ett av undantagen formuleras på följande vis:

13 § Diskriminering är förbjuden i fråga om

1. hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, och
 2. verksamhet inom socialtjänsten samt stöd i form av färdtjänst och riksfärdtjänst och bostadsanpassningsbidrag.
- Förbuden gäller dock inte diskriminering som har samband med ålder (SFS 2008).

”Huruvida lagstiftningen fortfarande tillåter diskriminering på grund av ålder torde därmed vara öppet för tolkningar” skriver Snellman (2009 s.12). I proposition 2007/08:95 som föregick diskrimineringslagen föreslår Regeringen (2007) att åldersdiskriminering ska vara förbjudet inom utbildningsverksamhet och i arbetslivet. Angående undantaget i 13§ om Hälso- och sjukvård (se ovan) uppges att några remissinstanser beklagar att inte paragrafen omfattar åldersdiskriminering (ibid s.252). Diskrimineringskommittén förespråkade inte förbud mot åldersdiskriminering för hälso- och sjukvården, utan hänvisade till riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Kommittén menade att det inte finns några bestämmelser med uttryckliga åldersgränser inom området, men att det kommit indikationer på att ”det förekommer skillnader i vård och behandling som beror på vilken ålder en person har” (ibid s.259). Diskrimineringskommittén föreslog ytterligare utredning av ett förbud mot åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvård. Regeringen skriver att EG-rätten inte kräver diskrimineringsförbud avseende ålder i fråga om hälso- och sjukvården och att man avser att ”återkomma till frågan om sådana diskrimineringsförbud i annat sammanhang” (ibid s. 259).

Prioriteringar i sjukvården

Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum om prioriteringar inom vård och omsorg, knutet till Linköpings Universitet (Linköpings Universitet 2011). I en rapport fastslår Prioriteringscentrum (2007 s.47) att det är en helhetsbedömning av patientens behov och förmåga att tillgodogöra sig behandling som ska avgöra om en patient ska få tillgång till en viss typ av resurs. Det är då tal om s.k. biologisk ålder (ibid s. 111). ”Inte i något landsting uppgav intervjupersonerna att det finns officiella beslut om att införa särskilda åldersgränser eller någon särskild prioritering av yrkesverksamma personer. Å andra sidan gav de samtidigt exempel på politiska beslut om satsningar som indirekt kan handla om prioritering utifrån ålder. Ett sådant exempel är direktiv om att sänka sjukskrivningstalen som riktas till förvärvsarbetande under 65 år” (Prioriteringscentrum 2007 s. 48).

Hemtjänsten

Hemtjänsten har förändrats de senaste decennierna. Omorganiseringar (huvudsakligen utifrån modeller från New Public Management) och nedskärningar hör till vanligheterna (Andersson 2007 s.3). Effektivisering, rationalisering och individualisering är några av ledorden. I takt med att befolkningsdemografin förändras kommer dessutom allt fler äldre behöva insatser från hemtjänsten (ibid). Trots att andelen äldre ökar i Sverige har dock andelen personer över 65/67 år som får hemtjänst halverats under en tjugofemårsperiod (Szebehely 2003 s.34). 1980-1982 hade 16 % av alla personer över 65/67 år hemtjänst, medan motsvarande siffra år 2000 var 8 % (ibid). Allt färre äldre får hemtjänst, men de som får hjälp får desto mer insatser (Wikström 2005 s.20). Det blir allt vanligare att sjukvård sker utanför sjukhusen. I och med Ädelreformen 1992 blev både hemtjänst och hemsjukvård ett kommunalt ansvar och verksamheterna närmade sig varandra. Svårigheter att integrera medicinska och sociala insatser har dock uppmärksammats (ibid s.21).

Inom den kommunala äldreomsorgen särskiljs oftast beställare och utförare (Blomberg 2004 s.12). Specialiserade biståndshandläggare utreder de äldres behov och vård- och omsorgsgivarna utför de beviljade insatserna (ibid). Biståndsbedömning görs utifrån Socialtjänstlagen, som på grund av att den är en ramlag lämnar utrymme för tolkning av hur och i vilka sammanhang insatser ska ske (Andersson 2007 s.18).

En konsekvens av nedskärningarna inom hemtjänsten är att personalen får mindre tid per vårdtagare (Andersson 2007 s.18). Likaså har kommunerna blivit mer restriktiva med att bevilja hemtjänstinsatser. I och med att psykiatrin omstrukturerades på 1990-talet har hemtjänsten numera fler vårdtagare med psykiska problem. När behovsbedömningen byråkratiseras innebär det ett minskat utrymme för den enskilde äldres delaktighet i bedömningsprocessen (ibid s.42).

En grundläggande kunskap om hemtjänsten och dess utformning är relevant för förståelsen av kontexten för många äldre personer. För äldre personer som har hemtjänst är kontakten med personalen ofta av stor betydelse. De återkommande mötena gör att hemtjänstpersonalen har en strategisk möjlighet att upptäcka förändringar i de äldres mående.

4 Tidigare forskning

I följande kapitel redogörs för tidigare forskning om depression hos äldre personer.

Depression hos äldre personer

Depression är en vanlig sjukdom bland äldre personer och behandlas oftast inom primärvården konstaterar Karin Fröjdth i sin avhandling (2004 s.7). Andelen som remitteras vidare till psykiater eller psykoterapi är liten. Depression i ett senare livsskede diagnostiseras och behandlas inte i tillräckligt stor utsträckning och prognosen för tillfrisknade är dålig (ibid s. 7,15).

Symptombilden för depression kan skilja sig mellan äldre och yngre personer, på grund av att symptomen kan bli atypiska och mindre specifika vid hög ålder (Fröjdth 2004 s.7). Trötthet, ökat sömnbehov, rastlöshet och/eller viktuppgång kan vara tecken på depression (Hedelin 2000 s. 18). För äldre människor är därför även depressiva tillstånd som inte uppfyller kriterierna för svår depression viktiga att observera (Fröjdth 2004 s.12, 2). Om äldre jämförs med andra åldersgrupper tycks andelen svåra depressioner sjunka medan risken för lindrig depression tycks öka med åldern (ibid s. 11).

Somatiska sjukdomar kan ha samband med depression hos äldre personer (Fröjdth 2004 s. 8). Det finns en koppling mellan vissa sjukdomar, t.ex. stroke, parkinsons sjukdom, demens och Alzheimers, och depression. Även användandet av vissa typer av mediciner associeras med depression just för äldre. Betydelsefulla riskfaktorer för depression bland äldre personer är kroniska medicinska sjukdomar, handikapp/funktionella begränsningar, låg självskattad hälsa och avtagande kognitiv förmåga. Hög frekvens av kontakter med sjukvården kan också vara en riskfaktor (ibid s.9, 12, 40). De flesta äldre ställs inför förluster av olika slag. Att förlora livspartner, familjemedlemmar och vänner leder inte bara till sorg utan kan också leda till depression eller nedstämdhet (Hedelin 2000 s. 18). Ensamhet, isolering och inaktivitet kan uppstå i samband med förlusterna och kan även det orsaka depression (ibid). Fler kvinnor än män diagnostiseras med depression (Hedberg 2010 s.17). Detta gäller människor i alla åldrar och härleds bl.a. till kvinnorna och männens sociala roller

och positioner skiljer sig åt (ibid).

Underdiagnostiseringen av depression hos äldre personer kan förklaras på flera sätt (Fröjdth 2004 s.16). Det kan bero på att symptombilden är mer subtil. Samsjuklighet av medicinska sjukdomar kan försvåra igenkännandet och diagnostiseringen. De medicinska förhållandena kan både dölja en depression och förse den äldre med en förklaring eller orsak till varför de känner sig deprimerade (ibid).

Fröjdth (2004 s. 16) argumenterar för att det finns ett behov av större kunskap om depression hos äldre personer inom primärvården. Anledningen är att det är primärvården som utgör patienternas huvudsakliga medicinska kontakt. Därför bör primärvården ha en strategisk position gällande behandling, förebyggande arbete och utvärdering inom området. Genom att behandlingen för både depression och fysiska sjukdomar ges på samma enhet underlättas det för en helhetsbild av patientens hälsa. Att depressionsbehandling sköts inom primärvården är också tänkt att vara mindre stigmatiserande för patienterna (ibid s.44).

Hedelin (2000 s. 63) menar att det finns ett behov av fördjupat samarbete mellan vårdcentralsläkare och (psykiatri-)sjuksköterskor inom kommunala verksamheter för att bättre kunna upptäcka och förebygga depression hos äldre personer. ”Trots att problematiken uppfattas som sammansatt av medicinska, psykiska och sociala faktorer erbjuds den äldre huvudsakligen läkemedel för sina besvär” (Hedelin 2000 s. 59). Enligt Fröjdths studie (2004 s. 40) hade 10-12 % av deltagarna i undersökningen över 65 år egentlig depression. Av dessa hade endast omkring en femtedel behandling med antidepressiva mediciner (ibid).

I en australiensisk vinjettstudie bland ett antal psykologer och kuratorer fann man att intervjupersonerna var mindre välvilligt inställda till att behandla äldre klienter än yngre klienter med samma problembild (Helmes & Gee 2003 s. 657). De äldre ansågs ha sämre förmåga att upprätta en terapeutisk relation, vara mindre passande för terapi och ha en sämre prognos för tillfrisknade. Psykologerna och kuratorerna i studien kände sig mindre kompetenta att behandla äldre personer. De visade sig vara mindre villiga att ta emot äldre personer som klienter (ibid).

Mellan 1990- 2007 har andelen personer som är äldre än 85 år ökat med 40 % i Sverige (Hedberg 2010 s.6). Hedberg har i sin avhandling fokus på förlust av livsmening hos äldre personer, vilket i sin tur kan leda till både psykisk ohälsa och depression. I studien fann Hedberg att kvinnor skattar sin livsmening lägre än män. Hos personer över 85 år tycks inställningen till det egna åldrandet vara kopplad till livsmening. En hög upplevd livsmening fungerar dock inte som skydd mot depression för personer som har uppnått en väldigt hög ålder. 27 % av kvinnorna och 26 % av

männen i studien drabbades av depression under en femårsperiod. Uppföljningstudien visar även att upplevelsen av livsmening minskade bland äldre som hade en diagnostiserad depression. Hedberg menar att livsmening - under hela livstiden - bör vara i fokus för såväl sjukvård som samhället i stort när det gäller att förebygga psykisk ohälsa (ibid s.7,50,57).

Depressioner hos vårdtagare inom äldreomsorgen

Brown et al (2010 s. 122) har i sin studie undersökt implementeringen av ett utbildningsprogram som syftar till att förbättra hemvårdssjuksköterskors förmåga att upptäcka depression hos äldre medicinskt sjuka vårdtagare. Slutsatsen är att det är möjligt att höja sjuksköterskornas färdigheter gällande att känna igen depressionssymptom genom en sådan satsning. Sjuksköterskorna som deltog i undersökningen uppgav att de bl.a. hade svårigheter att bedöma och ställa frågor kring självmordtankar hos vårdtagarna. Efter att ha deltagit i utbildningsprogrammet blev sjuksköterskorna bättre på att remittera misstänkta fall av depression. Bland de äldre som har hemvård är det dubbelt så stor andel som drabbas av svår depression än bland primärvårdens patienter (ibid s.122-127).

Lyne et al (2006 s. 394) refererar till ett flertal studier som visar att ca 40 % av de äldre som bor på vårdboenden i Storbritannien är deprimerade. I Lyne et al:s studie (2006 s. 394) utfördes individuella vårdplaneringsinterventioner. Målet med dessa var att lindra depression samt de faktorer som kan leda till depression hos äldre personer. Kommunala vårdteam med inriktning på psykisk hälsa hos äldre anordnade utbildning för vårdpersonal om psykisk hälsa. Den deltagande vårdpersonalen och cheferna för vårdboendena värdesatte utbildningen och menade att den lett till högre vårdkvalitet för vårdtagarna och utvecklat personalen i deras yrkesroll (ibid).

Vårdpersonalens dagliga kontakt med vårdtagarna ger fördelar gällande möjligheten att upptäcka depressioner (Lyne et al 2006 s. 394). Korta utbildningsprogram för vårdpersonal om psykisk hälsa har visat sig vara effektiva för att förbättra kunskaperna kring t.ex. depressioners symptom och orsaker. Trots detta får personalen oftast ingen eller väldigt begränsad utbildning i ämnet. När personalen inte får utbildning av nämnda slag leder det ofta till att de fokuserar på de rutinmässiga praktiska arbetsuppgifterna. Det blir mindre tid till samtal med vårdtagarna (ibid).

När personalen känner igen depressiva symptom har de också möjlighet att se till att den aktuella vårdtagaren får remiss till specialister för vidare bedömning och behandling (Lyne et al 2006). När personalen har större kunskap om depression kan de också arbeta med att reducera

depressioner hos vårdtagarna (ibid).

Davison et al (2009 s.577) har i Melbourne, Australien, undersökt vilka kunskaper vårdpersonal, sjuksköterskor och vårdchefer inom äldreomsorgen har om depression. Mindre än hälften av respondenterna hade tidigare fått någon utbildning om depression. En påtaglig andel av vårdpersonalen såg depression hos äldre som en naturlig följd av åldrande, sorg eller omställning vid flytt till äldreboende. Konsekvenserna av ett sådant synsätt kan bli allvarliga, eftersom det kan göra personalen mindre benägna att remittera vårdtagare med depressionssymptom vidare (ibid s. 583). Davison et al (2009 s. 577) förespråkar därför utbildning gällande att upptäcka och hantera depressioner, såväl för personal på vårdboende som inom övrig kommunal äldreomsorg.

Depression hos äldre kommer troligen att bli ett allt mer aktuellt ämne inom den offentliga vården i och med den demografiska befolkningskurvan, som innebär en allt större andel äldre i många länder (Davison et al 2009 s.578). Färre studier har gjorts angående hur många äldre som har hemtjänst/hemsjukvård som lider av depression i jämförelse med de som bor på särskilda äldreboenden. Om depression hos äldre inte behandlas riskerar personen att drabbas av en kronisk depressiv sjukdom. Därför är det viktigt att depression upptäcks och behandlas i ett tidigt skede, särskilt inom äldreomsorgen (ibid).

Läkare träffar patienter under relativt korta stunder och därför kan vårdpersonalen, som vårdtagaren träffar på daglig basis och ofta har en närmare relation med, spela en nyckelroll gällande att informera om vårdtagarens psykiska tillstånd. Vårdpersonalen bör vara medvetna om hur de ska agera om en vårdtagare verkar deprimerad, vilka symptom på depression som finns samt ha vetskap om att detta inte är naturliga reaktioner pga. åldrande (Davison et al 2009 s. 578). Vårdpersonalen inom äldreomsorgen förväntas inte diagnostisera depression, men en större förståelse och kunskap kring ämnet kan leda till att fler depressioner upptäcks inom äldreomsorgen (ibid s. 584).

Konnert, Dobson & Stelmach (2009 s. 288) har i sin studie kommit fram till att äldre som riskerar att bli deprimerade eller har lindriga depressionssymptom kan ha stor behållning av ett enkelt KBT-program i grupp på vårdboenden. Det var viktigt att betona psykoterapeutens särskilda roll jämfört med annan personal och att det som framkom i grupperna behandlades konfidentiellt av alla involverade (ibid s. 296).

Wikström (2005 s.144-145) har skrivit en avhandling om möjligheter till självbestämmande och inflytande i hemtjänsten. Vårdtagarna som deltog i Wikströms studie vill ha inflytande över insatser som görs i deras vardag. Att kunna ha kontroll över sitt liv framhålls som viktigt. Detta kan

ge både en känsla av meningsfullhet och känsla av sammanhang, där fokus läggs på det friska och individens förmågor (dvs. ett salutogent synsätt). Hjälpstagarna ville inte vara passiva mottagare utan vill ha insyn och information om hjälpen som ges. När hjälpstagarna hade lärt känna omsorgspersonalen hade de lättare att framföra sina önskemål (ibid).

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att depressioner hos äldre personer till stor del behandlas inom primärvården. Äldre personers depressionssymptom kan skilja sig från yngre personers. Vården har svårt att fånga upp deprimerade äldre och många står därför utan behandling. Kunskaper om depression hos äldre personer bör öka hos personalkategorier som möter dessa människor. Studier har dock visat att det går att åtgärda genom t.ex. utbildningsprogram för hemvårdssjuksköterskor och personal inom äldreomsorgen. Forskning visar att det är möjligt att utforma terapi för äldre personer på olika sätt, till exempel som ett KBT-program i grupp.

5 Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt finns en redogörelse för olika teoretiska begrepp som ligger till grund för uppsatsens analys av det empiriska materialet.

Ålderism

Definitionen av begreppet ålderism är omdiskuterad. Andersson (2008 s.12) föreslår att ålderism kan beskrivas som *”fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering”* (sic! Kursiv stil). Diskussionerna handlar om ifall ålderism bör innefatta både positiva och negativa faktorer eller enbart negativa, om ordet ska vara vikt för äldre människor eller om alla åldrar kan omfattas samt om ordet bör avse uppfattad eller kronologisk ålder (ibid s.10). Enligt Jönson (2002 s. 24) är *”stereotypa föreställningar och negativ särbehandling av personer av hög ålder”* en vanlig definition. Ålderism kan vara kontroversiellt även på andra vis. Det förekommer diskussioner om ålderismens omfattning i samhället och om fenomenet ens existerar (Snellman 2009 s. 11).

Begreppet *”Ageism”* myntades av Robert Butler, en amerikansk gerontolog och psykiater, i slutet av 1960-talet (Andersson 2008 s.7). Butler delar upp ålderism i tre grenar, nämligen diskriminerande praxis (i t.ex. arbetslivet), vedertagna vanor (som bevarar negativa stereotyper, t.ex. övre åldersgränser) och fördomsfulla attityder (mot åldrande, ålderdom och äldre personer) (ibid).

Andersson (2008 s. 9) drar paralleller till attitydsbegreppet, som kan kategoriseras i

kognition, affekt och beteende. De tre nämna kategorierna representerar i följande ordning: stereotyper, fördomar och diskriminering. Ålderism består av dessa tre grundstenar . Åldersdiskriminering uppstår när fördomarna och stereotyperna institutionaliseras. Således motsvarar åldersdiskriminering en del av ålderismen, men täcker inte in alla komponenter (ibid).

Institutionaliserad ålderism är ett begrepp som kan användas för att beskriva hur absoluta åldersgränser innebär att människor i en viss ålder utesluts från vissa socialförsäkringar, arbetsmarknaden etc. (Närvänen 2009 s.27). Det finns en risk att negativa stereotypa bilder av äldre påverkar äldre människors självkänsla och hälsa (Andersson 2008 s. 50).

Ålder som kategori

Kritisk äldreforskning poängterar att äldre människor inte är någon given, homogen kategori (Jönson 2009a s.10). Begreppet äldre bör alltså problematiseras. Klass, genus, etnicitet, sexuell läggning, livserfarenheter m.m. har betydelse för en människas situation (Jönson 2002 s. 29). Finns det en åldersgräns som talar om när en människa blir äldre eller gammal? I den här uppsatsen har äldre definierats som ålderspensionär, alternativt människor över 67 år. Anledningen till att denna gräns valdes är delvis rehabiliteringsgarantins åldersgräns. Har den här uppsatsens upplägg reproducerat konstruktionen av äldre som en särskild kategori med särskilda behov? Vissa generaliseringar har varit nödvändiga för att anpassa studien till fältet, som till viss del är organiserat utifrån åldersindelningar. Å andra sidan kan all form av ålderskategorisering och typifiering ses som ålderism (Närvänen 2009 s.27). Således kan den här uppsatsen, med fokus på (kategorin) äldre människor, på grund av just detta göras skyldig till ålderism. En diskussion kring ämnet blir därför nödvändig.

Vilken funktion kan åldersindelningar ha i ett samhälle? De kan höra samman med status och social differentiering (Närvänen 2009 s.18). De kan skapa social ordning och avgöra maktpositioner. Att kategorisera utifrån ålder indikerar att det finns likheter mellan de som befinner sig inom kategorin och skillnader mot de som befinner sig utanför (ibid s.21). Begreppet ålder kan användas för kronologisk, biologisk och social ålder (ibid s.18). I den här uppsatsen används ordet ålder framför allt med innebörden kronologisk ålder.

I vissa sammanhang delas kategorin äldre in i två subgrupper, nämligen de yngre äldre och de äldre äldre (Närvänen 2009 s. 23). Begreppen den tredje och fjärde åldern förekommer också. Den tredje åldern täcker perioden då en person slutat arbeta och klarar sig utan stödinsatser från samhället. Den fjärde åldern tar vid när en person är beroende av andra för att klara sin livsföring (Andersson 2009 s. 210). Detta kan ses som en klyvning mellan friska och sjuka åldringar (Jönson 24

2002 s. 91). En bild av äldre personer i det västerländska samhället är att de tär på resurser, eftersom de står utanför arbetsmarknaden (Närvänen 2009 s.24). Håkan Jönson (2002 s.99) använder benämningen mellanålderns normalitet för att beskriva hur äldre kontrasteras mot icke-äldre.

Handlingsutrymme och gräsrotsbyråkrater

Socialarbetare har ett handlingsutrymme. Detta handlingsutrymme formas t.ex. av organisationens ramar för uppdraget (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008 s.16). Lagar och överenskommelser styr, men likväl finns ett utrymme som den enskilde socialarbetaren förfogar över och har frihet och ansvar för att hantera. I detta utrymme kan socialarbetaren välja hur hon/han ska agera.

Möjligheten att påverka organisationen och det utrymme som ges finns i samspelet mellan socialarbetaren och organisationen. Socialarbetare kan påverka hur organisationens ramar sätts, men det finns också en risk att man blir till verktyg för organisationen. Detta gäller på såväl kollektiv som individuell nivå (ibid s. 17, 24).

Socialarbetaren representerar en organisation eller myndighet i mötet med klienter. I sammanhanget är begreppet gräsrotsbyråkrat, myntat av Michael Lipsky, användbart (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008 s.16). Ett av gräsrotsbyråkraterns dilemman är ”att befinna sig mellan organisationens och klientens krav och förväntningar” (ibid s.214). I handlingsutrymmet ingår också socialarbetarens möjligheter att ta ställning och att göra val (ibid s. 26).

Gräsrotsbyråkrater förväntas många gånger använda sin position, kunskap och förmåga för att säkra att deras klienter får bästa möjliga behandling (Lipsky 1980 s.72). Samtidigt kan de också ställas till svars inför skattebetalares förväntningar på verksamheten. Möjligheten att arbeta för en bättre situation för klienterna (”advocacy”) kan hämmas av en stor arbetsbörda. Det är också svårt att förena ett sådant perspektiv med organisationens, som ofta hävdar att alla klienter ska behandlas lika med hänvisning till resurser. En annan sida av gräsrotsbyråkraterns arbete är att det finns risk att drabbas av alienation eller likgiltighet. Det hör ofta ihop med vilken utsträckning som gräsrotsbyråkratern har möjlighet att ha kontroll över vad som görs, hur det görs och att ta beslut i arbetet. Har han/hon möjlighet att vara kreativ i arbetet? Gräsrotsbyråkraterns vardag består av en konstant ökande efterfrågan på insatser/tjänster i en organisation med inadekvata resurser (ibid s. 73, 75, 81).

Värdighet

Värdighet är ett begrepp som ofta förekommer när det handlar om åldrande och äldre människor. Nordenfelt (2010a s.14-15) presenterar fyra typer av värdighet. Det finns mänsklig värdighet, som är densamma för alla människor. Enligt Nordenfelt är mänsklig värdighet grundläggande, på så sätt att den inte kan förloras. Meritvärdighet, som beror på den enskilda personens sociala status, kan variera under livets gång. Värdighet grundad på moralisk resning beror på den enskilde individens moraliska handlingar. Slutligen finns identitetsvärdighet, som hör ihop med den enskilde individens psykiska och fysiska integritet. Identitetsvärdigheten kan påverkas av t.ex. funktionshinder som kan uppkomma när individen åldras och drabbas av sjukdomar (ibid). Handlingar hos andra människor kan också färga denna typ av identitet (Nordenfelt 2010b s.73). Om t.ex. en äldre kvinna upplever att äldreomsorgens personal behandlar henne som ett föremål kan det minska hennes identitetsvärdighet.

En slutsats som görs i Nordenfelts (2010a s. 20) jämförelse mellan två studier är att värdig vård innebär att den äldre personen stöttas i sitt självbestämmande och autonomi. Detta kan t.ex. göras genom att den äldre personen har möjlighet att fatta beslut om det som rör henne/honom, såsom vård. Vikten av att den äldre personens integritet respekteras understryks (ibid s. 21).

Identitetsvärdighet kan jämföras med självaktning. Självaktningen påverkas av yttre omständigheter, t.ex. andra människors agerande och attityder (Nordenfelt 2010b s. 74). Andra människors syn på dig påverkar din känsla av värde. Därför är sociala relationer viktiga (ibid s.75).

Äldre personer kan antas besitta visdom i och med sina livskunskaper, vilket kan ses som en form av meritvärdighet argumenterar Nordenfelt (2010b s. 95). Yngre personer bör enligt Nordenfelt visa vördnad och tacksamhet för äldre för att de byggt upp samhället till vad det är idag (ibid s. 98).

Varför just dessa begrepp?

Dessa teoretiska utgångspunkter har valts på grund av att de kan bidra med olika perspektiv till uppsatsens analys. Begreppet ålderism är en god utgångspunkt när det gäller resonemang om åldersdiskriminering, ålderskategoriseringar och synen på åldrande. Med hjälp av begreppen handlingsutrymme och gräsrotsbyråkrater kan fokus hamna på dilemman som personal inom socialt arbete ofta hamnar i och hur de hanterar dessa. Värdighetsbegreppet används för att sätta brukargruppen i centrum.

6 Analys

Följande kapitel innehåller en analys av det empiriska materialet utifrån teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Kurator 2 och Kurator 3 arbetar på vårdcentraler där de är ackrediterade KBT-behandlare, vilket innebär att vårdcentralerna slutit avtal med Region Skåne om att genomföra uppdrag utifrån rehabiliteringsgarantin. Kurator 1 är inte ackrediterad. Det tycks därför finnas några skillnader i arbetsförhållanden på några punkter för kuratorerna i denna undersökning. Kurator 2 och Kurator 3:s arbete anpassas till rehabiliteringsgarantins regler.

Intervjupersonernas syn på kuratorer inom äldreomsorgen

Ett av huvudspåren för undersökningen är att ta reda på vilken syn intervjupersonerna har på kuratorer anställda inom äldreomsorgen. Tre av intervjupersonerna (kurator 1, kurator 2 och enhetschef 2) ansåg att det finns ett tydligt behov av kuratorer anställda inom äldreomsorgen. Kurator 3 menade att det kan vara bra med kuratorer inom äldreomsorgen om rehabiliteringsgarantin fortsätter att vara utformad på samma sätt. Detta eftersom att kuratorer inom primärvården är ålagda att prioritera andra ålderskategorier på grund av ekonomiska skäl. Enhetschef 1 uppgav att det periodvis varit diskussioner inom organisationen där hon arbetar att kuratorer inom äldreomsorgen hade varit av värde, men att debatten inte pågått den senaste tiden.

En kurator med handledningsfunktion

Samtliga intervjupersoner framhåller handledning för hemtjänstens personal som en av de viktigaste funktionerna en kurator inom äldreomsorgen skulle kunna ha.

Det finns ett behov av handledning för de som arbetar på äldreboenden, men också för de som finns i hemtjänsten. De är ju väldigt ensamma faktiskt och de är ju utsatta /.../ för mycket saker när de kommer hem till människor. Alltså, det är inte helt lätt att arbeta i andra människors hem. /.../ Jag har tänkt genom åren på att där skulle det ha funnits en kurator som handledningsfunktion för hemtjänstpersonalen.

-Kurator 1

Jag tror att man skulle kunna /.../ hjälpa personalen att göra sitt arbete intressantare. För förstår man vad man gör och vad man möter så blir det mycket roligare. /.../ Om jag skulle välja ut någonting av det här så skulle jag välja att man skulle handleda personalen och öka deras kunskap.

-Kurator 2

En annan funktion för kuratorn som lyfts fram är att ha enskilda stödsamtal med de äldre. Med hänvisningar till knappa resurser menade flera intervjupersoner att det var mer realistiskt att

kuratorn mestadels skulle finnas som en resurs för personalen. Det hade dock varit önskvärt att kuratorn skulle ha utrymme för individuella samtal. Kanske skulle en resurseffektiv lösning vara att kuratorn erbjuder KBT-program i grupp, enligt Konnert, Dobson & Stelmachs modell (2009, se s. 22)?

Men också ta de här samtalen kring åldrandet och döden och med åldrandets ångest. Att kanske bara kunna få prata med någon om hur man vill ha det när man dör /.../. Jag kan tänka mig att det finns mycket att prata om där, som många äldre faktiskt bekymrar sig över och som visar sig som någon oro eller depressivitet och som man faktiskt kanske inte har tid att sätta sig ner och försöka förstå och prata om. Det vet man ju, man har inte jättemycket personal på boendena.

-Kurator 1

Några framhåller att en kurator skulle kunna vara arbetslagets eller enhetens expert på psykisk hälsa.

Personalen hade kanske känt inte riktigt sig så otillräckliga om man har någon som liksom hade varit representant för det här med det psykiska måendet. /.../ Precis som att kan de inte gå, så finns det arbetsterapeuter. /.../ Tar de inte medicinen eller de börjar bli underviktiga, så kan vi ta tag i sjuksköterskan och få hjälp där.

-Enhetschef 2

Flera intervjupersoner resonerar kring att en kurator inom äldreomsorgen skulle utgöra ett verkligt alternativ till medicinsk behandling. Genom att kuratorer skulle anställas inom äldreomsorgen skulle läkarna inom primärvården ha lättare att rekommendera psykologisk behandling, även för de personer som har svårt att ta sig till vårdcentralen.

Och man kan ju tänka sig /.../ att hade man haft tillgång till kurator där så kanske man kanske också hade tänkt sig för en gång innan man satte in medicin till exempel/.../. För äldre är ju också mer känsliga för mediciner än vad yngre är. /.../ Hade man haft kurator där eller så, så tror jag att man skulle kunna få ner medicinförbrukningen. Absolut. För då har man någonting att erbjuda. För det har man inte idag.

-Kurator 1

Kurator 1:s resonemang går ut på att en kurator inom organisationen ökar läkares medvetenhet om psykisk ohälsa eller snarare benägenheten om att prata om sådant med patienterna.

Innan här fanns en kurator här [på vårdcentralen, mitt tillägg] så har ju doktorerna berättat att då var man mycket mindre benägen att fråga om situationen, alltså hur man mår och om hur situationen såg ut i allmänhet. Därför att om det kom upp något bekymmer så hade man inget att erbjuda.

-Kurator 1

Några intervjupersoner diskuterar hur det rent praktiskt skulle kunna organiseras.

Men det är bara det att jag önskar ibland att man hade tillgång till /.../ en resurs som man kunde erbjuda till sådant som ändå poppar upp, som vi får ta ibland men som vi kanske inte riktigt är lämpade för. /.../ Jag tror inte att det är tänkt att man ska ha en sådan person i teamet, utan det blir något mer övergripande.

-Enhetschef 1

Nackdelar med kuratorer inom äldreomsorgen

När det gäller nackdelar med att anställa kuratorer inom äldreomsorgen nämnde Enhetschef 1 att ytterligare en aktör i det multidisciplinära teamet skulle kunna upplevas som rörigt för den enskilde äldre, eftersom hon/han redan kommer i kontakt med många olika personalkategorier. Enhetschef 2 menade att det skulle kunna bli problem när det gäller hänvisningarna till kuratorn. Vem ska avgöra om det finns ett behov ifall inte den äldre själv framför det? Personalen kan ha olika uppfattningar om när det behövs. Hur ska kontakten mellan kuratorn och undersköterskor se ut? Kurator 2 nämnde att det är en kostnadsfråga att anställa kuratorer, att det är svårt att visa upp omedelbara resultat och att det därför kanske inte är något som prioriteras.

En ökad efterfrågan i framtiden

Att behoven eller efterfrågan kommer att öka i framtiden, i takt med att nya generationer åldras, var något som det talades om i flera intervjuer.

Det lyfter när det kommer många som behöver den sortens hjälp. Och kanske har möjlighet att själv framhålla att det här är någonting jag behöver eller begär. /.../ Det är bra om man kan ha någon framförhållning eller förberedelse för när kravet ställs. Egentligen är ju kravet redan ställt, med att vår personalgrupp hade behövt handledning och stöd.

-Enhetschef 2

Det enhetschef 2 säger ovan stämmer överens med den diskussion där föreställningen om att personer som är födda på fyrtioalet kommer att ställa högre krav framförs (se t.ex. Edling 2010).

Sammanfattningsvis är intervjupersonernas resonemang kring kuratorer inom äldreomsorgen förenliga med tidigare forskning på det sätt att de bekräftar att äldreomsorgens personal har behov av stöd när de möter vårdtagare med psykisk ohälsa. Personalens kontinuerliga kontakt med vårdtagarna är en stor resurs och den skulle kunna utnyttjas än mer om personalen fick mer kunskap om psykisk ohälsa (jämför Lyne et al 2006). Intervjupersonerna beskriver handledningssituationerna som en typ av läroprocess, där ny kunskap kan inhämtas samtidigt som att personalen får stöd och har möjligheter att prata om sina upplevelser.

Äldre personer och psykologisk behandling

En av frågorna som ställdes under intervjun var: Anser du att äldres behov av depressionsbehandling tillgodoses idag? Flera intervjupersoner tyckte att det var en svår fråga att ta ställning till. Tre intervjupersoner svarade att de inte anser att de äldres behov gällande depressionsbehandling tillgodoses idag.

Jag har svårt att säga någonting om det är tillräckligt som det är, men... det är medicinering. Och det är klart att det borde finnas mer än så.

-Enhetschef 1

Det är jättesvårt att /.../ ha en uppfattning om. Hur ser behovet ut? Och hur, i vilken utsträckning blir det tillfredsställt? /.../ Där finns ju många som inte söker vårdcentralen som har samma bekymmer som de som söker vårdcentralen. /.../ Och då kan vi diskutera, har de då ett behov? /.../ Ja det har de ju, fast vi kan ju inte tvinga dem att uppsöka sjukvården. /.../ Jag hoppas i alla fall att de som söker vård får någon hjälp, antingen genom samtal eller medicin eller andra råd.

-Kurator 1

Jag tror att man kan göra fler insatser för den gruppen. Absolut. /.../ Jag är rätt övertygad över att man kan göra det. Det finns säkert många som får ett rätt ovärdigt slut på sitt liv.

-Kurator 2

Kurator 2 tar i citatet ovan upp ämnet värdighet kopplat till äldre. Det grundläggande människovärdet, som är något som ska vara lika för alla för att man just är människa, omtalas i såväl SSR:s etikregler (se punkt 2, s. 32) som Hälso- och sjukvårdslagen. I Hälso- och sjukvårdslagen 2 § står:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (SFS 1982).

Vad är en värdig vård? Värdighet hör ihop med positiv självkänsla, delaktighet i beslut, att känna sig respekterad och att ha kontroll över sin livssituation på en nivå som är rimlig för individen (Tadd & Calnan 2010 s.198-199). Därför bör värdighet vara ett nyckelbegrepp inom vården av äldre, menar Tadd & Calnan (ibid).

Den mänskliga värdigheten kränks ofta inom äldrevården, enligt Nordenfelt (2010b s.94). Vårdpersonal kan dock motverka detta genom att reagera på rutiner i arbetet som kan verka kränkande och istället arbeta för förändringar som kan säkerställa vårdtagarnas värdighet, det vill säga genom att utnyttja sitt handlingsutrymme. Personalen kan också arbeta för att det ska finnas tillräckligt mycket resurser för att vården ska kunna bedrivas på ett värdigt sätt (Tadd & Calnan 2010 s.230).

Jönson (2009b s.194) menar att äldreomsorgens organisering präglas av ålderism. Det beror bl.a. på att de äldre personernas fulla människovärde har svårt att bibehållas inom organisationen och att det finns svårigheter att förbereda inför den annalkande döden. Detta yttrar sig i missförhållanden av olika slag. Äldre personer får lägre status och ses som annorlunda än personer i andra åldrar. Samhällsekonomiska faktorer och arbetsvillkor för äldreomsorgens personal anges också som förklaringar till att äldre behandlas ojämlikt (ibid s.197).

Äldre deltagare i undersökningen ”Dignity and Older Europeans” berättade att de inte kände sig värdesatta i samhället, vilket kan få minskad meritvärdighet som följd (Tadd & Calnan 2010 s.226). De uttryckte även en oro för att känna sig och upplevas av andra som en belastning för samhället. Skamkänslor över att vara beroende av vård eller hjälp kan inskränka på individens upplevda värdighet. Att särbehandlas på grund av ålder upplevs som nedvärderande. Upplevda orättvisor inom vården eller omsorgen sammankopplas med värdighetsförlust (ibid s.213, 214, 228). Att som vårdtagare inom hemtjänsten ha inflytande, insyn och information om de vård- och stödinsatser man får ger en känsla av kontroll och meningsfullhet (Wikström 2005 s.144-145). Hedbergs (2010) slutsatser om att äldre personers upplevelse av livsmening minskar vid en depression är också väsentligt att nämna i sammanhanget.

På frågan om de upplever att äldre får depressionsbehandling på samma villkor som andra åldersgrupper idag svarade tre av fem intervjupersoner nej.

Om man med behandling menar samtalsbehandling och såna saker så tror jag att det är sämre. /.../ Jag tror att man kan vara generös med medicineringen men jag tror inte att samtalsbehandlingen går fram.

Kurator 2

Nej, det gör jag inte. /.../ Jag har ingen erfarenhet av att man har gått i någon behandling som äldre. /.../ Och det gör yngre.

Enhetschef 2

De övriga två var mer tveksamma. Ingen svarade uttryckligen ”ja” på frågan.

Jag hoppas ju det. Att man respekterar och tar på allvar precis på samma vis som de flesta andra människor. Men sedan kan man ju ha misstankar om att det kanske inte är så.

Kurator 1

Kuratorers handlingsutrymme och rehabiliteringsgarantin

Nedan berättar kurator 3 om vad hon anser skulle kunna göras för att förbättra äldre människors tillgång till psykologisk behandling:

Det är framförallt att protestera när det gäller den här rehabgarantin. Denna segregering som jag tycker är verkligen avskyvärd. Att man ska säga att det är bara upp till 67 år som du får hjälp. För det blir ju indirekt så i och med att man får /.../ 10 000 per patient, om man behandlar dem under ackrediteringen. Och då är det upp till 67 år, annars får man inte ett ruttet lingon. Så det är ett sätt att styra vilka människor som ska få behandling. /.../ Det är ju brännhett, det här. /.../ Jag har förstått att det inte är populärt att säga att man ska ge de över 67 behandling. /.../ Jag har skrivit under mina etikregler och jag tänker inte avvika från dem, alltså utifrån budgettekniska skäl. Det kan jag säga. /.../ SSR har etikregler som vi ska följa.

Kurator 3

Kurator 3 gör ett tydligt ställningstagande mot rehabiliteringsgarantins utformning och menar att dess åldersgräns på 18-67 år skapar en segregering, där människor som är äldre än 67 år ställs utanför och i praktiken nekats psykologisk behandling av ekonomiska skäl. I uttalandet ovan hänvisar Kurator 3 till Akademikerförbundet SSR:s etiska regler. Hennes resonemang innebär att rehabiliteringsgarantin inte är förenlig med dessa. Akademikerförbundet SSR har alltså utarbetat och antagit etiska riktlinjer, som ska fungera som vägledning vid etiska dilemman som kan uppkomma i det sociala arbetet (Akademikerförbundet SSR 2010 s.4). Några av punkterna lyder:

2. ”Socialarbetaren ska i sitt arbete och i sin livsföring i övrigt respektera varje människas lika och höga värde.”

12. ”Socialarbetaren ska vara medveten om och ha en lojal inställning till verksamhetens grundläggande uppdrag.”

14.” Socialarbetaren ska motverka kränkande eller diskriminerande attityder och handlingar som kan komma till uttryck i verksamhetens arbetssätt eller i medarbetares eller klienters agerande. Detta kan bryta andra krav på lojalitet.”

15. ”Socialarbetaren ska medverka till att den egna verksamheten håller en hög kvalitet och kan utvecklas för att svara mot medborgarnas behov och förändrade samhällsförhållanden” (ibid s. 14-15).

Genom att hänvisa till dessa regler legitimerar kurator 3 sitt ställningstagande och sitt handlingsutrymme. Hon reagerar på en bestämmelse som hon anser diskriminerar personer över 67 år och tillämpar därmed punkt 14 (se ovan). Socialarbetares uppgift att motverka diskriminering ses enligt SSR som så viktig att den har företräde före andra lojalitetskrav. Att agera gentemot direktiv från vårdcentralens ledning och politiker skulle alltså kunna vara acceptabelt om det görs i nämnda syfte. Kurator tre tycks tolka verksamhetens grundläggande uppdrag (se punkt 12) som att behandling ska erbjudas alla som behöver den. Kurator 3 anser att det finns ett behov av psykologisk behandling även för personer som är över 67 år.

Kurator 3 skulle även kunna åberopa Region Skånes likabehandlingspolicy och använda den

som stöd för sitt agerande. På Region Skånes hemsida (2011) står att läsa: "Region Skåne ansvarar för att Skånes befolkning får den hälso- och sjukvård de behöver. /.../ Alla ska få vård på lika villkor oavsett ålder, kön, social ställning och etnisk tillhörighet." Enligt Region Skånes likabehandlingspolicy (2009 s.2) innebär likabehandling:

...*inte* att alla ska behandlas likadant. Ett exempel från vården är att patienter kan behandlas olika utifrån exempelvis kön, om det har ett berättigat syfte och de medel som används är nödvändiga för att möta individuella behov. Likabehandling innebär att en person ges likvärdiga förutsättningar som en annan att ta del i samhället. Alla människor ska garanteras möjligheter, oberoende av deras skiftande förutsättningar.

Vidare anges att "Alla människor ska ges möjlighet att ta del av Region Skånes verksamheter och få likvärdig service och tjänster av samma kvalitet" (Region Skåne 2009 s.4). Ansvar för att likabehandlingspolicyn följs ligger på olika organisatoriska nivåer – från Regionfullmäktige och förvaltningschefer till enskilda medarbetare. "**Varje enskild medarbetare** har skyldighet och ansvar att arbeta utifrån policyn och motverka diskriminering i det dagliga arbetet" (sic! ibid s. 3).

Kurator 3 uppger i citatet ovan att hennes kommentarer om att personer över 67 år också bör få tillgång till psykologisk behandling inte mottagits på ett positivt sätt inom organisationen. Finns det då en uppfattning om att äldre personer inte bör prioriteras? Det är omöjligt att säga om politikerna som utformat rehabiliteringsgarantin och ledningen på vårdcentraler som har till uppdrag att genomföra den har fördomar mot äldre (t.ex. att de inte kan tillgodogöra sig psykologisk behandling eller att det inte är värt att satsa ekonomiskt på äldre personer). Hur som helst är det tydligt att det kan uppfattas som ålderism när äldre personer lämnas utanför rehabiliteringsgarantin, vilket kurator 3, i egenskap av gräsrotsbyråkrat, tycks instämma i. Är detta diskriminering? Diskrimineringslagen (2008: 567)13 § säger som ovan nämnt:

Diskriminering är förbjuden i fråga om 1. hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet /.../ Förbuden gäller dock inte diskriminering som har samband med ålder (SFS 2008).

Även om det alltså inte kan ses som diskriminering enligt lagens mening är det möjligt att hävda att det som uppstår när personer över 67 år utesluts i rehabiliteringsgarantin är åldersdiskriminering alternativt ålderism (jämför Andersson 2008).

När hög ålder innebär sämre tillgång till vissa typer av tjänster kan det ses som en kränkning av de äldres meritvärdighet (Tadd & Calnan 2010 s. 208). Det finns alltså en risk att både äldre personers identitetsvärdighet och meritvärdighet påverkas negativt av rehabiliteringsgarantins åldersgräns.

Kurator 2 beskriver rehabiliteringsgarantin i relation till äldre personer på följande vis:

Vårdcentralerna, de får ju ersättning per patient och antal, hur många gånger de har gått och så får man en ersättning. Men det är också åldersrelaterat. De som är över 67 år får vi ingen ersättning för i KBT- sammanhang. Men självklart så är de välkomna ändå. Men det är klart, det kanske också är en prioriteringsfråga. Och också en fråga om hur vi får in remisser. Och vi får inte in många remisser på dem som är över [67 år, min anmärkning].

-Kurator 2

Kurator 2 berättar att det är läkarna som skriver remiss till behandlingen, som hon senare utför. En remiss är nödvändig för att få behandling på vårdcentralen där Kurator 2 arbetar. Därmed ligger beslutet om vilka som ska få psykologisk behandling i läkarnas händer och inte i hennes.

Kurator 2 berättar att det pågår förändringar på hennes arbetsplats. Vårdcentralens budgetutveckling är negativ och verksamheten står inför diverse besparingar. Det får konsekvenser för hur hennes arbete utformas.

Tidigare så kunde man uttrycka också att den sociala biten var besvärlig på något sätt. /.../
Det kunde man uttrycka på remissen tidigare, men det uttrycks inte lika tydligt längre.
/.../De vill att man jobbar /.../ så bra som möjligt så att man drar in pengar till vårdcentralen.
Då får vissa saker ge vika. Man hinner inte med det i samma utsträckning som tidigare.

-Kurator 2

Den ekonomiska press som kurator 2 beskriver finns inom organisationen tycks vara vanlig. Gräsrotsbyråkraters vardag består ofta av en ökande efterfrågan på insatser i en organisation med inadekvata resurser (Lipsky 1980 s.81). När det råder resursbrist inom vården hamnar fokus på det medicinska omhändertagandet (Andersson 2009 s.219). Antidepressiva medel skrivs kanske ut för att lindra en persons lidande, men man missar andra viktiga komponenter för en värdig vård. När målet blir att hålla budgeten blir överordnat begränsas förutsättningarna för en människovärdig vård (ibid).

När det gäller tolkning och tillämpning av regler har socialarbetaren handlingsutrymme (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008 s.25- 26). Det finns flera sätt som socialarbetare kan hantera organisationens givna handlingsutrymme och de dilemman som uppstår i och med det:

- *Följa och acceptera riktlinjerna från organisationen.
- *Sträva efter förändring och ett utökat handlingsutrymme genom att inom organisationen ta upp problem till diskussion.
- *Sträva efter förändring och ett utökat handlingsutrymme genom att bedriva opinionsbildning och väcka debatt bland allmänheten.
- *Kringgå riktlinjerna och utforma en egen lösning i det tysta (ibid).

Vid en jämförelse av Kurator 2 och Kurator 3:s berättelser syns att de utnyttjar sitt handlingsutrymme på olika sätt. Observera att det inte läggs någon värderingsskillnad mellan dessa handlingsalternativ. Kuratorerna kan ses som gräsrotsbyråkrater som förväntas utföra uppdrag enligt politiska beslut. Samtidigt möter de klienter öga mot öga och engagerar sig i deras bästa. I sådana situationer ställs gräsrotsbyråkrater inför dilemman, menar Lipsky (1980). Man förväntas både arbeta för att klienterna får bästa möjliga behandling och rätta sig efter organisationens villkor (ibid s.72).

Sen är det ju det här med civil olydnad. Det här är ju också inte direkt offentligt, men strunt samma. Det är klart att /.../ jag ger dem behandling i alla fall, därför att jag tycker att det är segregering. Vilket jag har påtalat också. Att jag tycker att det är. /.../ Om en människa kommer till mig och är 70 år så naturligtvis så ger jag behandling, oavsett. Jag ger behandling oavsett ålder.

-Kurator 3

Kurator 3:s beskrivning av det hon kallar för civil olydnad skulle kunna jämföras med handlingsutrymme. Genom att hon ger behandling till personer som är över 67 år, trots att det inte ingår i direktiven från ledningen, utnyttjar hon sitt handlingsutrymme. Hon kringgår riktlinjerna och skapar en alternativ lösning, som dock inte är särskilt offentlig (se ovan). Detta handlingsutrymme syns också i utformningen av Akademikerförbundet SSR:s etikregler, där socialarbetare uppmanas att motverka diskriminering och kränkningar som kan förekomma inom verksamheten (2010 s.4).

Det är bara den här ackrediteringsgränsen som har gjort ett tak, som säger att är man 68 år så får man ingen behandling. Det är ju det de säger. /.../Det är endast ifall du är arbetsför, du ska vara i produktiv ålder, som du kan få lov. /.../ Det finns ju de som arbetar tills de är 70 men de får inte behandling då utan det gäller till och med att de är 67. /.../ Från början så handlade det ju om att få ner sjukskrivningstalen.”

-Kurator 3

Rehabiliteringsgarantin kan med sin utformning betraktas som ett uttryck för det Jönson (2002 s. 99) kallar mellanålderns normalitet. Genom åldersgränsen som är fastställd kontrasteras arbetande och icke-arbetande personer mot varandra. Rehabiliteringsgarantin har som avsikt att förhindra alternativt förkorta sjukskrivningar hos människor i arbetsför ålder. På grund av de ekonomiska incitament som är kopplat till den får det dock följder för de som ställs utanför. Kan det bidra till en bild, beskriven av Närvännen (2009 s.24), av äldre personer som tärande av samhällsliga resurser? Kan rehabiliteringsgarantin därför ses som ett uttryck för ålderism, t.o.m. institutionaliserad sådan? Den innebär ju en negativ särbehandling av personer på grund av deras höga ålder. Vad signalerar

åldersgränsen? Enligt Kurator 2 och Kurator 3 innebär åldersgränsen att personer över 67 år inte får tillgång till psykologisk behandling.

Socialstyrelsen menar att om deras riktlinjer hade följts hade en jämnare fördelning uppstått mellan psykologisk och medicinsk depressionsbehandling (se s.15). Det sätt som Rehabiliteringsgarantin tillämpas på inom Region Skåne tycks motverka en sådan strävan när det gäller personer över 67 år. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 3 a §:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.” (SFS 1982).

Nämnda paragraf tycks vara svåruppfylld om patienter över 67 år inte har möjlighet att välja psykologisk behandling. Socialstyrelsen (2010 s.71) skriver att patienten ska få möjlighet att välja typ av behandling när det finns flera olika behandlingsalternativ. ”Om personen till exempel önskar psykologisk behandling, bör denna behandling ges oavsett om kompetensen finns tillgänglig inom den berörda verksamheten eller inom en annan enhet” (ibid s.72). Socialstyrelsen (ibid s.56) hänvisar till en studie av van Schaik et al (2004) som visar att 40 % av patienterna på vårdcentraler vill ha psykologisk behandling vid depression och ångestsyndrom, 30 % vill ha läkemedelsbehandling och 30 % föredrar att läkaren rekommenderar behandlingsform.

Flera forskare (t.ex. Fröjdth 2004 s.16) argumenterar för att primärvården, som är patientens huvudsakliga medicinska kontakt, bör öka sin kunskap om äldre personers depressioner. De konsekvenser som Kurator 2 och Kurator 3 berättar om gällande Region Skånes utformning av arbetet kring rehabiliteringsgarantin tyder snarare på en motsatt utveckling, åtminstone när det gäller att erbjuda psykologiska behandlingsalternativ.

Hur vanligt är det att äldre personer får psykologisk behandling mot depression?

Intervjupersonerna bekräftar den forskning som visar att äldre personer sällan ordineras psykologisk depressionsbehandling (se t.ex. Fröjdth 2004 och Mellor et al 2008). Samtliga kuratorer uppger att äldre är en väldigt liten grupp bland deras patienter. De två enhetscheferna berättar att de inte känner till någon vårdtagare, åtminstone inte bland de som är över 70 år, som fått psykologisk behandling mot depression. Kurator 1 hade tagit fram statistisk över hur ofta hon träffat äldre klienter år 2009.

Då är det 139 patienter som jag har avslutat i fjol. Och av dem är det nio pensionärer. Och av dem nio pensionärerna så är det två som har depression. /.../ Så det är en väldigt liten grupp.

-Kurator 1

Jag skulle nästan kunna säga att det är den patientgruppen som jag träffar mest sällan.

-Kurator 2

Jag har aldrig varit med om att någon har åkt för, som jag känner till alltså, för att besöka en psykolog eller en behandlande terapeut eller en kurator. Aldrig, faktiskt. /---/ Min uppfattning är ju inte att de vanliga äldre som vi uppfattar mår psykiskt dåligt får ett sådant [en samtalskontakt, mitt tillägg]. Det är ju de som redan har en etablerad psykkontakt som underhåller den hjälpligt när de väl /.../ har hemtjänst.

-Enhetschef 2

Varför får äldre psykologisk depressionsbehandling mer sällan än andra åldersgrupper?

Intervjupersonerna presenterar flera orsaker eller förklaringar som de tror kan vara bidragande.

Det är kanske inget som är prioriterat, bortprioriterat. Det är kanske ingen som frågar efter det. /.../ Det är kanske inget som man har som alternativ. Som det kanske mer gör om man är yngre. /.../ När man blir äldre äldre så är det mycket som man prioriterar bort /.../ som läkare. /.../ De har ju en vacklande hälsa och det finns ju fokus på /.../ det somatiska. /.../ Sedan kanske man tror att det är naturligt att vara /.../ nedstämd, att inte må så bra psykiskt. /.../ Det är en känsla som man får. Att man inte satsar på de äldre. /.../ Det finns ju inte tillgång heller på vård, så man satsar på dem som man tycker behöver det bäst.

-Enhetschef 1

Enhetschef 1:s upplevelse av att äldre prioriteras bort inom vården rimmar illa med de bestämmelser som finns för sjukvårdens prioriteringar. Enligt SOU 2001:8 (s.34) är de etiska grundpelarna för prioriteringar inom sjukvården (rangordnade som följer) människovärdesprincipen, behovs- solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att alla människor är lika mycket värda och ska inom vården behandlas som sådana, oavsett samhällsfunktion. Social ställning, begåvningsnivå, ålder m.m. får inte inverka på prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården. Dock förekommer det ofta att inte resurserna räcker till alla, vilket innebär att behovs- och solidaritetsprincipen tar vid. Resurserna bör enligt denna princip läggas där behoven är som störst. De som behöver vården mest och som är allra sjukast bör få tillgång till den största andelen vårdresurser (ibid).

”Av människovärdes- och behovs- solidaritetsprincipen följer att hälso- och sjukvården aldrig får prioritera efter schablonggränser för ålder eller levnadsvanor eller social ställning. Härav följer också att svaga grupper, såsom svårt och långvarigt sjuka, patienter i livets slutskede och patienter med nedsatt förmåga till självbestämmande ska prioriteras lika högt som patienter med behov av akut livräddande åtgärder” (SOU 2001:8 s.34). Kostnadseffektivitetsprincipen är

underordnade de andra principerna och bör endast användas vid val mellan olika behandlingsalternativ (ibid).

Kronologisk ålder som avgörande faktor för prioriteringar strider alltså mot människovärdesprincipen (SOU 2001:8 s.161). Däremot konstateras att omständigheter som kan uppstå i och med åldrandet kan vara godtagbara anledningar till prioriteringar. Då handlar det emellertid om en medicinsk bedömning som utgår ifrån risker för komplikationer (ibid).

Även personer som Prioriteringscentrum intervjuat har alltså reagerat på att politiska satsningar som t.ex. Rehabiliteringsgarantin indirekt indikerar vilka åldrar som bör prioriteras (se s. 18). Således går det att ifrågasätta ifall de etiska reglerna för prioriteringar inom sjukvården tillämpas när det gäller äldre personer och psykologisk behandling.

En annan orsak som flera intervjupersoner för fram är att de äldre själva inte efterfrågar psykologisk behandling och att de inte gärna söker vård för depression.

Äldre människor är ju inte annorlunda än yngre på många sätt utan de kan tillgodogöra sig psykologiska samtal lika bra om man är äldre som när man är yngre, liksom. Det är ingen skillnad i det egentligen. Men många av våra äldre har ju vuxit upp i en tid när man inte skulle belasta, man skulle inte vara till besvär, man skulle inte belasta vården, man skulle inte ta upp en plats för någon som kanske behövde den bättre. Många har de åsikterna med sig, vilket innebär att det ska rätt så mycket till för att en äldre människa ska acceptera att gå i en längre samtalskontakt. Det finns säkert de som gör det, men jag tror dels att de äldre /.../ sätter sina behov åt sidan lite. /.../ Dels det och, som sagt var, doktorer kanske inte heller tror att äldre människor vill, så att man kanske missar dem som skulle vilja ändå, det är möjligt.

Kurator 1

Några intervjupersoner menar att det finns en skillnad mellan en äldre och en yngre generation vad gäller attityden till psykologisk behandling. Äldre människor har enligt dessa intervjupersoner inte samma vana att gå i sådan behandling som yngre har. Detta stämmer överens med resultaten i Hedelins studie (2000 s.62), där läkarna upplever att äldre patienter inte söker hjälp eller vård för depression. De äldre kvinnorna med depression som Hedelin intervjuat uppger att de är rädda för att bli missförstådda eller stämplade som "sinnessjuka" om de berättar om sina psykiska besvär. Detta kan självfallet försvåra upptäckten av en depression (ibid). Stigmatisering och negativa föreställningar som kopplas till psykisk sjukdom förekommer i samhället (SBU 2004a s.101). Dessa föreställningar och fördomar delas även av de personer som senare insjuknar. Därför förväntar sig många som får psykiska problem att de ska få ett negativt bemötande om de berättar om dem. Detta kan vara en orsak till att personer inte söker vård för sina besvär eller avslutar behandlingen i förtid (ibid).

Uppfattningen om att depression hos äldre är en naturlig följd av åldrandet, som Davison et al (2009) i sin studie visar finns bland vårdpersonal, delas troligen av andra i samhället. Även äldre personer kan tänkas påverkas av detta synsätt, och förses med sådana förklaringar till sitt psykiska mående. Kanske kopplar den äldre samman sin eventuella nedstämdhet med åldrandet och omställningar som hör till detta: sorg pga förlust av närstående, förlorade funktioner, flytt osv. Skulle uppfattningen att det finns en naturlig anledning till det depressiva tillståndet också kunna vara en förklaring till att äldre personer inte söker depressionsbehandling i samma utsträckning som andra åldersgrupper? Ett vanligt depressionssymptom är bristande initiativförmåga (Passer & Smith 2004 s. 526). Denna passivitet skulle kanske också kunna vara en bidragande faktor till att en deprimerad person inte söker vård. Fröjdth (2004 s.16) menar att medicinska förhållanden kan förse äldre personer med förklaringar och orsaker till varför de känner sig deprimerade och att detta kan göra att de inte söker vård.

Jag kan tänka mig också att det inte finns någon tradition i den målgruppen att i den åldern... inte som vi har. Att det funnits ett visst motstånd mot det. /.../ Man kanske tycker att det är något skamligt.

-Enhetschef 1

Jag tror att man skriver ut mycket antidepressiva på ett annat sätt. Alltså kanske lite mer lättvindigt än vad man skulle göra till en tjugooråring till exempel. /.../ Jag tror kanske också att äldre inte tänker i de banorna kring samtal och samtalskontakter, utan de är också inne på det här med medicin, som botar. /.../ Alltså jag tror att det är från bägge hållen, att man frågar inte efter en samtalskontakt överhuvudtaget vilket jag tror att andra, alltså de som är lite yngre, gör på ett annorlunda sätt. Säger man samtalskontakter eller säger man psyk så är det fortfarande hos väldigt många negativt.

-Kurator 2

Skulle speciellt riktad information till äldre människor kunna ha effekt? Detta resonerar intervjupersonerna nedan om.

Kuratorer och psykologer är kanske också okänt för dem [äldre personer, mitt tillägg] på vårdcentralerna. Kanske att vi inte har marknadsfört oss tillräckligt tydligt.

-Kurator 2

För där har vi igen det här med den äldre generationen. Ska man gå till en vårdcentral så träffar man en doktor. Man tänker inte ens på att där finns en kurator eller så som man bara kan prata med. /.../ Så säger inte doktorn eller sjuksköterskan det att det finns en kurator här som du skulle kunna prata med /.../ Så tänker ju oftast inte patienten själv. Det hänger på andra personalkategorier att förklara att /.../ dit kan du gå och prata /.../om du har bekymmer.

-Kurator 1

Kurator 3 berättar att hon har föreläst om psykisk ohälsa och informerat om sitt arbete inför

medlemmar i en pensionärsorganisation. Föreläsningen ses som ett slags förebyggande arbete. Om de äldre patienterna känner till utbudet som finns på vårdcentralerna, hur depression yttrar sig och vilka behandlingsmöjligheter som finns blir det lättare för dem att söka vård, resonerar intervjupersonerna.

Hemtjänstens rutiner kring psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är relativt vanligt förekommande bland vårdtagarna som hemtjänsten möter.

Det upptar en stor del av vår värld, alltså i arbetet. För det är ju det som präglar hela människan oftast ju, om man mår psykiskt [dåligt, mitt tillägg].

-Enhetschef 2

Hur arbetar hemtjänsten för att observera vårdtagarnas psykiska hälsa? Enligt Davison et al (2009 s.578) är det viktigt att depressioner upptäcks tidigt, särskilt hos äldre. Vilka rutiner har hemtjänsten för detta? Enhetschef 1 berättar att de har teammöte i hemvårdsgruppen en gång i veckan. En punkt på dagordningen är att en av undersköterskorna går igenom de vårdtagare som hon/han är kontaktman till. Det finns ett rullande schema för vems tur det är att göra genomgången. Varje vårdtagare har en första och en andra kontaktman. Vid teammötena närvarar undersköterskor, sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut samt ev. enhetschefen. Ett liknande arbetssätt finns på Enhetschef 2:s arbetsplats, men där kallas mötet för veckomöte.

Ponera att vi har en kvinna som ja, kanske går ner i vikt, hon verkar passiv och nedstämd, det är något som inte stämmer med henne. Då kommer det upp på våra teammöten. /.../ Ofta är det ett tecken om man äter lite dåligt och att man liksom inte vill eller riktigt är sig lik. Det är vi faktiskt ganska duktiga på att uppfatta faktiskt, genom vårt teamarbete.

-Enhetschef 1

Båda enhetscheferna menar att kontaktsmannaskap är ett bra sätt att kunna upptäcka och bedöma förändringar i vårdtagares psykiska hälsotillstånd. Kontinuiteten som detta ger är en förutsättning för att personalen ska kunna upptäcka förändringar i vårdtagarnas hälsotillstånd. Detta resonemang är förenligt med Lyne et al (s. 394), som också betonar att vårdpersonalens dagliga kontakt med vårdtagarna ger fördelar gällande möjligheten att upptäcka depressioner.

För att det ska kunna funka handlar det om att kunna bygga förtroende. Det kan ju vara så att man, vad det gäller depression men även annat, att man /.../ får ta del av mer som personal för att man har byggt upp en tillit. Det är också lättare att kunna känna igen det här, när man lärt känna Agda och man vet hur hon brukar vara. Och de kanske också ger dig

förtroende och berättar saker som gör att det blir ännu tydligare för dig. /.../ Det är helt avgörande, tycker jag, för kvaliteten på det vi utför.

-Enhetschef 1

Att de intervjuade enhetscheferna värnar om kontinuitet och kontaktmannaskap är positivt även av värdighetsskäl. Resursbrist inom vården medför nämligen en risk att skapandet av personliga relationer, som är av stor vikt när det gäller identifikation och värdighet, prioriteras bort (Andersson 2009 s.219).

Personalens utbildning

Enhetschef 2 uppger att undersköterskorna inom enheten där hon arbetar länge efterfrågat utbildning om psykiska sjukdomar och depression. Hon lyfter fram sådan utbildning som något som skulle kunna förbättra situationen för vårdtagarna. Enhetschef 2 menade också att hela hemtjänstorganisationen bör ha med psykisk hälsa som perspektiv på ett tydligare sätt. Detta ligger i linje med forskning av Davison et al (2009), som visar att vårdpersonalens kunskaper om depressionssymptom många gånger är undermåliga. Lyne et al (2006) visar att korta utbildningsprogram för äldreomsorgens personal har haft effekt. Personalens förmåga att känna igen depressionssymptom och remittera detta vidare har ökat efter utbildningen.

Det har funnits en efterfrågan konstant i ett par år som jag vet, just att få utbildning vad gäller /.../ det psykiska. Och den har ju varit svår att möta. För vad är det för utbildning man ska tillsätta? /.../ Då är det ju jag som tillskaffar möjligheter att skicka några på en sådan utbildning. Och det händer ju, att man gör det. /.../ Det är svårt att /.../ veta vad man ska söka eller vad man ska leta efter för utbildning inom området. /.../ Vi har ju kanske många i en period som har psykiska problem. Då kan jag tänka att, vi har tre olika grupper här, så kan jag tänka om nu [områdesnamn] har några stycken med de problemen så är det ju lämpligt att jag skickar någon personal på det. Sedan har vi en övergripande, den här resursenheten som då håller i frågan om utbildningsbehov. /.../ Och det är lite där man får se till, ja socialstyrelsen och andra riktlinjer som tvingar oss till att välja utbildningsspår. /.../ Det är ju personalgruppen då som påannonserar att det behövs.

-Enhetschef 2

Att öka kunskaperna hos undersköterskorna, /.../ de som har kontakten med patienten eller med de boende. Att de skulle kunna rapportera vidare där. Och det tror jag att de gör i viss mån idag, men jag tror att man behöver mer utbildning kring det.

-Kurator 2

A: Så jag undrar om /.../ ni har någon utbildning i dem här, hur man upptäcker depression och hur den utbildningen i så fall ser ut?

Nej, ingen sådan här som rullar på eller så. Det är lite föreläsningar som man tar del av och vi har lite olika satsningar. Det handlar lite om hur jag jobbar, hur jag tänker liksom. Det finns ju många områden som man kan bjuda in under året, men det har vi inte haft men det jag faktiskt funderat på en hel del. Just den biten. /.../ Oftast är det diffusa symptom som är

svåra att känna igen. Så där finns, där behövs det jättemycket mer kunskap.

-Enhetschef 1

Intervjupersonerna anser alltså att det finns ett behov av mer kunskap om depression hos äldre personer, bland annat hos hemtjänstpersonalen.

Enhetschefernas handlingsutrymme

Enhetscheferna som intervjuats berättar alltså att de har möjlighet att välja vilka utbildningar som personalen ska få tillgång till. Trots att enhetscheferna inte kan ses som gräsrotsbyråkrater kan begreppet handlingsutrymme vara användbart i detta sammanhang. Det går att tolka detta som att enhetschefernas handlingsutrymme rymmer beslut om satsningar på utbildning om psykisk ohälsa och depressioner. De skulle även kunna ha möjlighet att utnyttja sin yrkesposition för att lobba för att kuratorer ska anställas inom äldreomsorgen. Enhetschef 2 resonerar på följande vis om saken:

Jag hoppas verkligen att det kommer dithän. Det handlar ju också om att vi som kanske kan påverka /.../ på ett eller annat vis kan framhålla att det här är nånting som vi behöver. /.../ Sen är det ju det här med tid, som alltid, att engagera sig i olika frågor. Och sen är det ju det begreppet som heter resurser och de är ju inte alltid så goda och överflödiga till just det här verksamhetsområdet.

-Enhetschef 2

En lagparagraf som Enhetschef 2 skulle kunna åberopa ifall hon bestämmer sig för att driva frågan om kuratorer inom äldreomsorgen skulle kunna vara 20 § i Hälso- och sjukvårdslagen. ”Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård” (SFS 1982:763 20§). Argument för att det finns behov av en kurator som den del av den kommunala hemsjukvården finns det som synes gott om i denna uppsats.

Hemtjänstens ansvar för psykisk hälsa

Vilket ansvar har då hemtjänsten för vårdtagarnas psykiska hälsa? Enhetschef 2 hänvisar till socialtjänstlagen, som reglerar hemtjänstverksamheten. Enligt Socialtjänstlag 2001:453 2 kap. 2§ har kommunen ”det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver” (SFS 2001). Socialnämnden ska enligt lagen ”ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för /.../ äldre och andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd” (SFS 2001 3 kap 2 §). ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo

självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” (SFS 2001 5 kap 4§).

Det är ju sociallagstiftningen för oss, ju. Det är att vi alltid har det yttersta ansvaret. Det är ju så det ser ut. /.../ Region Skåne är ju behandlande men vi är ju, jag höll på att säga, vardagen. /.../Sjukvården ger ju diagnoser och medicinering och vi har ansvar för vardagen. Så är det ju för alla, om man är psykiskt sjuk eller fysiskt sjuk.

-Enhetschef 2

Det är sjuksköterskorna där som har det största ansvaret. /.../Sen förmedlar hon det till läkaren. /.../Alla som har omvårdnadsutbildning /.../de har ju förstaansvaret för att rapportera till sjuksköterskan.

-Kurator 3

Hemtjänstpersonalen kan ju inte ha något ansvar för människors /.../ psykiska hälsa. Eller, det är klart. /.../De måste väl larma om de märker att någon mår dåligt. /.../ Se till att det kommer hem någon eller uppmana patienten eller vårdtagaren till att söka hjälp.

-Kurator 1

Ansvarsuppdelningen som intervjupersonerna beskriver ovan överensstämmer med den som Davison et al (2009 s.584) förespråkar. Äldreomsorgens personal förväntas inte diagnostisera depression, men om deras kunskaper om depression ökar kan flera depressioner upptäckas. Enhetschef 1 påpekar att hemtjänsten enbart agerar om det finns ett samtycke från den enskilde.

Samtal om depression sköts av hemtjänstens sjuksköterskor idag

I dagens hemtjänstorganisation är det sjuksköterskorna som i vissa fall samtalar om depressioner med de äldre vårdtagarna. Några av intervjupersonerna kommenterar detta och menar att sjuksköterskor inte har samma psykosociala kompetens som kuratorer har. Skulle detta kunna öka sannolikheten att det medicinska perspektivet, medicinsk behandling med antidepressiva läkemedel, ska dominera?

Sjuksköterskan är ju såklart en del i detta. /.../ Distriktssköterskan är ju den som får snappa upp på veckomöten eller teammöten, kring alltså det här med depressionsbehandlingar.

-Enhetschef 2

När jag har pratat med någon föreståndare där för nån tid sedan så sa hon att sjuksköterskorna pratar med de äldre. /.../Det kanske är bra i vissa fall men kanske inte så bra i andra. För att ofta kan ju inte de komma hit. För det är ju, de som jag träffar här är ju äldre som faktiskt kan ta sig till vårdcentralen.

-Kurator 1

Det blir idag fråga om vilken tidigare erfarenhet och intressen som organisationens sjuksköterskor

har, menar några intervjupersoner.

Så där tog alltså vår sjuksköterska tid och ringde upp henne och bestämde med henne. /.../
Där hade man önskat liksom att det var... nu blev det ett jättebra samtal, men annars... Vår
sjuksköterska hon är jätteerfaren men det... Det är ju inte alltid så heller. Där hade man
känt att det kunde finnas någon som kunde ta sig an hennes oro och funderingar.

-Enhetschef 1

Det framgår att sjuksköterskorna är en viktig personalkategori i mötet med äldre personer, både i
hemsjukvården och i primärvården. Dock påpekar intervjupersonerna att sjuksköterskors
kompetensområde skiljer sig från socionomers. Eftersom teamarbete är vanligt i hemtjänsten och
kunskapsnivån om depression hos äldre bör höjas inom vården som helhet (se Fröjdth 2004 och
Hedelin 2000) kan ett alternativ vara att erbjuda utbildningsprogram även för sjuksköterskor i
hemsjukvården. Sådana utbildningsprogram har fallit väl ut, visar Brown et al (2010).

Krävs särskilda kunskaper för att behandla depression hos äldre personer?

Finns det särskilda kunskaper som krävs för att kunna behandla depression hos äldre jämfört med
yngre personer? Intervjupersonerna betonar att förutsättningarna för en behandling är individuella
och beror på andra faktorer än ålder. En viss kunskap om åldersrelaterade sjukdomar kan dock vara
av värde för en behandlare (jämför Fröjdth 2004 och Hedelin 2000).

Depressioner kan ju se olika ut. Inte bara beroende på vilka åldrar det gäller utan karaktären
hos den människan. /.../ Man bör ha kunskaper om depressioner och kunna skilja dem,
urskilja dem från andra typer av nedstämdhet eller försenat sorgearbete t.ex. /.../ Det gäller
att förstå. Kunna läsa av människan man möter, oavsett ålder. /.../ Det är klart att om man är
85 år och har en depression så är det klart att man har ju insett att man kanske inte har så
lång tid kvar. Det är en annan typ av livssituation. /.../ Det är individuellt. Det har inte med
åldern att göra.

-Kurator 3

Det måste ju vara det här med geriatriken eller den kognitiva medicinen, tänker jag, som
man bör veta. Det här att man bör veta om det friska och det sjuka åldrandet. Vad som
skiljer det så att säga. /.../ För jag tänker depression och demens och sådär, det är inte helt
lätt att reda ut vad som är vad.

-Kurator 1

*A: Finns det någonting som säger att en äldre person inte kan tillgodogöra sig en sådan
behandling?*

Nej./.../ Det är klart om man har en /.../ demens eller man inte kan förflytta sig, att man är
sängbunden, att man har svårt att uttrycka sig. Då kan jag tänka mig att det kan bli
bekymmer.

-Kurator 3

Det empiriska materialet i denna undersökning motsäger slutsatserna av Helmes & Gee (2003), se s.20. Kuratorerna i undersökningen ger uttryck för att vilja behandla patienter i alla åldrar. Kurator 3 ovan betonar att förutsättningarna är individuella och inte beroende på ålder. Ingen av de intervjuade kuratorerna nämner något om att de skulle sakna kompetens för att arbeta med äldre. Kurator 2 uttrycker t.o.m. att hon gärna skulle vilja arbeta som kurator inom äldreomsorgen.

7 Sammanfattning och slutdiskussion

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur kuratorer inom primärvården respektive enhetschefer med ansvar för hemtjänst ser på dels depressionsbehandling för äldre, dels behovet av kuratorer inom äldreomsorgen. Tre av fem intervjupersoner ansåg att det finns ett tydligt behov av kuratorer inom äldreomsorgen. Samtliga intervjupersoner uppgav att äldreomsorgens personal är i behov av handledning och att kuratorer inom äldreomsorgen skulle kunna fylla en sådan funktion. Att ha individuella stödsamtal med äldre var också en funktion som nämndes, men med hänvisningar till knappa resurser menade intervjupersonerna att det var mer realistiskt att kuratorn skulle finnas till som en övergripande resurs för äldreomsorgens personal.

Tre av fem intervjupersoner anser att äldre personers behov av behandling vid depression inte tillgodoses idag. Äldre personer ordinerar psykologisk depressionsbehandling mer sällan än andra grupper. Tillgången till sådan behandling begränsas idag av Rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin kom till för att minska sjukskrivningstalen och innebär att ackrediterade vårdgivare som behandlar personer som är 18-67 år för depression eller oro med KBT eller IPT får en ekonomisk ersättning av staten. För personer över 67 år ger staten ingen ersättning och konsekvensen har blivit att äldre personer oftast inte ordinerar psykologisk behandling på vårdcentraler som är ackrediterade av ekonomiska skäl. Det är möjligt att tolka detta som åldersdiskriminering alternativt ålderism.

Utformningen av psykologisk depressionsbehandling för äldre personer skiljer sig inte från den för yngre enligt intervjupersonerna. Behandlingen bör utformas efter individens förutsättningar och inte utifrån ålder. Kunskaper om åldersrelaterade sjukdomar som t.ex. demens kan dock vara behjälpliga. Hemtjänstens ansvar för äldre vårdtagares psykiska hälsa regleras av Socialtjänstlagen. Enligt intervjupersonerna har äldreomsorgens personal ett ansvar för att vidta åtgärder ifall de märker att en vårdtagare mår psykiskt dåligt.

Slutdiskussion

Det är vanligt att vården missar att diagnostisera depression hos äldre personer, vilket innebär att antalet obehandlade depressioner i denna åldersgrupp är stort. Okunskap hos vård- och omsorgspersonal, ekonomiska skäl, prioriteringar inom sjukvården eller att äldre värderas lägre än andra samhällsgrupper är några orsaker som uppges i tidigare studier eller av intervjupersonerna i denna undersökning. Tankarna om att äldre personer själva inte efterfrågar psykologisk behandling, eftersom de inte vana vid det och att de upplever att det är skamligt att må psykiskt dåligt – kan de vara godtagbara anledningar till att nöja sig med situationen som den är nu? Det är anmärkningsvärt att det tycks finnas en föreställning om att denna grupp måste skrika högt och ställa krav för att få depressionsvård på samma villkor som andra åldersgrupper. Vilken deprimerad person har kraft och ork till att strida för sin rätt? Att många äldre personer inte svarar på medicinsk depressionsbehandling borde vara ytterligare ett skäl till att de ska erbjudas psykologisk sådan.

Obehandlade depressioner leder till onödigt lidande. Konsekvenserna kan för äldre personer bli försämrad livskvalitet, för tidig död och en känsla av bristande värdighet. Att värna om äldre personers värdighet, såväl inom vård och omsorg som i samhället i stort, är nödvändigt. Det är viktigt att se en äldre individs känsla av värdighet kan förändras i och med åldrandet, vilket bör motverkas. Först när ett problem synliggörs kan det åtgärdas.

Det är inte tillåtet att låta kronologisk ålder utgöra en grund för prioriteringar inom sjukvården. En bedömning om personens förmåga att tillgodogöra sig behandlingen kan dock göras utifrån biologisk ålder. En sådan bedömning blir enligt uppsatsens empiri oftast inte aktuell i nuläget, ifall patienten sökt sig till en vårdcentral som arbetar enligt Rehabiliteringsgarantin. Även de personer som Prioriteringscentrum intervjuat reagerade på att politiska satsningar som Rehabiliteringsgarantin indikerar att personer under 67 år ska prioriteras. Eftersom ålder undantas i diskrimineringslagen när det gäller hälso- och sjukvårdsområdet är det inte fråga om ett lagbrott i dagsläget. Personligen förespråkar jag att lagens utformning ändras så att även åldersdiskriminering inkluderas på nämnda område. Jag upplever undantaget i diskrimineringslagens 13§ som anmärkningsvärt.

Det har varit svårt att avgöra om den uteslutning av personer över 67 år som uppstår i och med rehabiliteringsgarantin kan ses som ett uttryck för ålderism. En slutsats som kan dras är att det är fråga om åldersdiskriminering (som ju är en del i ålderismbegreppet), men kan begreppet ålderism användas? Det finns som ovan nämnt olika tolkningar av vad ålderism är. Jag har inte tillräckligt mycket belägg för att konstatera att det är fördomar och stereotypa föreställningar om

äldre som ligger bakom den negativa särbehandlingen av äldre personer i detta fall. Begreppet ålderism fyller en god funktion och jag skulle gärna se att det användes oftare eftersom det synliggör särbehandling och kränkningar av personer på grund av deras ålder på ett bra sätt.

Rehabiliteringsgarantins fokus på den arbetande befolkningen kan ses som ett exempel på mellanålderns normalitet (jämför Jönson 2002 s.99). Detta kan bidra till att äldre personer, av andra och sig själva, ses som tärande av samhällets resurser som Närvänen skriver (2009 s.24). Sannolikt påverkas äldres självuppfattning och deras känsla av värdighet av detta. I stället för att visa vördnad för de äldre, som Nordenfelt (2010) förespråkar, kan den utestängning som Rehabiliteringsgarantin skapat sänka äldre personers meritvärdighet och identitetsvärdighet.

Har jag genom uppsatsens fokus på personer över 67 år själv bidragit till ålderism? Förvisso indikerar uppsatsens fokus på personer i en speciell åldersgrupp att det skulle finnas något särskilt med denna grupp jämfört med andra. Jag vill därför betona att människor över 67 år är en lika heterogen grupp som andra åldersgrupper. Min förhoppning är att en äldre person som läser denna uppsats inte skulle känna sig kränkt utan snarare anse att det är positivt att dessa problem uppmärksammas.

Flera förslag på lösningar av problemet förs fram av intervjupersoner och tidigare studier, där uppmärksamma och utbilda tycks vara några av ledorden. Utbilda äldreomsorgens undersköterskor, sjuksköterskor samt primärvårdsläkare i dessa frågor. Ta bort åldersgränsen i rehabiliteringsgarantin. Anställ kuratorer inom äldreomsorgen. Informera målgruppen om primärvårdens kuratorer och om psykisk ohälsa, t.ex. för medlemmar i pensionärsorganisationer. Arbeta för att frågorna ska debatteras på ett politiskt plan och bland allmänheten. En slutsats som går att dra är att det finns ett behov av ökade kunskaper om depression hos äldre personer inom samtliga sektorer. Intervjupersoner har visat att personal som är verksam i primärvård och hemtjänst på olika sätt kan använda sitt handlingsutrymme för att förbättra situationen för äldre personer. Inom ämnet för denna uppsats ryms en professionsdiskussion. Är sjuksköterskor eller socionomer mest lämpade och kompetenta till att stödja och behandla äldre personer med depression? Min uppfattning är att kuratorers psykosociala kompetens skulle vara lämplig för att möta de existentiella frågor som förekommer inom äldreomsorgen.

Nya frågor har väckts under undersökningens gång. Att intervjua personer som redan arbetar som kuratorer inom äldreomsorgen om deras arbete vore intressant. Det finns även ett tydligt behov att fortsätta undersöka vilka effekter rehabiliteringsgarantins utformning får för personer som är över 67 år. Att intervjua äldre personer om deras behov och om situationen är också angeläget.

Referenslista

Akademikerförbundet SSR (2010). "Etik i socialt arbete. Etisk kod för socialarbetare" (elektronisk), *Akademikerförbundet SSR:s hemsida*.

<<http://www.akademssr.se/getfile/Etik%20i%20socialt%20arbete%202010%20100204.pdf?id=434>> (2011-01-03)

Andersson, Gunvor & Swärd, Hans (2008). "Etiska reflektioner" i Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans, Eliasson- Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och kultur

Andersson, Katarina (2007). *Omsorg under förhandling – om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete

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

Andersson, Lars (2009). "Måste vi utplåna den fjärde åldern?" i Jönson, Håkan (2009). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Linköping: Linköpings Universitet

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber

Bergdahl, Ellinor (2007). *Depression among the very old*. Umeå : Umeå Universitet

Blomberg, Staffan (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet

Brown, Ellen L.; Raue, Patrick J.; Roos, Bernard A.; Sheeran, Thomas; Bruce, Martha L. (2010). "Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare". *Journal of the American Geriatrics Society*, Jan 2010, Vol. 58 Nr 1, s. 122-128. SocIndex 2010-11-16

Davison, Tanya E.; McCabe, Marita P.; Mellor, David; Karantzas, Gery; George, Kuruvilla (2009).

“Knowledge of late-life depression: An empirical investigation of aged care staff”. *Aging & Mental Health*, Jul2009, Vol. 13 Nr 4, s. 577-586. SocIndex 2010-11-16

Edling, Margareta (2010). *Karina möter ett växande behov*. Akademikern nr 2/2010 (Akademikerförbundet SSR:s medlemstidning)

Fischer, Lucy Rose & Feifei, Wei & Solberg, Leif I. & Rush, William A. & Heinrich, Richard L.(2003). “Treatment of Elderly and Other Adult Patients for Depression in Primary Care.” *Journal of the American Geriatrics Society*; Nov2003, Vol. 51 Issue 11, p1554, 9p Soc-Index 2010-10-21.

Fröjdth, Karin (2004). *Late-life depression from a primary care perspective*. Malmö: Department of Community Medicine, Malmö University Hospital, Lunds Universitet

Hedberg, Pia (2010). *Purpose in life among very old people*. (elektronisk) Umeå: Umeå Universitet, Department of Nursing, Department of Community Medicine and rehabilitation, Geriatric Medicine via Umeå Universitets hemsida: <umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:371080/FULLTEXT01> 2010-12-10

Hedelin, Birgitta (2000). *Med gemenskapen som grund – psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Karlstad: Universitetstryckeriet

Helmes, Edward & Gee, Susan (2003). “Attitudes of australian therapists toward older clients: educational and training imperatives.” *Educational Gerontology*, 29, 8, s.657-670. (elektronisk) Ebscohost 2011-01-20.

Jönson, Håkan (2002). *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur

Jönson, Håkan (2009a). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Linköping: Linköpings Universitet

Jönson, Håkan (2009b). ”Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda” i Jönson, Håkan (2009). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Linköping: Linköpings Universitet

Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Konnert, Candace; Dobson, Keith; Stelmach, Liza (2009). "The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy." *Aging & Mental Health*, Mar2009, Vol. 13 Nr 2, s. 288-299. SocIndex 2010-11-16.

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

Levin, Claes (2008). "Att undersöka >>det sociala<< - några ingångar" i Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans & Eliasson- Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och kultur

Linköpings Universitet (2011). "Om Prioriteringscentrum" (elektronisk). *Linköpings Universitets hemsida, Institutionen för medicin och hälsa*. <<http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/om-prioriteringscentrum?l=sv>> 2011-01-06

Lipsky, Michael (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation

Lyne, K. J.; Moxon, S.; Sinclair, I.; Young, P.; Kirk, C.; Ellison, S. (2006). "Analysis of a care planning intervention for reducing depression in older people in residential care." *Aging & Mental Health*, Jul2006, Vol. 10 Nr 4, s. 394-403. SocIndex 2010-11-16

May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Mellor, David & Davison, Tanya & McCabe, Marita & George, Kuruvilla (2008). "Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients' perspective." *Aging & Mental Health*; May2008, Vol. 12 Issue 3, p389-399 Soc-Index 2010-10-21

Nordenfelt, Lennart (red) (2010a). "Värdighet i vården av äldre personer". Lund: Studentlitteratur

Nordenfelt, Lennart (2010b) "Begreppet värdighet" i Nordenfelt, Lennart (red) "Värdighet i vården av äldre personer". Lund: Studentlitteratur

Närvänen, Anna-Liisa (2009). Ålder, livslopp, åldersordning. i Jönson, Håkan (2009). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Linköping: Linköpings Universitet

Passer, Michael W. & Smith, Ronald E. (2004). "Psychology. The science of mind and behavior" Second edition. New York: McGraw -Hill

Prioriteringscentrum (2007). "Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården" (elektronisk). *Linköpings Universitets hemsida, Institutionen för medicin och hälsa*. <<http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/publikationer/prioriteringscentrums-rapportserie-2004-2006/1.192878/2007.2.pdf>> 2011-01-06

Regeringen (2007). Proposition 2007/08:95 "Ett starkare skydd mot diskriminering". (elektronisk). *Regeringens hemsida*. <<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/06/34/47ceceac.pdf>> 2011-02-11

Regeringskansliet (2010). "Godkännande av en överenskommelse om rehabiliteringsgarantin för 2011" (elektronisk), *Regeringskansliets hemsida*. <<http://www.regeringskansliet.se/content/1/c6/15/83/88/067e7d92.pdf>> 2010-12-30

Region Skåne (2009). "Likabehandlingspolicy för Region Skåne" (elektronisk), *Region Skånes hemsida*. <<http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/Organisation/Styrande%20dokument/Allm%C3%A4nt%20region%C3%B6vergripande/likabehandlingspolicy.pdf>> (2011-01-05)

Region Skåne (2010a). "Rehabiliteringsgarantin" (elektronisk), *Region Skånes hemsida*. <<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=247348>> 2010-12-30

Region Skåne (2010b). "Checklista - Information till dig som vårdgivare" (elektronisk), *Region*

Skånes hemsida. <<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=262614>> 2010-12-30

Region Skåne (2011). "Hälsa & vård" (elektronisk), *Region Skånes hemsida*.

<<http://www.skane.se/templates/Listing.aspx?id=119554>> 2011-01-03

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004a). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt Volym 1*. Stockholm: SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004b). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt Volym 2*. Stockholm: SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004c). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt Volym 3*. Stockholm: SBU

SBU (2011). "Behandling av depression – Frågor och svar Rapporttyp: Populär/patientversioner" (elektronisk). *SBU:s hemsida*. <<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Behandling-av-depression/>> 2011-02-12

SCB – Statistiska Centralbyrån (2011). (elektronisk). *SCB:s hemsida*.

<http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_____290375.aspx> 2011-02-12

SFS- Svensk Författningssamling, Regeringskansliets rättsdatabaser (2008). Diskrimineringslagen 2008:567 i fulltext (elektronisk). <http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst_lst&%24{OOHTML}=sfst_dok&%24{SNHTML}=sfst_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=2008%3A567%24> 2011-02-10

SFS- Svenska Författningssamling, Regeringskansliets rättsdatabaser (2001). Socialtjänstlag 2001:453 i fulltext (elektronisk). <http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfsr_lst&%24%7BOOHTML%7D=sfsr_dok&%24%7BSNHTML%7D=sfsr_err&%24%7BMAXPAGE%7D=26&%24%7BBASE%7D=SFSR&%24%7BFORD%7D=SFST&%24%7BFREETEXT%7D=&BET=2001%3A453&%C4BET=&ORG=>

> 2011-01-05

SFS- Svensk författningssamling, Regeringskansliets rättsdatabaser (1982). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) i fulltext (elektronisk). http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24{HTML}=sfst_lst&%24{OOHTML}=sfst_dok&%24{SNHTML}=sfst_err&%24{BASE}=SFST&%24{TRIPSHOW}=format%3DTHW&BET=1982%3A763%24 2011-01-18

Snellman, Fredrik (2009). *"Gammfolket": Om livserfarenheter och vardagens ålderism*. Umeå: Umeå universitet (elektronisk) <<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:214421/FULLTEXT01>> 2011-02-11

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 -stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros

SOU 2001:8 – Statens offentliga utredningar. "Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen." (elektronisk) *Regeringens hemsida*. <<http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/81/023925cd.pdf>> 2011-01-06
Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Svensson, Kerstin & Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008). *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2010a). "Rehabiliteringsgarantin" (elektronisk) *SKL:s hemsida* <<http://www.skl.se/web/Rehabiliteringsgarantin.aspx>> 2010-12-30

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2010b). "Folder om rehabiliteringsgarantin" (elektronisk) *SKL:s hemsida* <http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=767f1a5e-34b9-49d4-8ce7-b597c24faff1&MediaArchive_ForceDownload=true> 2010-12-30

Sydnytt (2010). *Äldreterapi*. 1/10 SVT. (elektronisk) <<http://svtplay.se/v/2171161/sydnytt/aldreterapi> (Information om klippet: <http://svtplay.se/popup/lasmer/v/2171161>)>

Szebehely, Marta (2003). Den nordiska hemtjänsten – bakgrund och omfattning i Szebehely, Marta (red) (2003). *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur

Tadd, Win & Calnan, Michael (2010) ”Vård av äldre: varför värdighet har betydelse -den europeiska erfarenheten” i Nordenfelt, Lennart (red) ”*Värdighet i vården av äldre personer*”. Lund: Studentlitteratur

TT (2008). *Livströtthet bland äldre kan behandlas*. Sydsvenskan 2008-12-06.

van Schaik, Digna J.F. & Klijn, Alexandra F.J. & van Hout, Hein P.J. & van Marwijk, Harm W.J. & Beekman, Aartjan T.F. & de Haan, Marten & van Dyck, Richard (2004) ”Patients’ preferences in the treatment of depressive disorder in primary care” *General Hospital Psychiatry, Volume 26, Nr 3, May-June 2004*, s. 184-189 Ebscohost 2011-01-17

WHO -World Health Organization (2011). ”Mental Health, Depression” (elektronisk) *WHO:s hemsida* <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/> (2011-02-12)

Wikström, Eva (2005). ”*Inflytandets paradoxer. Möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten*” Växjö: Växjö Universitet. Institutionen för samhällsvetenskap

Bilagor

Bilaga 1: INTERVJUGUIDE för intervju med enhetschefer

Ämnet för den här intervjun är alltså depressionsbehandling för äldre och kuratorer inom äldreomsorgen.

Ponera att en äldre person som har stöd av hemtjänst uppsöker vårdcentralen. Läkaren upplever att patienten verkar nedstämd och överväger behandling av depression. Hur ser rutinerna ut i detta läge?

Hur arbetar hemtjänsten med psykiska hälsa hos vårdtagarna?

Vilka rutiner finns om personal noterar att vårdtagaren verkar nedstämd?

Förekommer det något förebyggande arbete mot depression hos äldre inom din organisation? Hur ser det i så fall ut?

Hur vanligt upplever du att det är att äldre får psykoterapi (psykologisk behandling) eller stödsamtal vid depression?

Äldre personer med depression erbjuds främst antidepressiva läkemedel för sina besvär, trots att Socialstyrelsen rekommenderar även psykologisk behandling (KBT, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi) vid lindriga till medelsvåra depressionstillstånd. Vad tror du detta beror på? ¹

Hur ser samarbetet med andra berörda instanser (t.ex. primärvård och psykiatri) ut?

Vilket ansvar har hemtjänsten för äldre vårdtagares psykiska hälsa? Hur ser ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting ut?

I några svenska kommuner har man börjat anställa kuratorer inom äldreomsorgen. Vilken funktion tror du att kuratorer inom äldreomsorgen skulle kunna ha?

Vilka fördelar kan du se med kuratorer inom äldreomsorgen?
Vilka nackdelar?

Anser du att det finns ett behov av kuratorer inom äldreomsorgen? Varför/ varför inte?

Är kuratorer inom äldreomsorgen något som skulle kunna vara aktuellt i kommunen du arbetar i?

Det finns studier som visar att personal äldreomsorgen har svårt att känna igen depressionssymptom

¹ Hedelin, Birgitta (2000). *Med gemenskapen som grund – psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete.*, Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010- stöd för styrning och ledning.*

hos de äldre.² Får personalen inom din enhet (undersköterskor, vårdbiträden) någon utbildning i hur de kan upptäcka depressionssymptom? Hur ser utbildningen i så fall ut?

Tillgodoses de äldres behov av depressionsbehandling idag eller bör fler insatser göras? Har du några förslag på sådana?

Upplever du att äldre personer får depressionsbehandling på samma villkor som andra åldersgrupper?

Är det något du vill tillägga innan vi avslutar?

² Mellor, David & Davison, Tanya & McCabe, Marita & George, Kuruvilla (2008). *Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients' perspective*. *Aging & Mental Health*; May2008, Vol. 12 Issue 3, p389-399

Bilaga 2: INTERVJUGUIDE för intervju med kuratorer inom primärvården

Ämnet för den här intervjun är alltså depressionsbehandling för äldre och kuratorer inom äldreomsorgen.

Ponera att en äldre person som har stöd av hemtjänst uppsöker vårdcentralen. Läkaren upplever att patienten verkar nedstämd och överväger behandling av depression. Hur ser rutinerna ut i detta läge?

Hur ofta träffar du som kurator äldre patienter? Rekommenderar läkaren patienter att kontakta kurator och i så fall vid vilka fall?

Hur vanligt upplever du att det är att äldre får psykoterapi (psykologisk behandling) eller stödsamtal vid depression?

Krävs det specifika kunskaper för att behandla depression hos äldre jämfört med andra åldersgrupper? I så fall, vilka?

Äldre personer med depression erbjuds främst antidepressiva läkemedel för sina besvär, trots att Socialstyrelsen rekommenderar även psykologisk behandling (KBT, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi) vid lindriga till medelsvåra depressionstillstånd. Vad tror du detta beror på?³

Hur ser samarbetet med andra berörda instanser (t.ex. hemvård/hemtjänst och psykiatri) ut?

Vem har ansvar för äldres psykiska hälsa om de har hjälp av hemtjänst? Hur ser ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting ut?

I några svenska kommuner har man börjat anställa kuratorer inom äldreomsorgen. Vilken funktion tror du att kuratorer inom äldreomsorgen skulle kunna ha?

Vilka fördelar kan du se med kuratorer inom äldreomsorgen?
Vilka nackdelar?

Anser du att det finns ett behov av kuratorer inom äldreomsorgen? Varför/ varför inte?

Förekommer det något förebyggande arbete mot depression hos äldre inom din organisation? Hur ser det i så fall ut?

Tillgodoses de äldres behov av depressionsbehandling idag eller bör fler insatser göras? Har du några förslag på sådana?

Upplever du att äldre personer får depressionsbehandling på samma villkor som andra åldersgrupper?

Är det något du vill tillägga innan vi avslutar?

³ Hedelin, Birgitta (2000). *Med gemenskapen som grund – psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete.*, Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010- stöd för styrning och ledning.*

Bilaga 3: Introduktionsbrev

Hej (Namn)!

Här kommer ytterligare information om den intervju som du och jag har avtalat tid för på (dag) den (datum) kl (tid) på (adress).

Till att börja med vill jag uttrycka min tacksamhet över att du har tackat ja till att delta i undersökningen. Det är värdefullt för uppsatsens utfall.

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur kuratorer inom primärvård och psykiatri respektive enhetschefer med ansvar för hemtjänst ser på dels depressionsbehandling för äldre, dels behovet av kuratorer inom äldreomsorgen.

Följande frågeställningar utgör grunden i undersökningen:

- Vilket ansvar har hemtjänsten för en äldre vårdtagares psykiska hälsa?
- Hur ser kuratorer inom primärvård respektive enhetschefer med ansvar för hemtjänst på kuratorer inom äldreomsorgen?
- Tillgodoses de äldres behov av behandling vid depression enligt intervjupersonerna?
- Krävs det specifika kunskaper för att arbeta med depression hos äldre jämfört med andra åldersgrupper och i så fall vilka?

Intervjun kommer att utgöra empiriskt material till min kandidatuppsats i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds Universitet. Intervjumaterialet kommer enbart att användas till detta ändamål. Intervjuerna kommer att avidentifieras och uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. Om du ger ditt godkännande kommer intervjun att spelas in och sedan transkriberas.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta det.

Kontakta gärna mig om du har några frågor!

Med vänliga hälsningar

Anna Tibratt

*****@student.lu.se

07*_******

Handledare för uppsatsen är:

Dolf Tops

Socialhögskolan, Lunds Universitet

*****@soch.lu.se

046-*_******